

令和2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

小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える
包括報酬型在宅サービスのあり方に関する調査研究
事業報告書

令和3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

新型コロナウイルス感染症による感染拡大に伴い、1年間に2度の緊急事態宣言が発出された。これまで当たり前だったことに制限が生じ様々な行動に変化が生じた。

介護は人と人が密接にかかわりあう行為が多いいなかで「新しい生活様式」では、身体的距離の確保や「3密」の回避、人と会うことの制限が求められる。

感染時の重症化リスクが高い高齢者を守らなければならない一方で、安全のために身体的な接触は避けられず、すべての介護事業者は感染対策と利用者へのかかわりについて模索している。

本人が望む暮らしとは、介護サービスの利用が目的ではなく、家族や地域、周囲の人とのつながりの中で、喜びや楽しみを感じ、自分自身の存在を感じることでこれまでの暮らしの継続である。しかし、介護保険が施行され、措置から契約へサービスのあり方は変化したものの、三大介護重視や施設ケアを主体とした補完機能としての在宅サービスの域を脱しないケアのあり方は変わっておらず、疾病や障がい、高齢になったことでこれまでの暮らしの継続をあきらめる高齢者は少なくない。

小規模多機能型居宅介護は先駆的な実践をもとに15年前に制度化された。それは在宅の認知症高齢者の支援を中心とした新たなケアの必要性から生み出され、高齢者介護のあり方を新たなステージへの導くためのものであり、「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことの実現を期待されている。

感染症対策や災害への備えから見えてきたものは、これまでの仕組みや方法では対応できず、新たな仕組みや価値、方法が求められていることである。

コロナ禍において小規模多機能型居宅介護の強みである「柔軟性」「即応性」「つなぐ支援」を活かし、これまで支え手として大切にしていたことを制限があるなかで形を変えて支援し続けている実践が、今後の地域包括ケアシステムの実現の重要な存在として今後もその一助となることを願ってやまない。

最後に、本研究事業の実施にあたっては、厚生労働省をはじめ全国の事業者の皆様のご協力をいただきました。また、ヒアリング調査では多くの事業所の皆様にお力をいただきました。ここに心より感謝申し上げます。

令和3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 宮 島 渡

小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方に関する調査研究調査研究事業報告書

目 次

要約	5
序章 調査研究の目的・概要	
1. 調査研究の目的	35
2. 概要	36
第1章 小規模多機能型居宅介護の現状	
1. 調査の概要	
1.1 調査概要	43
2. 調査結果	
2.1 基本情報	45
2.2 利用状況	54
2.3 サービスの提供体制・スタッフ状況	59
2.4 収支等の状況	63
2.5 医療との連携	67
2.6 「生活全体を支える」について	69
2.7 新型コロナウイルス感染症の影響について	92
2.8 利用者を自宅や地域で支えるための工夫 (ケアの「見える化」「見せる化」)	98
2.9 地域等に対する取組み	102
2.10 個票による利用者属性の分析	106
第2章 本人支援のための人材育成・地域拠点づくり	
1. 在宅の包括報酬型サービスである小規模多機能型居宅介護	
1.1 背景 (在宅の包括報酬型サービスの創設と2015年の高齢者介護)	125
1.2 社会保障国民会議 (H20) から社会保障・税一体改革関連まで、議論を継承	126
1.3 地域包括ケア研究会と小規模多機能型居宅介護	128
1.4 小規模多機能型居宅介護の15年	132
1.5 包括報酬型在宅サービスとしての小規模多機能型居宅介護の強み	132
1.6 包括報酬型サービスの強みを生かす参考となる先行実践	136
1.7 人づくり、地域拠点としての小規模多機能型居宅介護	139
2. 美瑛町 (地域分散型サテライト構想・ケアと生活の地域へのアウトリーチ)	
1.1 地域分散型サテライト構想	141
1.2 なぜ「地域」に旗を立てるか (自治体、住民との協働)	142
1.3 地域展開と小規模多機能型居宅介護	143

1.4	地域の拠点としての総合事業の整備	145
2.1	生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援	149
3.	川崎市（小規模多機能型居宅介護と生活支援コーディネーター）	
1.1	要介護高齢者の在宅生活の継続が困難になる要因	155
1.2	小地域における生活支援体制等整備モデル事業の取組	156
1.3	モデル事業の概要	157
1.4	生活支援体制づくりで（看護）小規模多機能型居宅介護に着目した理由	157
1.5	モデル事業の取組内容	158
1.6	モデル事業を通じて／頼り頼られることができる関係づくり	160
2.1	生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援	162
4.	加賀市（地域包括支援センターランチ&地域福祉コーディネーター）	
1.1	人づくりからの出発	167
1.2	地域密着型サービスを推進	167
1.3	地域包括支援センターランチ兼地域福祉コーディネーターを配置	168
1.4	ランチと地域福祉コーディネーター業務からのフィードバック	169
1.5	新型コロナウイルス感染症への取組	172
2.1	生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援	176
5.	福岡市（認知症の人にもやさしいまちづくり）	
1.1	福岡市の認知症へのアプローチ	189
1.2	福岡市小規模多機能ケアネットワーク／発足と取組み	190
1.3	福岡市認知症ライフサポートワーカー養成研修事業	192
2.1	生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援	195
6.	霧島市（ライフサポートワーカー・地域のひろば・地域共生社会の実現）	
1.1	事業者と自治体の協働	203
1.2	協働作業が加速化「認知症ケア連携パス」	204
1.3	地域包括ケア・ライフサポートワーカー	207
2.1	生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援	210

終章 まとめ

1.	小規模多機能型居宅介護の15年	219
2.	包括報酬型在宅サービスである小規模多機能型居宅介護の強み	220
3.	新型コロナウイルス感染症の影響と小規模多機能型居宅介護	221
4.	小規模多機能型居宅介護の次なる議論のステージ	221
	「実践」として	
	「運営」として	
	「政策」として	

資料編

2020 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査	調査票	229
-------------------------------	-----	-----

要約



R02（2020）年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える 包括報酬型在宅サービスのあり方に関する調査研究事業」

2021年（令和3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

〒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

1

R02 「小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方に関する調査研究事業」

1. 調査・研究の目的

小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置づいて丸14年が経過し、介護給付費等実態統計月報／令和元年11月現在では、全国で5,461か所の事業所が稼働し、制度創設後初めて利用者が10万人を超えた（10.05万人）。

平成30年度にまとめられた地域包括ケア研究会の報告書でも「利用者が元気だったころの近所との付き合いや生活リズム、あるいは居住空間も含め、利用者はありのままの情報を、いわば『地域や在宅から引き連れてサービス事業所にやってくる』と表現してもよい。つまり小規模多機能型居宅介護は、地域との継続性を保ちやすい特徴があるといえるだろう」と指摘している。

このたびの事業では、小規模多機能型居宅介護利用者への支援について関係者が果たしている役割を把握するため、小規模多機能型居宅介護利用者と、訪問・通所・泊まりの各介護保険サービスを利用している者の利用前後における要介護度の変化、役割や生きがいが必要介護度に及ぼす影響、利用者の生活をささえるために家族支援、地域支援のあり方や、高齢者や地域のコーディネート機能に関する内容についてアンケート調査等を行い、その結果を比較する等により、生活全体を支える小規模多機能型居宅介護のあり方を研究し、報告書を作成する。

上記の観点から2つの視点を定め、検討する。

- (i) 本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネート機能のあり方
- (ii) 在宅生活の可能性を広げる支援のための人づくり（人材育成）と地域づくりのための拠点機能と地域デザインのあり方

2

2. 調査手法

○「小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査」として、小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方について、24問からなる郵送による悉皆調査を実施。

○2020年10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5,537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1,681件（30.4%）。

3. 報告書の柱立て

序章 研究の目的と概要

第1章 小規模多機能型居宅介護の現状(実態調査)

第2章 本人支援のための人材育成・地域拠点づくり

終章 まとめ

(参考資料)

小規模多機能型居宅介護 全国調査・調査票

3

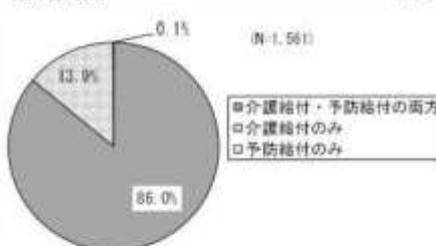
【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

調査事業所の状況

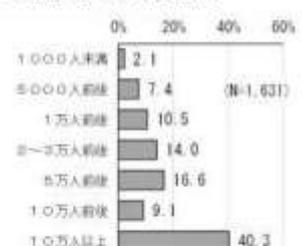
(1) 回答事業所



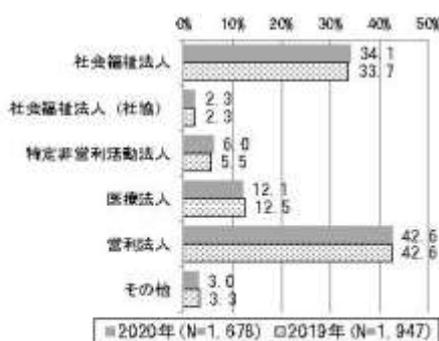
(2) 給付別



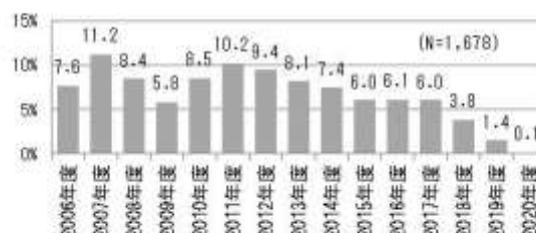
(5) サービス提供地域の人口規模



(3) 運営法人種別



(4) 指定年

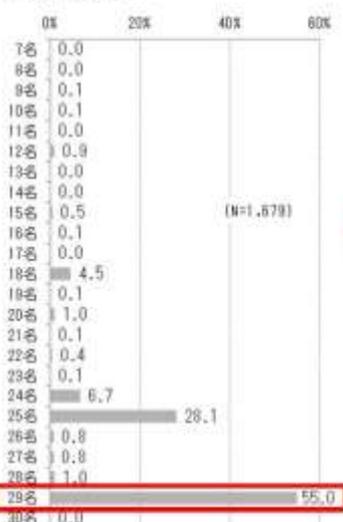


4

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

定員や費用

(6)登録定員



(7)通い定員



(8)宿泊定員



(9)宿泊費及び食費

実費費用	2020年	2019年	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年
宿泊費	2,280	2,268	2,213	2,186	2,167	2,162	2,151
朝食代	355	351	340	336	337	337	334
昼食代	563	558	548	546	547	543	536
夕食代	539	535	525	523	523	520	515

登録定員の平均は26.6名 (R01: 26.52名)、通い定員15.7名 (同: 15.61名)、宿泊定員7.4名 (同: 7.43名) は昨年と大きく変わらない傾向である。宿泊費及び食費は令和元年10月の消費税の影響からか、2017年<2018年<2019年<2020年と、上昇している傾向がある。

5

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

加算算定状況

(10)加算の状況

	2020年		2019年	
	該当数	割合	該当数	割合
加算あり				
回答数	1,658	100.0%	1,948	100.0%
初期加算	1,626	98.1%	1,916	98.4%
認知症加算(Ⅰ)	1,503	90.7%	1,778	91.3%
同(Ⅱ)	1,283	77.4%	1,507	77.4%
看護職員配置加算Ⅰ	575	34.7%	613	31.5%
同Ⅱ	359	21.7%	452	23.2%
同Ⅲ	112	6.8%	130	6.7%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	794	47.9%	903	46.4%
同(Ⅰ)ロ	188	11.3%	177	9.1%
同(Ⅱ)	239	14.4%	297	15.2%
同(Ⅲ)	125	7.5%	160	8.2%
同(Ⅳ)	4	0.2%	3	0.2%
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,434	86.5%	1,668	85.6%
同Ⅱ	117	7.1%	125	6.4%
同Ⅲ	47	2.8%	59	3.0%
同Ⅳ	4	0.2%	4	0.2%
同Ⅴ	7	0.4%	2	0.1%
総合マネジメント体制強化加算	1,458	87.9%	1,674	85.9%
訪問体制強化加算	723	43.6%	785	40.3%
看取り連携体制加算	112	6.8%	117	6.0%
若年性認知症利用者受入加算	250	15.1%	305	15.7%
栄養スクリーニング加算	117	7.1%	113	5.8%
生活機能向上連携加算	119	7.2%	132	6.8%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	672	40.5%	648	33.3%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	467	28.2%	422	21.7%
従業員の員数が基準に満たない場合の減算	12	0.7%	11	0.6%
市町村独自報酬	55	3.3%	53	2.7%
過少サービスに対する減算	6	0.4%	8	0.4%
中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	20	1.2%	21	1.1%

加算の状況 (H27改定・H30改定)

「総合マネジメント体制強化加算」が87.9% (昨年85.9%)

訪問体制強化加算が43.6% (同40.3%)

若年性認知症受入加算15.1% (同15.7%)

栄養スクリーニング加算7.1% (同5.8%)

生活機能向上連携加算7.2% (同6.8%)

介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ40.5% (同33.3%)

介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ28.2% (同21.7%)

その他の加算: 例年と同様の傾向である。

6

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

実施しているサービス

(11) 同一敷地及び同一市区町村内で実施しているサービス

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	
	該当数	割合	該当数	割合
全体	908	100.0%	1,143	100.0%
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）			540	47.2%
看護小規模多機能型居宅介護	12	1.3%	92	8.0%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	39	4.3%	120	10.5%
認知症対応型共同生活介護	435	47.9%	512	44.8%
夜間対応型訪問介護	5	0.6%	29	2.5%
地域密着型介護老人福祉施設	105	11.6%	142	12.4%
地域密着型特定施設	16	1.8%	24	2.1%
特定施設入居者生活介護	28	3.1%	101	8.8%
介護老人福祉施設（特養）	58	6.4%	311	27.2%
介護老人保健施設（老健）	17	1.9%	160	14.0%
住まい				
軽費老人ホーム	17	1.9%	75	6.6%
介護老人ホーム	5	0.6%	42	3.7%
有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	105	11.6%	184	16.1%
サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専費など）	182	20.0%	230	20.1%
共生型ホーム（対象者を限定しない）	3	0.3%	4	0.3%
ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	6	0.7%	39	3.4%
高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	3	0.3%	13	1.1%
法人が所有する一般アパート・マンション	9	1.0%	29	2.5%
アパート・マンション等の借り上げ住宅	4	0.4%	7	0.6%
その他				
一般病院もしくは診療所	39	4.3%	185	16.2%
障害者総合支援法に基づくサービス	34	3.7%	129	11.3%
認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む）	34	3.7%	171	15.0%
生活困窮者自立支援法に基づく事業	4	0.4%	21	1.8%
学童保育（放課後保育）	8	0.9%	57	5.0%
配食	63	6.9%	122	10.7%
地域交流拠点	68	7.5%	92	8.0%
その他の自主事業	19	2.1%	47	4.1%

同一敷地内（上位3つ）
 認知症GH 47.9%
 サ高住 20.0%
 地域密着特養 11.6%
 有料（住宅・健康型）11.6%

同一市区町村内（上位3つ）
 小規模多機能 47.2%
 認知症GH 44.8%
 特養 27.2%

同一敷地内ではグループホームが多く、同一市区町村内では小規模多機能型居宅介護が最多。

小規模多機能を実施している法人は、複数の小規模多機能を同一市区町村内で運営する傾向があると推察できる。

7

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

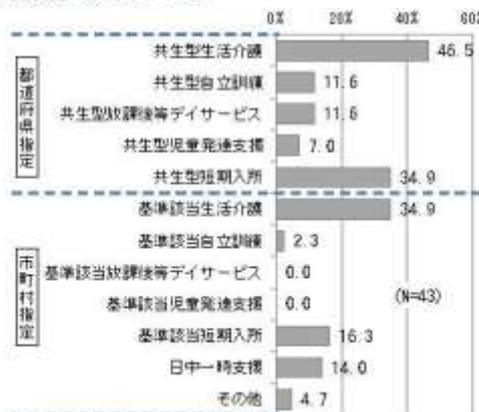
共生型サービス

(12) 共生型サービスの実施・認知状況



■ 実施している
 □ 検討・実施準備している
 ○ 制度・仕組みを知っているが、実施していない
 ○ 制度を知らない

(13) 実施しているサービス



共生型サービスの実施は3.3%と前年と同率となっており、実施しているサービスは共生型生活介護46.5%（前年24.5%）、共生型短期入所34.9%（同26.5%）が増加傾向にあるものの、基準該当については、生活介護34.9%（同42.9%）、短期入所16.3%（同30.6%）と減少傾向にある。

8

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

利用状況(登録者、通い、宿泊、訪問者数)

(14) 利用状況(平均人数)

14-1 現在の登録者数



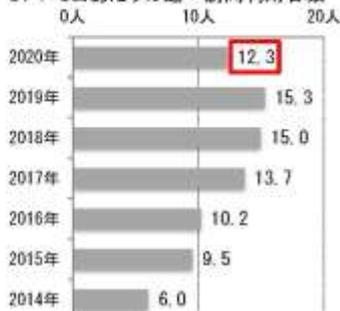
14-2 1日あたりの通い利用者数



14-3 1日あたりの宿泊利用者数



14-4 1日あたりの延べ訪問利用者数



- ・実登録者数は21名を超え、着実に増加傾向。
- ・通い利用者数、宿泊利用者数について昨年同様11.4名、4.3名と同数。
- ・訪問については初めて減少した。15.3→12.3名。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

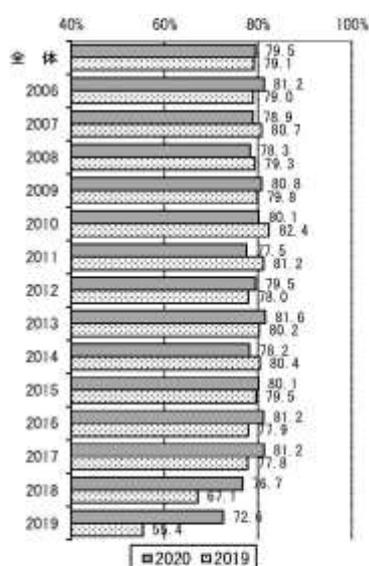
利用状況(定員の充足率)

(15) 定員の充足率



(16) 開設年度と定員の充足状況

開設年度	登録定員	実登録	充足率
全体	44,156	35,106	79.5%
2006	3,288	2,671	81.2%
2007	4,877	3,850	78.9%
2008	3,706	2,903	78.3%
2009	2,596	2,097	80.8%
2010	3,796	3,041	80.1%
2011	4,507	3,493	77.5%
2012	4,219	3,354	79.5%
2013	3,598	2,936	81.6%
2014	3,265	2,553	78.2%
2015	2,614	2,093	80.1%
2016	2,688	2,182	81.2%
2017	2,666	2,165	81.2%
2018	1,759	1,349	76.7%
2019	577	419	72.6%
2020	0	0	-



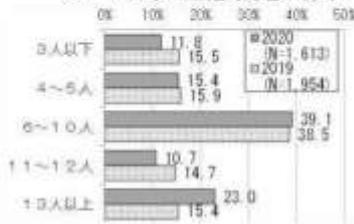
定員の充足率は、定員100%を満たしているのは13.0%（昨年12.0%）、90~99%以下は16.4%（同19.5%）、80%以上の充足率となっているのは54.9%（同53.7%）となっている。
開設年度と定員の充足状況は、開設より1年以上経過していれば7割を超える数値となり、3年目以降は8割前後となっている。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

新規契約者と契約終了者

(17) 新規契約者

17-1 1年間の新規契約者の分布



17-2 新規契約者数の要介護度別構成



17-3 1年間の新規契約者の平均契約者数

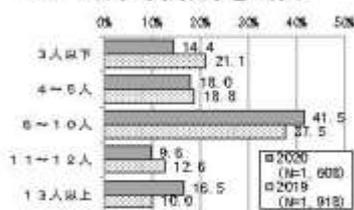


※1年間の新規契約者の平均人数

調査年	該当数	平均(人)
2020	1,613	9.4
2019	1,954	8.8

(18) 契約終了者

18-1 1年間の契約終了者の分布



18-2 契約終了者数の要介護度別構成



18-3 1年間の契約終了者の平均契約者数



※1年間の新規契約者の平均人数

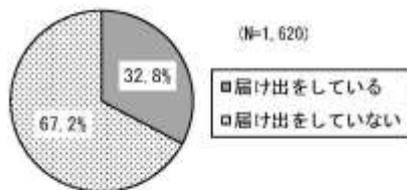
調査年	該当数	平均(人)
2020	1,808	8.1
2019	1,918	7.5

新規利用者は要介護2以下で65.9% (昨年68.8%), 契約終了者は要介護3以上で51.2% (同55.8%) となっており、要介護度の高い方が抜けて要介護度の低い方が利用される流れは昨年と同様である。

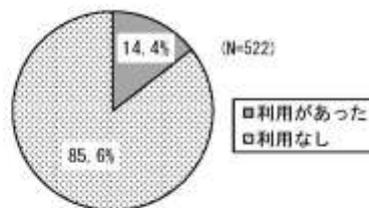
【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

短期利用居宅介護の実施の有無

(19) 短期利用居宅介護の届け出



(20) 短期利用居宅介護の利用状況



(21) 短期利用居宅介護に活用できる部屋数(10月末日)

年度	平均値
2020	1.8
2019	1.6
2018	2.1
2017	1.7

(22) 令和2年10月の1か月間の短期利用居宅介護の利用数

年度	利用人数平均(人)	延べ利用日数平均(日)
2020	2.9	20.5
2019	5.6	53.8
2018	270.3	270.3
2017	165.6	165.6

届出を出しているところが、32.8%と全体の1/3にとどまり、利用があったところは14.4%とさらに少ない。令和3年度介護報酬改定を受けて、短期利用の活用方法が変更となることから、来年の状況は変化することが予想される。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

サービス提供体制・スタッフの状況①

(23)職員数

		(平均人数)			
		常勤		非常勤	
職員総数		15.40			
常勤・非常勤		8.54		6.86	
常勤換算人数		11.90			
		常勤		非常勤	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
管理者	専従	0.26	0.26		
	兼務	0.74	0.33		
計画作成担当者	専従	0.23	0.23	0.10	0.05
	兼務	0.74	0.34	0.06	0.02
看護職員	専従	0.63	0.63	0.68	0.30
	兼務	0.17	0.08	0.13	0.04
介護職員	専従	6.05	6.07	5.10	2.58
	兼務	0.91	0.49	0.39	0.16
その他	専従	0.08	0.08	0.51	0.21
	兼務	0.07	0.03	0.09	0.03

(24-1)人員基準上、必要な日中の職員配置(1日あたり)

必要な配置人数	該当数	割合	該当数	平均
該当数	1,675	100.0%	1675	6.5
3人未満	23	1.5%		
3～4人未満	102	6.5%		
4～5人未満	222	14.1%		
5～6人未満	461	29.3%		
6～7人未満	460	29.2%		
7～8人未満	228	14.5%		
8～9人未満	54	3.4%		
9～10人未満	9	0.6%		
10人以上	16	1.0%		

(24-2)令和元年度の通いの平均利用人数(1日あたり)

該当数	平均
1,538	11.2

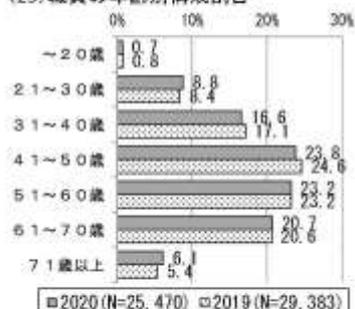
職員数の平均をみると、総数が15.40人、常勤が8.54人、非常勤が6.86人で、常勤換算人数は11.89人となっている。介護職員については、常勤職員の常勤換算で専従が6.07人、兼務が0.49人、非常勤職員の常勤換算で専従が2.60人、兼務が0.16人で、合わせて9.32人となり、総数(常勤換算)の概ね8割を占めている。

人員基準上、必要な日中の職員配置は、1日あたり平均で5.5人、通いの平均利用人数は、1日あたり11.2人となっており、平均値で見ると通いの平均利用人数11.2人と12人となり、必要な職員配置は5人(3:1→12:4 +1=5人)となることから、+0.5人の配置で日中帯を運営していることがわかる。

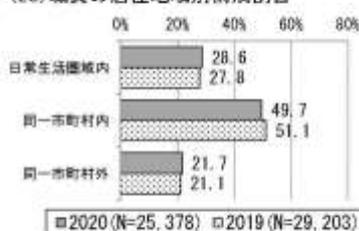
【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

サービス提供体制・スタッフの状況②

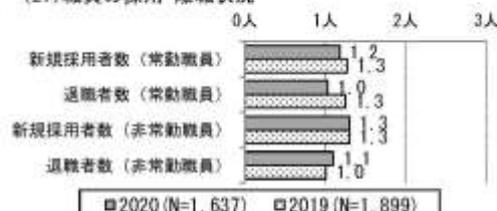
(25)職員の年齢別構成割合



(26)職員の居住地域別構成割合



(27)職員の採用・離職状況



(28)人手不足感及び不足人数



不足の程度	2020		2019	
	該当数	平均	該当数	平均
あまり足りていない	666	1.5	816	1.7
まったく足りない	100	2.6	148	2.9

年齢構成をみると、「41～50歳」が23.8%で最も多く、次いで「51～60歳」が23.2%、「61～70歳」が20.7%となっており、71歳以上を合わせた60歳以上の職員の割合は26.8%と全体の1/4を占めている。一方、30歳以下の割合は9.5%と全体の1割程度にとどまっている。居住地構成をみると、「同一市町村内」が49.5%で最も多い。新規および退職の職員数では、新規採用者が、常勤・非常勤ともに退職者を若干ではあるが上回っている。人手不足感では、充分とほぼを足した「足りている」が53.2%、あまりとまったくを足した「足りていない」は46.8%となっている。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

収支の状況－①

(29) 収支の状況



※調査年と収支の年度
2020(令和元年度)、2019(平成30年度)、2018(平成29年度)

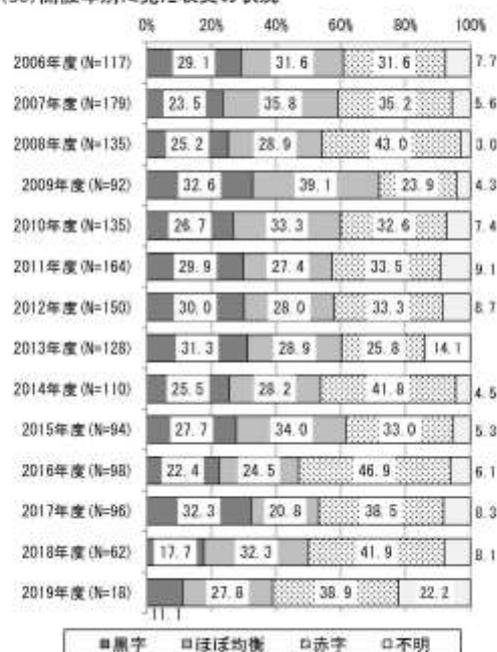
収支の状況は

「赤字」35.1%、「ほぼ均衡」30.3%、「黒字」27.3%となっている。昨年よりも赤字と回答している事業所が3.6ポイント上昇している。過去3年の比較では2018年に比較して「黒字」回答が4.1ポイント上昇している(2020年27.3%)が、比例して「赤字」が減少していることもないため、「ほぼ均衡」「不明」の回答から黒字へ移行していることが推察される。

開設年別に見た収支の状況

開設年が2年未満のところは黒字が低くなっているが、2年以上の傾向は見えてこない。

(30) 開設年別に見た収支の状況



15

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

収支の状況－②

(31) 収支の要因

内 容	2020		2019	
	該当数	割合	該当数	割合
全 体	1,429	100.0%	1,636	100.0%
加算の取得により収入が増えた	314	22.0%	383	23.4%
利用者と長いお付き合いができ、重度になっても利用し続ける利用者が増えた	541	37.9%	624	38.1%
総合事業等の介護保険の直接給付以外の収入の確保できた	13	0.9%	25	1.5%
介護保険以外の自主事業により収入が確保できた	21	1.5%	33	2.0%
経費の節減(支出の見直し)をした	307	21.5%	368	22.5%
ケアの向上と収入とが運動し、収入が増えた	139	9.7%	141	8.6%
業務の一部(会計、食事、清掃等)を外注化し、支出を抑制できた	36	2.5%	42	2.6%
規定以上の職員配置をしているため、人件費が高い	303	21.2%	295	18.0%
新規登録者は軽度者が多く、契約終了者は中重度者が多いため	585	40.9%	596	36.4%
特養が要介護3以上と限定されたため、要介護3以上になると特養に行ってしまう	354	24.8%	329	20.1%
その他	265	18.5%	308	18.8%

収支の要因

黒字化につながる要因としては

「利用者と長いお付き合いができ、重度になっても利用し続ける利用者が増えた」37.9%

「加算取得により収入が増えた」22.0%

赤字化につながる要因としては

「新規利用者は軽度者が多く、契約終了者は重度者が多いため」40.9%

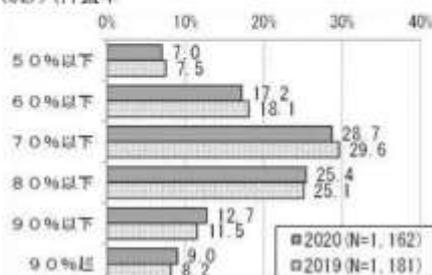
「特養が要介護3以上と限定されたため、要介護3以上になると特養に行ってしまう」24.8%

16

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

収支の状況－③

(32) 人件費率



人件費率
70%以下28.7%、80%以下25.4%が上位2区分で、平均で71.3%となっている。

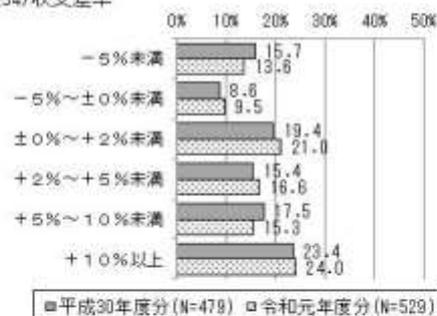
収支差率
収支差率が把握できていないが61.6% (H30分)、58.4% (R01分) となっており、把握できていない割合が多い。本調査の回答者を見てみると、管理者が75.2%となっているが、管理者として把握できていない者の割合が多いことがうかがえる。

収支差率については、様々な見方ができるが、令和2年度経営実態調査では3.1%と発表されており、本調査でもR01分で3.25%となっている。分布では+5～10%未満が同15.3%、+10%以上が同24.0%と、プラスの値が高い事業所が全体の割合を押し上げているようにも見える。

(33) 収支差率の把握

内容	平成30年度分		令和元年度分	
	該当数	割合	該当数	割合
全体	1,961	100.0%	1,374	100.0%
把握できている	522	38.4%	572	41.6%
把握できていない	839	61.6%	802	58.4%

(34) 収支差率



記入者職名	該当数	割合
全体	1,521	100.0%
代表(開設者)	73	4.9%
役員	20	1.2%
事務長	24	1.6%
事業部長	47	3.1%
管理者	1,277	75.2%
事務員	80	5.3%
計画作成・介護職員	144	9.6%

(参考)回答者

17

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

職員の業務省力化の取組

(35) 職員の業務省力化の取組

内容	2020		2019	
	該当数	割合	該当数	割合
全体	1,549	100.0%	1,745	100.0%
食事を外注化している	493	31.8%	516	29.6%
施設内の清掃を外注化している	105	6.8%	107	6.1%
送迎(運転業務)を外注化している	30	1.9%	31	1.8%
介護ロボット、ICTを活用	151	9.7%	117	6.7%
その他	98	6.3%	74	4.2%
特になし	815	52.6%	1,014	58.1%

職員の業務省力化の取組

「食事を外注化している」が31.8%と最多となっている。

令和3年度介護報酬改定で示された「介護人材の確保・介護現場の革新」に關わっているテクノロジー関連では、「介護ロボット、ICTを活用」については3ポイント上昇し9.7%と上昇する傾向にある。

18

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

訪問看護・訪問リハビリ、看取りの状況

(36) 訪問看護・訪問リハビリ

項目	2020年			2019年		
	該当数	割合	平均値	該当数	割合	平均値
(介護保険) 訪問看護ステーション(リハビリを除く)	591	54.1%	2.40	600	54.9%	2.40
(介護保険) 訪問看護ステーション(リハビリを含む)	439	40.2%	2.70	443	40.6%	2.24
(介護保険) 訪問リハビリテーション	445	40.8%	2.20	473	43.3%	2.02
(医療保険) 訪問看護ステーション	380	34.8%	1.50	384	35.2%	1.53
利用が1つ以上あった事業所数	1,092			1,170		

※割合及び平均値は、利用が1つ以上あった事業所数をベースに算出。

(37) 令和元年11月1日から令和2年10月末日までに看取りを行ったケース数

	2020年				2019年			
	ケース数	割合	該当数	平均値	ケース数	割合	該当数	平均値
ケース全体	2,532	100.0%	-	-	2,256	100.0%	-	-
死亡まで事業所が関わったケース	1,797	71.0%	789	2.3	1,836	81.4%	837	2.2
うち死亡場所は事業所	515	20.3%	293	1.8	535	23.7%	339	1.6
うち死亡場所は自宅	404	16.0%	298	1.4	375	16.6%	276	1.4
うち死亡場所は医療機関	834	32.9%	464	1.8	878	38.9%	477	1.8
その他	44	1.7%	31	1.4	48	2.1%	29	1.7
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	599	23.7%	256	2.3	323	14.3%	170	1.9
その他	136	5.4%	58	2.3	97	4.3%	41	2.4

※平均値はケース数/該当数で算出。

訪問看護・訪問リハビリの利用については、(介護保険)訪問看護54.1%(リハ除く)、(介護保険)訪問看護40.2%(リハ含む)、(介護保険)訪問リハ40.8%、(医療保険)訪問看護34.8%と昨年と大きな違いは見られない。

看取りを行ったケースは、全体で2,532件と増加しているが死亡まで事業所がかかわったケースは71.0%と昨年比△10.4ポイントとなっており、また登録を解除し、居宅サービスへ移行したケースが23.7%と昨年比9.4ポイント増加している。

19

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

要介護2もしくは3で、自宅で独居の方①

(38-1) 要介護2もしくは3で、自宅で独居の利用者の利用回数

	該当数	平均
通い		
該当者の令和元年10月の利用回数	904	16.3
該当者の令和2年10月の利用回数	1069	17.3
令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	888	1.1
訪問		
該当者の令和元年10月の利用回数	900	27.2
該当者の令和2年10月の利用回数	1060	27.6
令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	880	0.7
宿泊		
該当者の令和元年10月の利用回数	894	4.7
該当者の令和2年10月の利用回数	1039	6.3
令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	857	1.5

要介護2もしくは3で、自宅で独居の方を対象に、新型コロナウイルス感染症の影響がある前(2019年10月)の利用状況と、1年後(2020年10月)の利用状況の比較を行った。新型コロナウイルス感染症前後の利用回数差は「通い」「宿泊」「訪問」ともに1.5回以内となっており新型コロナウイルス感染症下でも、以前と変わらない利用をしていることがうかがえる。

(38-2) 令和2年10月の通い回数の令和元年10月に対する増減



(38-4) 令和2年10月の宿泊回数の令和元年10月に対する増減



(38-3) 令和2年10月の訪問回数の令和元年10月に対する増減



「通い」「宿泊」「訪問」増減については、どの機能も「ほぼ変化なし」が最多となっているが、いずれも「減少」よりも「増加」の数値が高く、増加傾向があることがうかがえる。

20

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

要介護2もしくは3で、サ高住、有料、軽費にお住まいの方①

(39-1) 要介護2もしくは3で、サ高住、有料、軽費にお住まいの利用者の利用回数

	該当数	平均
通い	該当者の令和元年10月の利用回数	296 14.1
	該当者の令和2年10月の利用回数	330 13.8
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	288 0.3
訪問	該当者の令和元年10月の利用回数	294 52.0
	該当者の令和2年10月の利用回数	330 51.2
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	287 0.3
宿泊	該当者の令和元年10月の利用回数	290 0.6
	該当者の令和2年10月の利用回数	316 0.7
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	275 0.6

要介護2もしくは3で、サ高住、有料、軽費にお住まいの方を対象に、新型コロナウイルス感染症の影響がある前(2019年10月)の利用状況と、1年後(2020年10月)の利用状況の比較を行った。新型コロナウイルス感染症前後の利用回数差は「通い」「宿泊」「訪問」ともに0.3回以内となっており新型コロナウイルス感染症下でも、以前と変わらない利用をしていることがうかがえる。

(39-2) 令和2年10月の通い回数の令和元年10月に対する増減



(39-4) 令和2年10月の宿泊回数の令和元年10月に対する増減



(39-3) 令和2年10月の訪問回数の令和元年10月に対する増減



「通い」「宿泊」「訪問」増減については、どの機能も「ほぼ変化なし」が最多となっている。

21

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

利用者の中で介護度が一番重い方①

(40-1) 利用者の中で介護度が一番重い利用者の利用回数

	該当数	平均
通い	該当者の令和元年10月の利用回数	1,305 20.9
	該当者の令和2年10月の利用回数	1,490 21.1
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	1,279 0.3
訪問	該当者の令和元年10月の利用回数	1,283 21.1
	該当者の令和2年10月の利用回数	1,461 20.6
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	1,241 -0.1
宿泊	該当者の令和元年10月の利用回数	1,290 10.5
	該当者の令和2年10月の利用回数	1,472 11.4
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	1,252 0.9

(参考) 利用者の中で介護度が一番重い利用者の平均介護度(上段:人数 下段:割合)

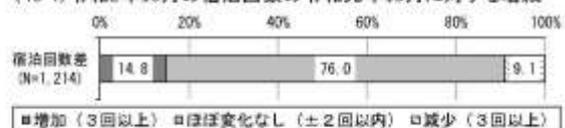
該当数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	審査中	要平均介護度
1,526	5	5	20	36	118	416	926	0	4.4
100.0	0.3	0.3	1.3	2.4	7.7	27.3	60.7	0.0	

利用者の中で介護度が一番重い方を対象に、新型コロナウイルス感染症の影響がある前(2019年10月)の利用状況と、1年後(2020年10月)の利用状況の比較を行った。平均要介護度は4.4。新型コロナウイルス感染症前後の利用回数差は「通い」「宿泊」「訪問」ともに±0.9回以内となっており新型コロナウイルス感染症下でも、以前と変わらない利用をしていることがうかがえる。

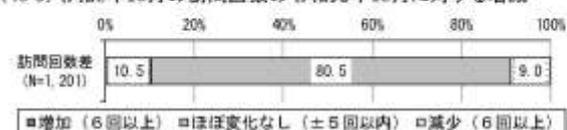
(40-2) 令和2年10月の通い回数の令和元年10月に対する増減



(40-4) 令和2年10月の宿泊回数の令和元年10月に対する増減



(40-3) 令和2年10月の訪問回数の令和元年10月に対する増減



「通い」「宿泊」「訪問」増減については、どの機能も「ほぼ変化なし」が最多となっている。

22

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

要介護2もしくは3で自宅で独居、同サ高住:有料:経費、一番重い方 の比較

(41)要介護2もしくは3で、自宅で独居の利用者、要介護2もしくは3で、サ高住・有料・経費、最重度者の利用回数比較

	【独居】		【サ高住・有料・経費】		【重い方】	
	該当数	平均	該当数	平均	該当数	平均
通い						
該当者の令和元年10月の利用回数	904	16.3	296	14.1	1,305	20.9
該当者の令和2年10月の利用回数	1069	17.3	330	13.8	1,490	21.1
令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	888	1.1	288	0.3	1,279	0.3
訪問						
該当者の令和元年10月の利用回数	900	27.2	294	52.0	1,283	21.1
該当者の令和2年10月の利用回数	1060	27.6	330	51.2	1,461	20.6
令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	880	0.7	287	0.3	1,241	-0.1
宿泊						
該当者の令和元年10月の利用回数	894	4.7	290	0.6	1,290	10.5
該当者の令和2年10月の利用回数	1039	6.3	316	0.7	1,472	11.4
令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	857	1.5	275	0.0	1,252	0.9

「要介護2もしくは3で、自宅で独居の方」、「要介護2もしくは3でサ高住、有料、経費の方」、「利用者の中で一番介護度が重い方」の比較を試みる。

「通い」「宿泊」ともに平均利用回数数が最も多いのが「利用者の中で一番介護度が重い方」であり、次いで「要介護2もしくは3で、自宅で独居の方」、「要介護2もしくは3でサ高住、有料、経費の方」の順である。

「訪問」の平均利用回数数最も多いのが「要介護2もしくは3でサ高住、有料、経費の方」であり、次いで「利用者の中で一番介護度が重い方」、「要介護2もしくは3で、自宅で独居の方」の順である。

いずれの状態像の方も、新型コロナウイルス感染症の影響がある前(2019年10月)の利用状況と、1年後(2020年10月)の利用状況の比較において大きな差異は見られない。

23

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

通い、訪問、宿泊の利用状況【通い】

(42-1)通いの利用状況



(42-5)1日複数回利用の最高通い回数

回数	数当該	割合
全体	427	100.0%
2回	348	81.5%
3回	59	13.8%
4回	13	3.0%
5回	7	1.6%

(42-2)令和2年10月1か月間の「通い」の利用状況

内容	該当数	平均
通いの最長時間(時間)	1,377	3.0
通いの最長利用時間(時間)	1,339	10.0
1日複数回利用の最高通い回数	427	2.2
令和2年10月の1か月間で、まったく通いを利用していない人数	890	2.3
通い回数0回の利用者数の登録者数に対する割合(%)	890	10.7

(42-6)

通い回数0回の利用者数の登録者数に対する割合

区分	数当該	割合
全体	890	100.0%
10%未満	555	62.4%
20%未満	238	26.7%
30%以上	97	10.9%

(42-3)通いの最短利用時間

時間	数当該	割合
全体	1,377	100.0%
1時間未満	43	3.1%
1～2時間未満	247	17.9%
2～3時間未満	314	22.8%
3～4時間未満	309	22.4%
4～5時間未満	260	18.9%
5時間以上	204	14.8%

(42-4)通いの最長利用時間

時間	数当該	割合
全体	1,339	100.0%
8時間未満	98	7.3%
8～10時間未満	433	32.3%
10～12時間未満	558	41.7%
12時間以上	250	18.7%

短時間の通い：通いの短時間の利用が87.6%となっており、平均で3.0時間である。また1日複数回の通いで最も多いのは2回で81.5%となっておりことから、提供時間で拘束するのではない、利用者のライフスタイルの中でのニーズに柔軟に対応している様子がうかがえる。

長時間の通い：長時間の受入をすることで宿泊せずに支えている割合は85.0%となっており、平均で10.0時間、割合では10～12時間未満が41.7%が最多、12時間以上も18.7%となっている。

24

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

通い、訪問、宿泊の利用状況【訪問】



(43-6) 1日複数回訪問回数

回数	数当該	割合
全体	1,340	100.0%
2回	375	28.0%
3回	501	37.4%
4回	232	17.3%
5~7回	154	12.2%
8回以上	68	5.1%

(43-7) 訪問回数0回の利用者数の登録者数に対する割合

区分	数当該	割合
全体	1331	100.0%
20%未満	212	15.9%
20~40%未満	361	27.1%
40~60%未満	390	29.3%
60~80%未満	232	17.4%
80%以上	136	10.2%

(43-2) 訪問の最短時間

時間	数当該	割合
全体	1,509	100.0%
5分未満	52	3.4%
5~10分未満	425	28.2%
10~15分未満	491	32.5%
15~30分未満	364	24.1%
30分以上	177	11.7%

(43-3) 訪問の最長時間

時間	数当該	割合
全体	1,339	100.0%
30分未満	54	4.0%
30分~1時間未満	347	25.9%
1時間~1時間30分未満	524	39.1%
1時間30分以上	414	30.9%

(43-4) 一番早い訪問時間帯

時間	数当該	割合
全体	1,370	100.0%
7時以前	84	6.1%
7時台	271	19.8%
8時台	625	45.6%
9時台	266	19.4%
10時以降	124	9.1%

(43-5) 一番遅い訪問時間帯

時間	数当該	割合
全体	1,400	100.0%
16時以前	105	7.5%
16時台	200	14.3%
17時台	373	26.6%
18時台	291	20.8%
19時台	217	15.5%
20時以降	214	15.3%

訪問の最短時間は10~15分未満が32.5%、次いで5~10分未満が28.2%、最長時間は1時間~1時間30分で39.1%、次いで1時間半以上も30.9%ある。

一番早い時間は8時台が45.6%、次いで7時台が19.8%（平均で8時24分）、遅い訪問時間帯は17時台が26.6%ある一方で20時以降も15.3%であることがうかがえる（平均で18時8分）。

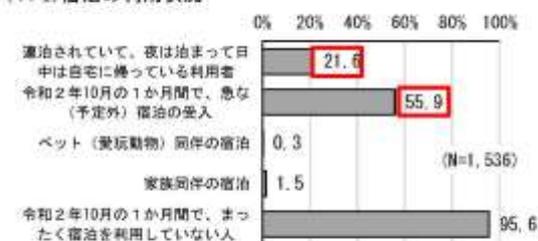
1日複数回の訪問は、最多が3回で37.4%となっており、8回以上も5.1%（月換算：利用者1名で240回）もある。

25

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

通い、訪問、宿泊の利用状況【宿泊】

(44-1) 宿泊の利用状況



(44-2) 令和2年10月1か月間の「宿泊」の利用状況

内容	該当数	平均
連泊されていて、夜は泊まって日中は自宅に帰っている利用者数	330	1.9
連泊していて日中は在宅の利用者数の登録者数に対する割合(%)	330	8.9
令和2年10月の1か月間で、急な(予定外)宿泊の受入人数	850	2.2
急な(予定外)宿泊の受入人数割合(%)	850	10.2
令和2年10月の1か月間で、まったく宿泊を利用していない人数	1,454	12.6
宿泊回数0回の利用者数の登録者数に対する割合(%)	1,454	59.0

(44-3) 連泊していて日中は在宅の利用者数の登録者数に対する割合

区分	数当該	割合
全体	330	100.0%
10%未満	241	73.0%
20%未満	59	17.9%
30%以上	30	9.1%

(44-4) 急な(予定外)宿泊の受入人数割合

区分	数当該	割合
全体	850	100.0%
10%未満	543	63.9%
20%未満	231	27.2%
30%以上	76	8.9%

(44-5) 宿泊回数0回の利用者数の登録者数に対する割合

区分	数当該	割合
全体	1,454	100.0%
20%未満	59	4.1%
20~40%未満	181	12.4%
40~60%未満	487	33.5%
60~80%未満	496	34.1%
80%以上	231	15.9%

連泊されていて日中は自宅に帰っている利用者がある事業所は21.6%、平均で1.9名となっている。連泊者の日中の在宅の利用者数の登録者数に対する割合(連泊者の登録者に対する割合/住まい系除く)8.9%となっている。

急な(予定外)の宿泊の受入があった事業所は55.9%となっており、その人数は2.2名となっている。また、ペット同伴での宿泊を受け入れしている事業所や、家族同伴で宿泊している事業所もある。

26

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

新型コロナウイルス感染症-①

(45) 新型コロナウイルス感染症の影響の有無



(46) 事業所において影響のあった事柄



(47) サービス内容(通い、訪問、宿泊、ケアマネジメント)への影響



新型コロナウイルス感染症の影響について、「影響があった」は85.4%のぼった。影響のあった事柄としては、「支出(経費)が増えた」が最多で63.5%、次いで「利用者が減った」が33.1%、「収入が減った」が27.8%と続く。

サービス内容としては、

通いについては「外出の機会が減った」が75.0%と最多で、次いで「交流の機会が減った」が58.8%となっている。

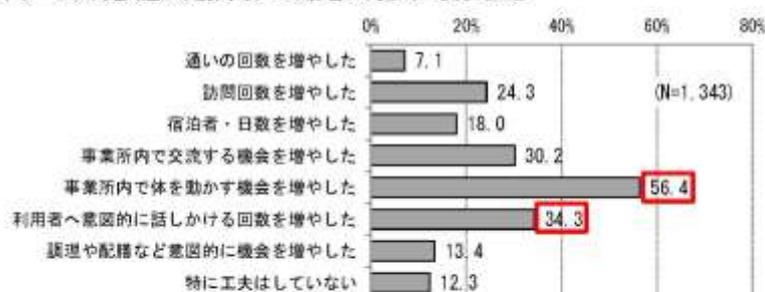
宿泊では「宿泊日数・回数が増えた」が19.0%、訪問では「訪問が増えた」が18.5%となっており、「家族・介護者の意向を把握しにくくなった」も21.0%となっている。

27

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

新型コロナウイルス感染症-②

(48) サービス内容(通い、訪問等)への影響に対して工夫したこと



(49) 利用者において新型コロナの影響と思われる事柄



サービス内容への影響に対しての工夫については、「事業所内で体を動かす機会を増やした」が56.4%、「利用者へ意図的に話しかける回数が増やした」が34.3%と続いている。

利用者への影響としては、「散歩や外出の機会が減った・なくなった」が85.0%、「交流の機会が減った・なくなった」が78.8%、「活動量が低下した」が53.8%となっている。

28

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

新型コロナウイルス感染症-③

(50) 感染の不安からくる
“利用控え”を防ぎ、
円滑な支援が継続でき
るように行った工夫

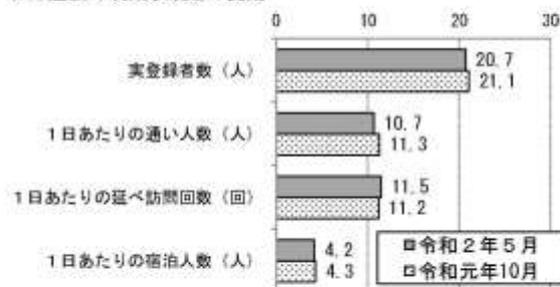


感染の不安からくる
“利用控え”への工夫に
ついては、感染対策を
決めて利用者、家族・
介護者へ説明」が78.8%、
次いで「利用者、家
族・介護者へ感染症に
関する情報提供をし
た」が72.6%となっ
ている。

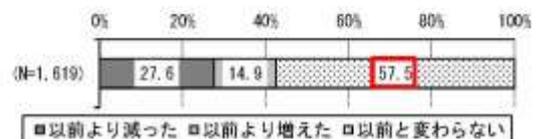
【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

新型コロナウイルス感染症-④

(51) 過去の利用状況との変動



(52) 職員数の変動



(53) 職員の増減数

区分	該当数	平均
減った人数	419	1.9
増えた人数	209	2.0

令和元年10月と令和2年5月の比較では、変動が少ない。
 実登録者数：令和元年10月21.1名→令和2年5月20.7名 (△0.4名)
 「通い」：令和元年10月11.3名→令和2年5月10.7名 (△0.6名)
 「訪問」：令和元年10月11.2名→令和2年5月11.5名 (+0.3名)
 「宿泊」：令和元年10月4.3名→令和2年5月4.2名 (△0.1名)

職員数の比較でも「以前と変わらない」が最多で57.5%となっており、増減数も減った人数1.9名、増えた人数2.0名とほぼ同数となっている。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

新型コロナウイルス感染症-⑤

(53)今年度の収支状況の見込み



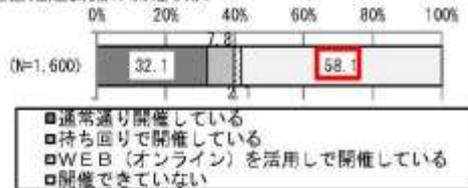
(29)収支の状況(再掲)

	2020	
	該当数	割合
全体	1,580	100.0%
黒字	431	27.3%
ほぼ均衡している	478	30.3%
赤字	555	35.1%
不明	116	7.3%

(注)「2020」は調査年であり、収支は2019(令和元年)度のものである。

今年度の収支見込では、「赤字見込」33.5%、次いで「ほぼ均衡」33.0%、「黒字見込」23.9%となっている。参考に(29)収支の状況と比較してみると、以下のとおり。
 (52) 今年の見込「赤字見込」33.5%、「ほぼ均衡」33.0%、「黒字見込」23.9%、「不明」9.6%
 (29) 令和元年度「赤字」35.1%、「ほぼ均衡」30.3%、「黒字」27.3%、「不明」7.3%

(54)運営推進会議の開催状況



(56)事業継続計画(BCP)の策定状況



運営推進会議の開催状況では、「開催できていない」が58.1%と最多で、通常通り開催しているところも32.1%ある。新型コロナウイルス感染症マニュアルについては、69.7%が策定しており、事業継続計画(BCP)については「策定していない」が44.1%、「策定している」が30.7%となっている。

(55)新型コロナウイルス感染症マニュアルの策定状況



【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

利用者を自宅や地域で支えるための工夫(ケアの「見える化」「見せる化」)-①

※この項目は、コロナ禍の状況において事業所の地域の取組みがどのようになっているかを、過去のデータと比較したいと考えています。現在の状況で「できているもの」のみ回答してくださいと注意書きを付して記入いただいている。

(57)利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のために



利用者が自宅や地域で過ごす安全・安心のために実施している工夫としては、「民生委員と連絡を取っている」が54.3%(昨年69.0%)と最も多く、次いで「ご近所や友人と連絡を取っている」37.7%(同49.7%)「地域の自治会・老人会と連携している」34.2%(同40.6%)と順位は変わらないが、総じてポイントを落としている。

(58)1週間の中で介護サービス以外に地域との関わりに費やした時間

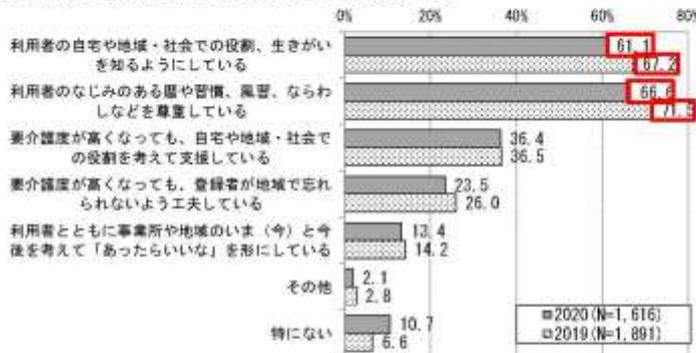


利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、直近1週間で利用者に直接行う介護サービス以外に利用者との関わりに費やした時間は、「1時間未満」が48.3%(昨年50.2%)と最も多く、次いで「1時間~2時間未満」が16.1%(同23.0%)、「2時間~3時間未満」が3.6%(同5.1%)などとなっており、「全くない」は29.5%(同16.3%)となっている。前年度と比較し、やはり新型コロナウイルス感染症の影響が時間にもあらわている。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

利用者を自宅や地域で支えるための工夫(ケアの「見える化」「見せる化」)-②

(59) 利用者の送りたい暮らしを実現できるための工夫



利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現できるように実施している工夫としては、「利用者のなじみのある慣習、風習、ならわしなどを尊重している」が66.6(昨年71.5%)と最も多く、次いで「利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている」61.1%(同67.2%)が50%を超え、特になしは10.7%(同6.6%)となっている。

(60) 利用者の役割づくりについて行っている取組



「利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み」が28.6%(昨年44.7%)と最も多く、次いで「事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう」9.5%(同12.5%)などとなっている。「その他」の内容としては、「配膳、食器洗いの手伝い」や「洗濯物のたたみ」など、「事業所内での作業の手伝い」の詳細な内容の記述が多い。

33

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

利用者を自宅や地域で支えるための工夫(ケアの「見える化」「見せる化」)-③

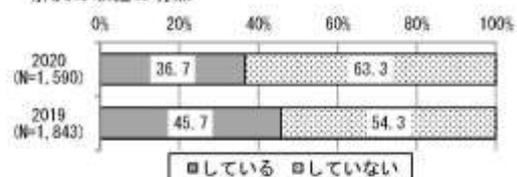
(61) 登録者(利用者)の家族からの複合的な課題の相談の有無



◆登録終了後も付き合いのある利用者の家族数

	2020	2019
平均値(家族)	2.7	2.5

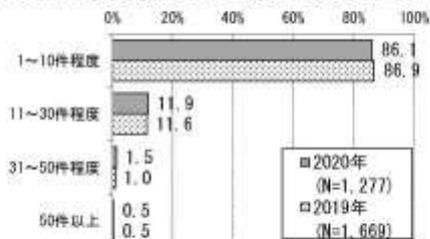
(62) 利用者が地域で生活を継続するための課題の発掘及び解決の取組の有無



(63) 地域の方の悩みの把握、相談等の持ち込みの有無



(64) 地域の方の悩みを把握あるいは相談等が持ち込まれた件数



登録者(利用者)の家族からの複合的な課題の相談については、「ある」が66.9%(昨年74.5%)と昨年比で7.6ポイント落としている。登録終了後も付き合いのある利用者の家族数は2.7(同2.5)と新型コロナウイルス感染症の影響は受けていない。地域の方の悩みの把握、相談の持ち込みについては、「小規模多機能」の相談72.3(同61.5%)、介護保険の相談57.2(同50.1%)とポイントが上昇している。利用者が地域で生活を継続するため課題の発掘及び解決の取組については59.5%(同38.9%)と20.6ポイント上昇している。34

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

利用者を自宅や地域で支えるための工夫(ケアの「見える化」「見える化」)-④

(65) 介護保険サービス以外で実施している事業や取組



(66) 介護保険サービス以外で実施している事業や取組の回数



介護保険サービス以外で実施している事業や取組について、新型コロナウイルス感染症の影響の「ある時期」と「ない時期」に分けて調査した。影響の有無で大きな差が出ている。「登録者以外のサロン」影響有10.8% 影響無20.6%「認知症カフェや喫茶、食堂」影響有16.6% 影響無30.1%「医療・介護の勉強会」影響有29.7% 影響無46.9%「交流スペース等、地域への貸出・開放」影響有12.9% 影響無33.0%一方、「機関誌の発行」影響有56.3% 影響無51.1%は唯一、影響有の時期がポイントを上げており、対面を避けながらも事業所の取組の発信をしていることは興味深い。介護保険サービス以外で実施している事業や取組の回数でも、上記同様ポイントを落としているものがあるものの、回数は取組の有無ほど影響を受けていないこともわかる。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

個票による利用者属性の分析-①

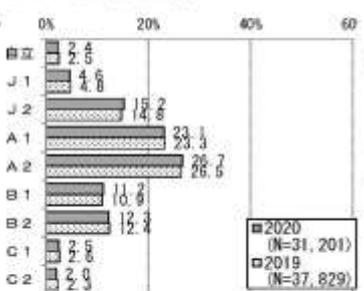
(67) 男女比



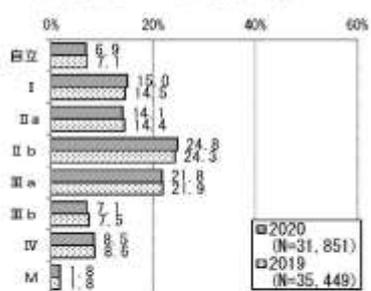
(68) 年齢

平均年齢	2020	2019	2018
回答数	33,948	37,387	38,617
全体	85.4	85.3	85.0
女性	86.1	85.9	85.7
男性	83.5	83.4	83.1

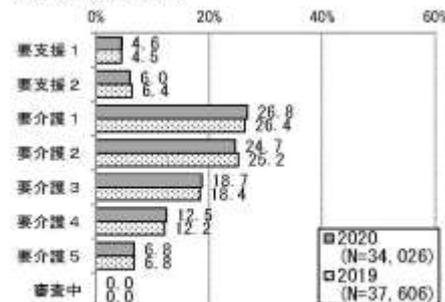
(70) 日常生活自立度



(71) 認知症の日常生活自立度



(69) 要介護度(割合)



(72) 登録時の要介護度と現在の要介護度



要介護度は要介護1が26.8%、要介護2が24.7%と比較的軽度な方が多く、日常生活自立度はA2(26.7%)、認知症の日常生活自立度はIIb(24.8%)となっている。

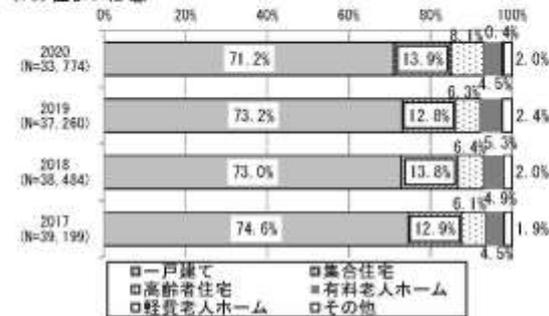
登録時の平均要介護度は1.81、現在の平均要介護度は2.20となっている。

登録時の平均要介護度：1.81
現在の平均要介護度：2.20

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

個票による利用者属性の分析-②

(73) 住まい形態



※2019年まで、有料老人ホームと軽費老人ホームを1カテゴリとして調査した。

(74) 紹介経路



※2018年、2019年は調査していない。

世帯構成は、独居(近居家族無+)及び配偶者と2人世帯のいわゆる高齢世帯では55.3%(昨年53.2%)となっている。住居形態は一戸建てが71.2%となっている。3年ぶりに紹介経路を確認してみたところ、居宅介護支援事業所が35.0%とほぼ横ばい、地域包括支援センターが22.7%(+3%)と増加している。役割発揮の場は、「ない」が減少傾向で、その他の「自宅」「事業所」「地域」がともに前年から増加傾向にある。

(75) 世帯構成



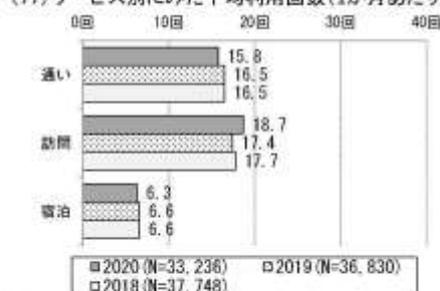
(76) 役割発揮の場



【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

個票による利用者属性の分析-③

(77) サービス別にみた平均利用回数(1か月あたり)



サービス別にみた利用回数では、平均で通い15.8回(昨年16.5回)宿泊6.3回(同6.6回)と減少傾向にある一方、訪問は18.7回(同17.7回)と増加傾向にある。

(79) 住居形態別の訪問回数



(80) 世帯構成別の訪問回数



訪問について住居形態別、世帯構成別の平均利用回数をみると、住居形態別では一戸建てや集合住宅では少なく、サ高住や有料老人ホームでは多くなっており、世帯構成別では、独居が多くなっている。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

個票による利用者属性の分析-④

(81)各サービスの利用タイプの状況

利用タイプ	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
回答数	33,236	36,515	37,871	38,475	39,355	27,594	
全体	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
通いのみ	19.6%	19.8%	20.6%	20.5%	21.4%	21.9%	22.8%
通い+訪問	37.0%	34.4%	33.4%	33.1%	31.4%	30.5%	27.1%
通い+泊まり	23.8%	25.8%	26.9%	27.3%	29.0%	29.8%	33.8%
通い+訪問+泊まり	12.1%	13.0%	11.9%	12.4%	11.8%	11.7%	10.8%
訪問のみ	6.3%	5.7%	5.7%	5.3%	5.4%	5.1%	4.0%
訪問+泊まり	1.1%	1.1%	1.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%
泊まりのみ	0.2%	0.2%	0.2%	1.2%	1.0%	0.9%	1.2%



昨年までの傾向と大きな差はみられず、昨年と同様に「通い+訪問」が37.0%と最も多いパターンとなった。

2014年からの傾向をみると、「通いのみ」「訪問のみ」「宿泊のみ」のような単独利用は減少傾向。また「通い+泊まり」も減少傾向。

一方、「通い+訪問」が増加傾向となっており、「訪問」+αの組み合わせが増加傾向にあることがわかる。

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

個票による利用者属性の分析-⑤

(82)利用タイプと要介護度の関係性(上段:人数 下段:割合)



	人数	通いのみ	通い+訪問	通い+泊まり	通い+訪問+泊まり	訪問のみ	訪問+泊まり	泊まりのみ
全体	33,236	6,484	12,311	7,965	4,013	2,090	311	61
要支援1	1,520	500	599	105	41	203	2	2
要支援2	1,390	443	578	88	33	172	1	0
要介護1	9,420	2,125	4,211	1,248	776	328	51	14
要介護2	9,720	1,899	3,799	1,829	1,024	384	88	8
要介護3	9,720	1,899	3,799	1,829	1,024	384	88	8
要介護4	4,891	480	1,772	1,524	681	99	181	11
要介護5	2,230	201	638	608	438	67	47	7
調査中	0	0	0	0	0	0	0	0

利用タイプと要介護度の関係は、軽度ほど「通い」を軸とした利用が多く、重度になるにしたがって「宿泊」との組み合わせが増加する傾向がある。

全国調査の結果★利用者の役割発揮の場の有無と要介護度の変化

(83) 役割発揮の場「あり」

	該当数	現在の要介護度							要介護中
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護6	要介護7	
全体	36,917	1,365	1,378	7,730	6,962	4,815	2,942	1,325	0
要介護1	2,241	1,032	303	621	228	96	51	16	0
要介護2	100.0	100.0	13.0%	23.2%	19.2%	4.2%	2.2%	0.7%	0.0%
要介護3	2,441	131	1,150	942	379	147	60	24	0
要介護4	100.0	5.4%	100.0	77.4%	15.4%	6.0%	2.0%	1.0%	0.0%
要介護5	9,091	120	164	729	2,102	1,022	411	142	0
要介護6	100.0	1.2%	1.7%	7.9%	21.3%	10.8%	4.2%	1.5%	0.0%
要介護7	6,061	46	62	341	532	1,106	670	100	0
要介護8	100.0	0.8%	1.0%	5.6%	8.8%	18.2%	11.0%	2.7%	0.0%
要介護9	3,561	20	30	214	368	720	509	289	0
要介護10	100.0	0.6%	0.8%	6.0%	11.2%	20.2%	14.2%	10.0%	0.0%
要介護11	2,161	11	29	162	217	329	224	224	0
要介護12	100.0	0.5%	1.3%	7.5%	10.1%	15.2%	10.4%	10.4%	0.0%
要介護13	721	1	9	37	52	52	34	34	0
要介護14	100.0	0.1%	1.2%	4.9%	7.2%	7.2%	7.2%	7.2%	0.0%
要介護15	201	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護16	100.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要介護17	201	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護18	100.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要介護19	201	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護20	100.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

(84) 役割発揮の場「なし」

	該当数	現在の要介護度							要介護中
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護6	要介護7	
全体	2,671	20	47	943	515	629	612	509	0
要介護1	100.0	1.5%	1.6%	35.2%	19.3%	23.6%	10.0%	10.0%	0.0%
要介護2	132	21	33	35	35	13	9	7	0
要介護3	100.0	15.9%	24.4%	26.1%	26.6%	6.9%	6.9%	6.3%	0.0%
要介護4	654	3	6	252	134	126	80	49	0
要介護5	100.0	0.5%	0.9%	38.9%	20.5%	19.2%	12.1%	7.5%	0.0%
要介護6	444	1	0	3	170	141	124	30	0
要介護7	100.0	0.2%	0.0%	7.1%	38.5%	31.3%	27.4%	12.4%	0.0%
要介護8	563	1	1	9	41	112	112	100	0
要介護9	100.0	0.2%	0.2%	1.6%	7.3%	19.9%	20.1%	19.9%	0.0%
要介護10	400	1	1	21	12	44	64	94	0
要介護11	100.0	0.3%	0.3%	5.3%	3.0%	11.0%	16.0%	23.5%	0.0%
要介護12	187	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護13	100.0	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	3.2%	11.2%	11.2%	0.0%
要介護14	4	0	0	0	0	0	0	0	0
要介護15	100.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

要介護度の変化を役割を発揮する場の有無でみると、役割発揮の場がある場合、登録時よりも軽度になる割合(改善割合)

※ **赤枠** (登録した時よりも介護度が改善したグループ)
青枠 (登録した時よりも介護度が重度化したグループ)

要介護3で18.6%(昨年9.1%)

要介護4で30.4%(同33.0%)

要介護5で33.5%(同38.2%)

2倍違う↑ 明らかに役割発揮の場「あり」が要介護度の改善を促す要素になっている

一方、役割発揮の場がない場合、登録時よりも軽度になる割合(改善割合)

要介護3で9.4%(昨年9.1%)

要介護4で13.8%(同16.6%)

要介護5で16.8%(同20.7%)

役割発揮の場がある方が要介護度が軽度に向かう割合が高くなっている。

41

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり

1. 在宅の包括報酬型サービスである小規模多機能型居宅介護

(1) 背景 (在宅の包括報酬型サービスの創設と2015年の高齢者介護)

「2015年の高齢者介護(厚生労働省老健局長の私的研究会、2003年)」は「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を実現するための議論がなされ、地域密着型サービスや小規模多機能型居宅介護が創設された流れの出発点となった。平成12年に介護保険制度が創設され、従来からの在宅3本柱が居宅サービスの中心であったが、時代の変化に合わせ小規模多機能型居宅介護を創設した形となる。よって、通所介護、訪問介護、短期入所生活介護を組み合わせたサービスと同様の効果では、新たなサービスとしての位置づけを確立できるものではなく、包括報酬化によって3つの機能にプラスアルファとして生まれる機能が付加されることで「尊厳を支えるケア」を提供するサービスとして期待されたサービスである。

(2) 社会保障国民会議(H20)から社会保障・税一体改革関連まで、議論を継承

2008年(平成20年)に取りまとめられた社会保障国民会議では、2025年を見据え、より踏み込んだ改革の議論がなされており、小規模多機能型居宅介護はB1、B2、B3のどのシナリオにおいても60万人分を確保するような改革案が示されている。2012年(平成24年)に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では、今後のサービス提供の方向性として、在宅サービス・居住系サービスの強化の項目では、切れ目ない在宅サービスにより、在宅生活の限界点を高めるための24時間の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させると指摘。同年(2012年/平成24年)に、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによって取りまとめられた「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」では、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」という不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標としている。社会保障・税一体改革でも継続的に議論されており、ケアの質の向上を図るだけでなく、制度の持続可能性においても在宅介護サービスにおいては、包括報酬型サービスを強化していくことが重要であるという認識をもっていることがうかがえる。

(3) 地域包括ケア研究会と小規模多機能型居宅介護

平成20年の最初の地域包括ケア研究会報告書が取りまとめられた際、「小規模多機能型居宅介護は地域包括ケアを実現するための重要なサービスと捉えられているが、あまり普及していないとの指摘もある。小規模多機能型居宅介護の普及のために、具体的にどのような措置を講ずるべきか」と指摘されたことに始まり、平成30年の報告まで過去7回、研究会の報告がなされているが、小規模多機能型居宅介護や包括報酬型サービスの在宅サービスにおける有用性が示され、さらなる普及促進の必要性が報告されている。

42

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり

(4) 人づくり、地域拠点としての小規模多機能型居宅介護

在宅生活の可能性を広げる支援のために、人づくり（人材育成）と地域づくり（地域拠点やその機能）を充実させている市町村も増えてきている。平成30年度の地域包括ケア研究会の報告にもある通り、小規模多機能型居宅介護に地域包括支援センターのランチを設置する取組やライフサポートワーカーのように、独自に仕組みを作り人材育成している市町村もある。

このように小規模多機能型居宅介護を戦略的に活用する市町村において、どのような人材育成や地域拠点づくりが進められているのか。また、育成された人材や拠点が、小規模多機能型居宅介護の登録者（利用者）や家族・介護者へ与える良い影響について事例を通して明らかにした。

◆対象地域

①美瑛町（北海道）

市街地中心の介護体制整備から、拠点機能を4つの生活圏域に分散する「地域分散型サテライト構想」によるケアの地域へのアウトリーチに関する取組

②川崎市（神奈川県）

生活支援コーディネーターを市内の（看護）小規模多機能型居宅介護に配置・育成し、小地域における住民等との協働による地域の生活課題解決や閉じこもりの予防への取組

③加賀市（石川県）

入所施設重視の政策から、地域密着型サービスへの転換と、小規模多機能型居宅介護を中心とした地域密着型サービス事業所に地域包括支援センターランチ&地域福祉コーディネーターの配置・育成

④福岡市（福岡県）

認知症の人やその家族がいきいきと暮らせる認知症にやさしいまち「認知症フレンドリーシティ」を目指し、プロジェクトが立ち上げられ、認知症ライフサポートワーカーによる地域づくりの取組

⑤霧島市（鹿児島県）

行政と事業者の協働による地域包括ケア・ライフサポートワーカーの養成と身近な地域の中での「よろず介護・生活相談支援」「新たな関係づくり・たまり場づくり」等を通じ、地域共生社会の実現に向けた取組

43

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり ①美瑛町（北海道）

(1) 地域分散型サテライト構想

社会福祉法人美瑛慈光会では、築年数30年近くとなった老朽化した特別養護老人ホームの個室・ユニット化と、ケアのあり方も在宅老所やユニットケアを積極的に導入。大規模集団処遇から、小規模個別ケアへと転換する。これまでの市街地中心部に集約していた介護機能を、4地区（基幹機能としての「市街地・周辺地域圏域」として慈光園、「旭・美田圏域」、「朝根内圏域」、「美馬牛圏域」）に分散し、日常生活圏域として展開。

地域分散構想の実践の中で、これまでは、施設に住んで施設で生活するという施設内完結型だった支え方が、拠点が住み慣れた地域にできたことで、施設に住んでいても、いつでも戻れ、自宅や知人・友人・ご近所と交流することができる地域で生活することが可能となる。住み慣れた自宅や地域で住みつづける、粘るために「自宅か施設かあるいは地域か施設か」という視点から「地域で暮らしていくためにどうするか」という視点への転換である。

(2) なぜ「地域」に旗を立てるのか（自治体、住民との協働）

戦後、引揚者の受け皿となり、人の手によって開拓された周辺地域から高齢化と離農という現実の中で人口の減少とともに暮らしに必要なサービスが地域から次から次へと抜けていくため、集落で暮らす人々の危機感は大い。独力で暮らしを維持するための生活上の課題は多い。家族と同居していたとしても認知症のために見守りが必要となれば「何かあったら仕事にならなくなる」との家族の不安感も強く、施設入居を考えざるを得ない。

地域に離れがたい愛着はあってもそこでは暮らしていけない現実を少しでも変えていくために、小規模多機能サービスが登場しそこに住民参画の仕組み、住民同士の支え合いの仕組みを導入する。都市部と農村の違いは、「生産の場＝働く場所と暮らしの場が渾然一体」であるということ。だからこそ、ケアが寄り住民の近くにアウトリーチしていくことが美瑛町では自然なこと。事業所の理想のあり方は地域住民の暮らし身近に、共同利用施設として地域に存在していることではないか。

(3) 地域展開と小規模多機能型居宅介護

住民参画の下、地域にどのような拠点や機能が必要かひざを交えて議論を交わしている。例えば2つ目の拠点整備となった「ひなた（美馬牛地区）」では、設置前の開設する2年ほど前から、地域の住民や役場職員が入り、準備会を立ち上げ、地域住民が「こうあってほしい」「地域にこんなものがあってほしい」という議論を重ねてきた。事業所設置の場所の選定も地域住民の議論の中で決まっている。また、地域の方々の相談所として「地域支援相談室」を設置されている。

(4) 地域拠点としての総合事業

①地域サロン活動推進事業（3つの生活圏域の住民会館を会場に定例でサロン活動（昼食交流会等）を開催）

②介護予防・生活支援サービス事業（その他生活支援サービス／訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供）

③生活支援体制整備事業（「運営推進会議」が「地域福祉圏域連携会議」としての役割を担い、「第2層生活支援コーディネーター」についても3つの事業所の所長がその役割を担う）

44

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり ②川崎市

(1) 小地域における生活支援体制等整備モデル事業の取組

高齢者だけでなく、障がい者や子ども、子育て中の親など、すべての市民を対象とした地域包括ケアシステム構築に向けた取組を推進。平成30年度から、第2段階の「システム構築期」として、2025年に向けて「意識づくり」「仕組みづくり」「地域づくり」の取組を進めている。こうした中で、「地域づくり」の取組として、より小さい地域単位において、「個別支援」と「地域支援」を有機的につなぎ合わせ、人と場、さらには人の生活と地域をつなぐ取組が求められている背景から、地域の（看護）小規模多機能型居宅介護に生活支援コーディネーターを配置して、小地域における住民等との協働による地域の生活課題解決や閉じこもりの予防に取組む「小地域における生活支援体制等整備モデル事業（以下「モデル事業」）」を令和元年度から実施することとなった。

(2) モデル事業の概要

- ①対象エリア：事業所所在地を中心として、概ね小学校区程度の範囲を基本。実際の事業実施にあたっては必ずしも小学校区にとらわれず、住民の意識・地域文化を反映した生活圏域を対象エリアとする。
- ②生活支援コーディネーターの配置：延べ20時間以上／1週間あたり
- ③生活支援コーディネーター業務：
 - i 対象エリアにおける社会資源（住民の交流、活動場所の状況）の把握
 - ii 生活支援や閉じこもり予防等を必要とする対象者の把握・支援
 - iii 対象者（家族含む）の生活状況、生活支援ニーズ等の把握・支援
 - iv 対象者（家族含む）と、地域の関係者等による支援・サービスのマッチング
 - v iからivを実践するために必要な地域の関係者との関係づくり
 - vi 地域の関係者等との協働による生活支援サービスの検討を行い、可能な場合は実践を試みる
 - vii iからviの実践で得た経験を活かした、行政が実施する地域診断・地域分析等への協力

(3) モデル事業を通じた頼り頼られることができる関係づくり

都市部においても、これまで数十年かけて培ってきた「お互いさま」の関係を、手助けが必要になっても継続することで、見知らぬ誰かの援助ではない、手を貸す側にとっても、借りる側にとっても安心したかわりが「生活支援」につながる第一歩である。都市部や繁華街では、近隣同士の関係が希薄であったり見えない場合も多く、近隣とのお付き合いに否定的な発想があることも否めない。他方、金銭的契約で解決できることもある。この場合、お互いさまのような関係を必要としない方もいる。一人ひとりを具体的に支えていく積み重ねが、「手を借りてもいいんだ」「自分にもお手伝いできることがあるんだ」という経験値となり本人（高齢者）をはじめとした個の支援からはじまるコミュニティづくりにつながる。共同体として一人の支援が本人以外の支援（地域課題支援）にも我が事として関心が向いていく。個の支援から面としてのあり方の検討につながる（サービスづくりからではないアプローチ）。

45

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり ③加賀市（石川県）

(1) 人づくりから地域密着型サービスの推進へ

介護保険制度創設後、入所系サービスの充実が図られ、市内の要介護認定を受けている方のうち、要介護3以上の方が全員入所できるほどの受け皿として入所系サービスが整備されていたことを第3期介護保険事業計画に向けて転換し、ケアマネジメントに特化した研修、サービス別、市民向け、認知症ケアなど多岐わたる人材育成を実施した。

高齢者が要介護状態になっても「地域や家族と離れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならないと捉え、平成18年度からは小規模多機能型居宅介護を整備していく流れに切り替えられた。日常生活圏域は7つ、地区単位数はさらに細分化し小学校区を目安に21地区とし、14か所の小規模多機能型居宅介護事業所を整備した。

(2) 地域包括支援センターランチ兼地域福祉コーディネーターを配置

「よりきめ細やかな高齢者の見守りや相談、支援などを効果的に行うため、身近なところで相談を受け付け、地域包括支援センターにつながるための窓口機能を有し、併せて、友人やご近所、世話焼きさん、地域団体、ボランティア等といった支援の担い手との連絡・調整や地域福祉活動の後方支援等の地域福祉コーディネーターを行うため、モデル事業を経てすべての小規模多機能型居宅介護に地域包括支援センターランチ兼地域福祉コーディネーターを配置した（令和3年3月現在15のランチを設置。うち1か所は地域密着型介護老人福祉施設に設置）。

(3) ランチ兼地域福祉コーディネーターの成果

地域包括支援センターランチ兼地域福祉コーディネーターの取組みのみの影響だけとは考えにくい。高齢化率及び後期高齢化率は経過年数とともに上昇傾向にあるが、地域包括支援センターランチ兼地域福祉コーディネーターを設置した平成26年度から、高齢化率は上昇し続けているものの認定者数は減少傾向にあり、住民にとってより身近な拠点としての機能が有効であると推察される。

(4) 本人を自宅や地域から切り離さない支援（軒下マップ）

地域福祉コーディネーターが訪問活動をする際には必ず軒下マップの作成をすることが義務付けられている。軒下マップとは、これまで本人が培ってきた人間関係や役割、生きがいなどを図式化し、要介護状態になっても、だれと会いたいか、何をし続けたいか、どこに行きたいかなど、本人のそれまでの暮らしを把握するとともに、誰の支えによって今の暮らしができてきているのか、買い物に行く商店では、どのような声がけをしてくださっているのかなど、双方の関係や状態を把握するためのツールである。

(5) 新型コロナウイルス感染症への取組

各地の地域包括支援センターランチと地区の民生委員やおたっしゅサークルの世話人など、エリア内の結びつきが強いことから、地域での活動の歩みを止めずに前に進むことができるよう、ランチ、民生委員、おたっしゅサークルの世話人や地域の役員等、専門職と地位住民が地域ごと一緒に研修を受講できるよう感染症研修を実施。研修後は、研修を知識習得の場にとどめず、住民が中心となり、自分たちでもできることを取組みはじめ、フレイル予防と感染症対策の両面から、小規模多機能型居宅介護が黒子になりながらサロン活動を再開。

46

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり ④福岡市

(1) 認知症へのアプローチ

団塊の世代が後期高齢期を迎える2025年のあるべき姿を描くため、認知症の人やその家族がいきいきと暮らせる認知症にやさしいまち「認知症フレンドリーシティ」を目指し、プロジェクトが立ち上げられ、様々な角度から認知症にやさしいまちづくりを目指し取り組んでいる。これは、誰もが100歳まで健康で自分らしく暮らし続けられるような健康社会の実現を目指し、「福岡100」を宣言し、健康、医療、介護だけでなく、地域づくりや働き方等も含め産学官民のオール福岡で100のアクションを2025年までに実施するよう計画されたものである。

認知症フレンドリーシティの中でも目玉となるもののひとつが「福岡版認知症アクション・アライアンス（DAA）構想」である。認知症の本人、家族、医療介護の専門職、行政のみならず、企業も参画するプラットフォームづくりや、認知症フレンドリーの多様なサービスを協働開発する取組である。

認知症当事者が安心して地域の中で暮らし続けるための土壌づくりを企業と一緒に取り組む姿をイメージし、当事者の想いや願いをベースにした企業の商品開発を促すためのワークショップを継続開催している。例えば、「徘徊するから早めに施設に入所する」のではなく、行きたいところに迷わず行けるように、戸惑いを減らし目的が達成できるようにするために企業として何ができるかの問いの設定である。企業側には、単なる社会貢献としての位置づけではなく、当事者（顧客）ニーズに沿った商品開発を提案し、本人をあきらめさせる手立てを考えるのではなく、希望をもって暮らし続けることができるまちづくりを共有する。「私はやけどしても、途中で何を作っているかわからなくなっても台所に立ち続けたい」「片道10分の道のりが半日かかったとしてもスーパーに行き自分で食材を選びたい」等、当事者の想いにどれだけ寄り添えるかの思考転換を図っている。

参加する企業は、鉄道、ガス会社、タクシー、通信大手、AI関連、電力会社、コンビニ関係、ベンチャーなどと幅広く、担当者が定例のワークショップに参加し意見交換を重ねている。

(2) 福岡市認知症ライフサポートワーカー養成研修事業

2015年（平成27年）1月に厚生労働省が策定した「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)に基づき、これまでは認知症の中等度から重度の人の支援を先行し認知症施策として取り組んできたが、認知症の初期段階や軽度認知障害（MCI）の人が早期診断後、認知症の人やその家族が地域の中でつなぐがりが保持され、いきいきと生活ができる認知症の人にやさしいまちを目指し、当事者が抱く「住み慣れた地域で安心して暮らし続けたい」の願いを個人や仲間と実現できるよう、認知症とともに生きる人のよき伴走者となり地域の中で、活躍できる人材を「認知症ライフサポートワーカー」として養成する取組を2018年（平成30年）より行っている。

市内の小規模多機能型居宅介護の実践者が、日々利用者とかかわる中で継続してきた「変わるべきは本人」ではない「本人にあった（認知症の利用者本人をありのままに受け入れる）地域づくり」の取組が、認知症の方にやさしい環境に改善していく運動として良い影響を及ぼしていると言えるであろう。

47

【第2章】本人支援のための人材育成・地域拠点づくり ⑤霧島市（鹿児島県）

(1) 事業者と自治体の協働

平成18年に地域密着型サービスのひとつのサービスとして小規模多機能型居宅介護が創設された際、一緒に語りあい「私たちの霧島市」において、それぞれの地域で求められる「小規模多機能」のあり方を検討し合う場ととしてはじまった。行政と事業者が地域の高齢者の生活実態や暮らしの様子、生き方等を一緒に考え、実現するために役割分担することで、行政には行政のできること、事業者には事業者だからこそできることを把握することで、実効性のある事業構築が可能になる取組である。

(2) 事業者と自治体の協働と3つの効果

「認知症になっても自分らしい生活が送れるように」との思いから地域密着型サービス事業者連合会が中心となって、霧島市地域包括支援センター、認知症の人と家族の会、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センターの医療ソーシャルワーカー、行政の方々と共に約2年間勉強会を重ね、認知症連携バス「私のアルバム～やがてのために～」を作成した。認知症をキーワードに、霧島市内のすべての高齢者が、利用するサービスが変わるごとに基本情報や生活歴、ADLの状況等を毎回説明（聞き取られる）するのではなく、本人（利用者）とともに情報も伝わっていく仕組みができないかというものである。高齢者が、これまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時（認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時）に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらい、最期まで自分が主人公の人生を貫き通す為を作成する当事者自身のアルバムである。

* 3つの効果

- ① ネットワークの構築。単なる書式づくりではなく、本人主体の暮らしを実現するために何が必要なのかを事業者と行政と一緒に考えてきた「プロセス」が大きな意味を持つものである。
- ② ケア観の共有。委員会形式として地域密着型サービス事業者や家族の会、社会福祉協議会、行政が参画したことで、霧島市における在宅の認知症高齢者を支えるケア観が共有されたことである。
- ③ 市民へのメッセージ。従来の在宅か施設かの2択ではなく、要介護状態にあっても自宅で暮らし続けることができるというメッセージが、利用する側や地域で支える住民（協力者）にも共有されること。

(3) 地域包括ケア・ライフサポートワーカー事業者と自治体の協働と3つの効果

平成24年度から、地域包括ケア・ライフサポートワーカー養成研修を実施。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育成を行っている。令和2年3月現在100人の修了生が地域で活動。平成30年度からは、従来の高齢者を対象とした視点に加え、障害のあり方や子ども支援も視野に入れて取組みへと広がっている。地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながる「地域共生社会」の実現に向けたものである。日常生活圏域ごと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、対象を超えて地域に密着した相談・生活支援体制の構築を目指すものである。

48

【終章】まとめ

(1) 小規模多機能型居宅介護の15年

- 2015年の高齢者介護を出発点とし、これまで自宅や地域で生活する高齢者等の支援を必要とする方の暮らしを第一に、その支援内容やサービス形態を利用者の生活に合わせる利用者主体のサービスとして実践されてきた。「住み慣れた地域で暮らす」介護保険が提唱する地域包括ケアを実現するための中心的な役割を担うサービスとしての役割である。
- 介護保険が2000年に施行され、措置から契約へサービスのあり方は変化したものの、措置時代の三大介護重視や施設ケアを主体とした補完機能としての在宅サービスの域を脱しないケアのあり方は、大きく変わることはなかった。
- この間、団塊の世代が後期高齢期に向かって、認知症高齢者や独居高齢者、高齢者のみ世帯の増大など、介護を取り巻く地域環境は変化してきている。
- 前述のとおり小規模多機能型居宅介護の創設は、新たな介護保険サービスの創設という側面よりもむしろ在宅の限界点を高めるための認知症高齢者の支援を中心とした新たなケアの必要性から生み出された。日本の高齢者介護のあり方を新たなステージへの導くためのケアのあり方である（在宅の限界点を高めるケア）。
- そのため小規模多機能型居宅介護は、在宅サービスで初めての包括報酬や運営推進会議、サテライト事業、運営推進会議を活用したサービス評価など、次々と新たな仕組みを導入し、より利用者や地域に身近なサービスとして進化してきた。
- 2018年（平成30年度）の介護報酬改定では、共生型サービスが創設され、日常生活圏の拠点として、小規模多機能型居宅介護の果たす役割が広がった。またケアのあり方も、生活を送るうえでの補完機能としての介護から、最後まで生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるためのケアへと変化してきている。認知症であっても障がいがあっても持っている力を発揮するために必要な支援機能としての進化である。ケアとマネジメントを兼ね備えた小規模多機能型居宅介護の強みを生かす次なるケアのステージへ進むものである。
- 「共生社会」の実現に向け「高齢者」「子ども」「障がい者」等も含め、年齢や障がいの有無に関わらず、地域の住民がこれまで大切に積み重ねてきた価値観を尊重しつつ、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や地域に必要な「機能」を、住み慣れた地域拠点としてともに検討していく役割がある

49

【終章】まとめ

(2) 包括報酬型在宅サービスである小規模多機能型居宅介護

- 事業形態ごとに担っている時間や場所が異なり、支援する人も異なる従来の在宅サービスと違い、ソーシャルワークとケアワークが一体で提供できる。
- 本人を取り巻く関係者をつなぎ、必要な支援方法を立案することから日々の直接支援までをワンストップで提供できるため、家族・介護者との連携が図りやすい。24時間365日を同じケアチームでかかわることで、時間や場所を限定して支援する従来の在宅サービスの従業者では見えにくかった、毎日の暮らしの中で変化する心身機能や本人の思いが「見える化」され、その変化に応じて即時に通い、訪問、宿泊等の組み合わせを柔軟に変更が可能となるため、利用者、家族・介護者にとって便益性の高いサービスといえる。
- 毎日のかかわりの積み重ねにより生活ニーズを捉える精度があがり、生活目標や支援方法がより具体化される。本人の在宅生活の満足度を高め、家族・介護者にとっても在宅介護を続ける上での安心感につながり、事業所に対する信頼を深めてくれる好循環を作ることができる。
- ソーシャルワーク機能とケアワーク機能が一体となることは、24時間365日を支えるため「通い」「訪問」「宿泊」等の機能が、本人を事業所、自宅、地域とあらゆる場面でアセスメントする機会となり、本人の暮らしの全体像をとらえる視点を持つことができる。
- 本人の心身状態だけを見るということだけでなく、本人の家庭内・地域社会での役割など、本人を取り巻く人々や地域社会に積極的にかかわることで得られる情報も重要であることから、本人の周囲に広がる地域とのつながりやつながる意味も見据えた、ケースマネジメントが実現できる。
- 自宅や地域で暮らし続けるための課題を解決するために、その背後にある社会的環境との関連をも見据え、毎日の暮らしの中で変化する心身機能や本人の思いを「見える化」し、本人とかかわる家族・介護者、地域の専門職以外の人への「見せる化」が大切である。
- 「見える化」によって顕在化させた本人の生活全体のニーズが、「見せる化」によって地域の専門職以外の人が参画する内容やタイミングが明らかにされることにつながり、利用者の困りごとを解決する手助けを得るチャンスになる。そればかりでなく、手助けに参画することで「他人の困りごと」ではなく、地域住民にとっては「将来の自分の困りごと」と捉える機会になり、住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには「今、何をすべきか」「将来どのような取組が必要なのか」ということを自らが考えるきっかけになる。

50

【終章】まとめ

(3) 新型コロナウイルス感染症の影響と小規模多機能型居宅介護

- 新型コロナウイルス感染症の影響があった事業所は85.4%（1,408事業所）にのぼり、支出の増加や利用者減の報告がされ、利用者の支え方にも変化があり、外出や交流の機会の減少、家族・介護者の意向を把握しにくくなったなど、少なからず影響があった。
- 利用者の状態像においては、活動量が低下したり、利用者の役割や活躍の場がなくなったなどが報告され、そのための工夫として、事業所内で体を動かす機会を増やしたり、利用者へ意図的に話しかける回数を増やすなどの工夫を行っている。
- 影響への対応として、事業所の感染予防対策を決め、利用者、家族・介護者へ説明したり、感染症に対する情報を提供することで“利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるよう工夫している。
- 過去の利用状況との比較では、新型コロナウイルス感染症の影響があったと回答した事業が多いものの、実利用人数では影響前の令和元年10月と令和2年5月（1回目の緊急事態宣言期間）との比較でも、実登録者数では、影響前が平均21.1名、令和2年5月で20.7名と△0.3ポイントにとどめている。
- 通い、訪問、宿泊及び利用者、家族・介護者の情報提供や支援を通じて、**新型コロナ感染症影響下でも、その影響を最小限にとどめ、これまで通りの支援を継続できている在宅サービスである。**

51

【終章】まとめ

(4) 小規模多機能型居宅介護の次なる議論のステージ

- 今後、地域密着型サービスや小規模多機能型居宅介護、在宅の包括報酬型サービスの育成にあたって、**3つの議論のステージ**から検討が必要である。1つに「**実践**」から、次いで「**運営**」から、最後に「**政策**」からである。
- ◆「実践」として
- 小規模多機能型居宅介護は、海外の先行的取り組みやモデルがあって始まったものではない。目の前の高齢者の幸せを願う実践者によって生み出され、その実践を政策担当者が制度化したものである。**
- 包括報酬型在宅サービスの強みとして、**制度の中に実践をはめ込むことは、自らの実践を縛る結果にもつながる危険性を理解しなければいけない。**
- あくまで実践に合わせて制度が作られ、実践に伴って制度が修正されてきた経緯からすれば、包括報酬型在宅サービスの進化は、実践にある。**その実践が今、問われている。**
- 「通い」「訪問」「宿泊」の各機能（サービス）について、提供回数や提供内容を明らかにしてきたが、本来、包括報酬型在宅サービスでは各機能を分解し、**他の類似の介護保険サービス（通所介護、訪問介護、短期入所生活介護）との比較で強みや優位性を示す方法は、そもそも複合化された機能と単独機能とを比較することそのものが、複合化した強みを削ぐ捉え方となっているのではないか。**
- 小規模多機能型居宅介護の強みは、利用者の望みや願いに合わせて、その実現のために「通い」や「訪問」といった機能を活用することであり、**「通い」や「宿泊」を提供することが目的化してはいけない。**
- これまでの実践で着目してきたのは、介護度や疾病、障がいから利用者を見るのではなく、人はそれぞれ違い、一人として同じ人はいないという当たり前のことを再確認したうえで、その人の人生を見つめるという視点である。目指すべき支援は「病気になるっても、歳を重ねても、障がいがあっても、その人らしい生き方を支える」ことである。そのためには、**利用者の力を発揮できる機能、機会、気力を奪わないことである。何もできなくなった厄介な認知症の人という偏見から、たくさんの可能性を持っている人へと視点を転換することである。**
- 利用者の力が発揮できることは、すなわち社会参加・社会貢献の機会であり、ケアの提供と別物ではなく、ケアの延長線上にある。よって、本来機能としての通い、訪問、宿泊の機能を活用し、利用者の生きる力を、生きようとする思いを表現することが大切である。そういう意味では**これからのケアは「介護」や「お世話」と言った装置のものではなく、その人の自己決定を尊重し、人生を支えるという視点が重要である。**

52

【終章】まとめ

(4) 小規模多機能型居宅介護の次なる議論のステージ

- ◆「実践」として（続き）
- 実践を通して、利用者の生活や利用者のできることに喜ぶ家族・介護者、知人・友人、商店や町内会の人たちなどを通じて、ケアとは何か、支援とは何かを考える時期に来ている。「自立支援とは何か」をである。
- 実践の積み重ねから見えてきた自立支援を目指す視点は「身体機能やADLは自立していなくても、選択権が尊重され、自分の意思で行動や生活ができるための支援を行うこと」である。
- 「共生」に対する概念も高齢、障がいの枠を超えたものだけでなく、利用者である地域の高齢者が、認知症であっても障がいがあっても持っている力を発揮する社会の一員として暮らすことができる社会である。
- 地域のニーズは多様化しており、利用者だけでなくその家族も多くの問題を抱えている。さらに障がい者や地域で暮らす高齢者の様々な課題についても何らかの支援を小規模多機能型居宅介護に求められる場合もある。
- 利用者の暮らしの継続性を支えるために、利用者だけでなく世帯丸ごと受け止めるかかわりや地域から世帯ごと排除されない支援、すなわち「利用者（登録者）の世帯を支えるための支援（世帯支援）」が求められる。また、利用者を通じた地域の理解を深める取組が、利用者以外の不安を抱えた高齢者の悩みが持ち込まれることにつながる場合や、高齢者だけでなく障がいのある方や子どもなど、介護保険サービスの範疇を超えた課題に対しても一緒に考えていく「地域から持ち込まれた相談などに応える支援（地域支援）」である。
- 小規模多機能型居宅介護は「共生社会」の実現に向け「高齢者」「子ども」「障がい者」等も含め、年齢や障がいの有無に関わらず、地域の全住民がこれまで積み重ねてきた「歴史」「伝統」「習慣」「風土」等を重視し、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や、地域に必要な「機能」をともに検討していく役割がある。

53

【終章】まとめ

(4) 小規模多機能型居宅介護の次なる議論のステージ

- ◆「運営」として
- 創設当初、中重度になっても在宅で支えられるよう平均要介護度を3.5程度に見立てた経営モデルで議論された。介護老人福祉施設の入居条件を原則要介護3以上とするような政策の影響もあり、小規模多機能型居宅介護利用者の平均要介護度は、ここ数年2.2~2.5の間となっている。
- 登録者（利用者）数の平均は21.1名、登録定員は29名のところが55.0%（923事業所）に上る。直近3年の傾向を見ても、（令和元年調査）20.9名、（平成30年調査）20.5名と登録者数は横ばい傾向にあり、稼働率100%まで8人程度の空席があることになる。これは登録者を確保することができないのか、それ以外にも要因があるのか明らかにする必要がある。
- 在宅の要介護高齢者を支える仕組みとしてどのような方を支えることが期待されているのか、実態はどのような方を支えているのか、小規模多機能型居宅介護という道具の有効性を単なる利用者確保の観点だけではなく、在宅福祉を担うサービスにおける役割分担から、そのケアのあり方や守備範囲を明らかにする必要がある。
- 今回の調査では人件費率は71.3%となっており固定費の比重が高い。在宅サービス内での競合が少なければ、経営が安定するため固定費の比重が高くとも大きな影響はない。一方、競合がある現在では、固定費の比重が高いと利用者数による収入の変動の影響も大きく、固定費が大きいことは経営を左右する。もともと福祉サービスは他の分野に比べ固定費が高いものの、今後の在宅の要介護高齢者に対する役割分担の仕方次第では、検討すべき課題となり得る。
- 小規模多機能型居宅介護の運営には、事業所内で完結するようなケアではなく、また高齢者の心身機能・構造のみならず、活動や参加に関する事項、さらに促進要因や阻害要因など、言語化・数値化されにくい情報も含めた地域でケアする視点が求められる。
- 介護の専門性を持った職員を確保・育成していく視点に加え、地域に密着した事業所として、採用と参画の垣根を取り払い「事業所へのお手伝いや協力から参画へ、参画から一部採用へ」の流れも構築していくことで、人材発掘のすそ野を広げていく取組をしていかなければ人材を確保することは難しい。

54

【終章】まとめ

(4) 小規模多機能型居宅介護の次なる議論のステージ

◆「運営」として（続き）

○ケアのあり方が多様化することと合わせ、食事のみ、送迎のみ、入浴のみといった基礎介護を担当する職員、地域活動を得意とする職員、茶話の場の取り回し役や外出支援といった間接的な調整や支援を得意とする職員を採用するなど、利用者のライフスタイルに合わせた担い手の分業化も視野に入れた多様な人材発掘のあり方も検討しなければならない。

○よって人材育成の場も事業所内に限らず、地域活動の場面であったり、町内会の会合の場、訪問した自宅の場合もある。様々な場面で利用者の自宅や地域での「暮らし」をともに考え価値観を共有していくことが求められる。育成を担当する管理者やリーダーには、従来の介護職員育成から発想を広げ、広義の社会福祉の視点や地域の価値観、習慣等も含めた人材育成が求められる。

○在宅における要介護高齢者を支えるための「ケアのあり方」「対象者及び利用状態像」「運営のあり方」など、支援を担うサービス間の役割分担も踏まえつつ、小規模多機能型居宅介護の目指す方向性を明確にしていくことが、経営の安定性につながり、さらに利用者に安心した暮らしの支援を提供できる経営につながる。今後、2025年を見据えた新たな経営モデルの構築が急務である。

◆「政策」として

○老人福祉法制定前年の1962年（昭和37年）にホームヘルプサービスの前身となる家庭奉仕員制度が創設され、1978年（昭和53年）からショートステイ、翌1979年（昭和54年）にデイサービスが創設され、その後40年以上にわたり「在宅3本柱」と呼ばれ現在に至っているが、新オレンジプランによれば2025年に認知症高齢者が700万人を超える¹と推計されているなか、昭和30年代後半から50年代にかけて設計された仕組みで、令和を迎えた現在の700万人の認知症高齢者をどのように支えていくのか。政策論として、在宅3本柱のたてつけを今後どのように考え、在宅サービス内でどのような役割分担を図っていくのか。

○そのような状況の中で包括報酬型在宅サービスである小規模多機能型居宅介護は、どこで、だれを、どのように、支えていく役割を担っていくのか。そのために必要な進化は何なのかの議論が必要である。在宅の要介護高齢者を支えるためにどのような役割を果たすのか、をである。

序章

研究の目的・概要

1. 調査研究の目的

小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置づいて丸14年が経過し、介護給付費等実態統計月報／令和元年11月現在では、全国で5,461か所の事業所が稼働し、制度創設後初めて利用者が10万人を超えた（10.05万人）。

平成30年度にまとめられた地域包括ケア研究会の報告書でも「利用者が元気だったころの近所との付き合いや生活リズム、あるいは居住空間も含め、利用者はありのままの情報を、いわば『地域や在宅から引き連れてサービス事業所にやってくる』と表現してもよい。つまり小規模多機能型居宅介護は、地域との継続性を保ちやすい特徴があるといえるだろう」と指摘している。

このたびの事業では、小規模多機能型居宅介護利用者への支援について関係者が果たしている役割を把握するため、小規模多機能型居宅介護利用者と、訪問・通所・泊まりの各介護保険サービスを利用している者の利用前後における要介護度の変化、役割や生きがいが必要介護度に及ぼす影響、利用者の生活をささえるために家族支援、地域支援のあり方や、高齢者や地域のコーディネート機能に関する内容についてアンケート調査等を行い、その結果を比較する等により、生活全体を支える小規模多機能型居宅介護のあり方を研究し、報告書を作成する。

上記の観点から2つの視点を定め、検討する。

- (i) 本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネート機能のあり方
(小規模多機能型居宅介護の利用前後における在宅生活を送るうえでのケアの違い)
- (ii) 在宅生活の可能性を広げる支援のための人づくり（人材育成）と地域づくりのための拠点機能と地域デザインのあり方

2. 概 要

(1) 委員会及び作業部会について

小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方に関する調査研究委員会 名簿

◆委員会

No.	氏 名	所 属 (都道府県)	備考
1	山 田 尋 志	立命館大学 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 (京都府)	委員長
2	香 取 照 幸	上智大学	
3	堀 田 聰 子	慶應義塾大学大学院	
4	宮 島 渡	日本社会事業大学専門職大学院	
5	馬 袋 秀 男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会／株式会社グッド・シェパード)	
6	塩 澤 紀 子	一般社団法人日本在宅介護協会 セントケア・ホールディング株式会社	
7	岩 尾 貢	社会福祉法人共友会 (石川県)	
8	安 倍 信 一	社会福祉法人美瑛慈光会 (北海道)	
9	柴 田 範 子	特定非営利活動法人「楽」 (神奈川県)	
10	尾 崎 守 正	厚生労働省老健局振興課 (課長) (～8月)	オブ ザーバー
11	笹 子 宗一郎	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 (課長) (8月～)	オブ ザーバー
12	平 井 智 章	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 (課長補佐)	オブ ザーバー
13	中 村 光 輝	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 基準第一係 (係長)	オブ ザーバー
14	青 野 慎	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 基準第一係	オブ ザーバー

※順不同敬称略

◆作業部会

No.	氏名	所属（都道府県）	備考
12	黒岩尚文	共生ホームよかあんべ（鹿児島県）	
13	津田由起子	ぶどうの家（岡山県）	
14	後藤裕基	医療法人明輝会（鹿児島県）	
15	党一浩	小規模多機能ホームめおといわ「きずな」（福岡県）	
16	安岡英哉	社会福祉法人砥部寿会（愛媛県）	

※順不同敬称略

◆事務局

No.	氏名	所属	備考
	秋林人土	合同会社トラビ	調査委託
	山越孝浩	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局
	太齋寛	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局

(2) 実施内容

①小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方に関する調査研究委員会の開催

従来の居宅系サービスと包括報酬型サービスのケアのあり方の違いを明らかにするとともに、地域づくりを進める小規模多機能型居宅介護を中心とした人材育成、拠点整備のあり方等について検討を行った。開催にあたっては、新型コロナウイルス感染症の影響により、オンライン会議を中心とし、一部委員のみ対面での参加となった。開催回数は4回。

②作業部会の開催

委員会のもと、作業部会を設置し検討を進める。

調査票の検討、集計結果の整理・検討、訪問調査先の選定等の内容の検討、ヒアリング調査の内容・進め方等の検討を行う。通常、対面で調査票の検討及び調査結果の分析、訪問調査の論点整理等を行っていたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、オンラインを中心とし、開催回数も当初の6回の計画から対面で行う議論と同様の成果を出すため実施回数を増やし、9回実施した。

③全国実態調査の実施

*アンケート調査の実施（悉皆調査／令和2年10月）

配布 5,537 事業所

回収 1,681 事業所（回収率は30.4%）

④小規模多機能型居宅介護を中心とした地域密着型サービスを活用した本人支援のための人材育成・地域拠点づくり調査（ヒヤリング調査）

在宅生活の可能性を広げる支援のための人づくり（人材育成）と地域づくりのための拠点機能のあり方と地域デザイン及び本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネート機能のあり方（小規模多機能型居宅介護の利用前後における在宅生活を送るうえでのケアの違い）のためのヒヤリング調査を5地域でオンライン及び電話等による代替え手段も交えて実施した。

（調査先）

美瑛町：地域分散型サテライト構想・ケアと生活の地域へのアウトリーチ

川崎市：生活支援コーディネーターと地域拠点

加賀市：地域福祉コーディネーター及び地域包括ランチ

福岡市・霧島市：ライフサポートワーカーと地域拠点

さらに、これらの人材育成を通じて、本人、事業者、家族、地域も含めたチームづくりや、民生委員や町内会長といった地域へのあいさつ回りや調整が、従来の通所、訪問、短期宿泊等を組み合わせたマネジメントとの違いを明らかにすることにより自宅や地域での暮らしの変化及び在宅生活に及ぼす影響を明らかにした。1地域あたり4事例。

⑤報告会の開催

実態調査、ヒヤリング調査をもとに小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方について、オンラインで実施した。なお、パネルディスカッション登壇者については、対面でのディスカッションを重視し、感染症対策を実施したうえで、無観客の体裁で実施した。

期 日 2021年3月9日（火）13:20～17:00まで

会 場 オンライン開催（Zoom使用）

内 容（13時15分：開場）

13:30～14:00 全国実態調査「小規模多機能型居宅介護の動向」

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 主任研究員 後藤 裕基

14:05～14:35 令和3年度介護報酬改定の経緯

「包括報酬型サービスの小規模多機能として、何を提案し、どうなったか」

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 理事長 宮島 渡

14:45～17:00 パネルディスカッション

「2025年のグランドデザインを考える・地域包括ケアと小規模多機能」

上智大学総合人間科学部 教授 香取 照幸

慶応義塾大学大学院 教授 堀田 聡子

小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型
在宅サービスのあり方に関する調査研究委員会 委員長 山田 尋志
(社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋(京都市)理事長)
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 理事長 宮島 渡

⑥報告書の作成

本事業の内容をまとめ報告書を作成し、関係者に配布した。

第1章

小規模多機能型居宅介護の現状

1. 調査の概要

1.1 調査概要

(1) 調査対象

調査企画時点で確認できた全国 5,537 事業所を調査対象とした。

(2) 調査時期

2020年12月～2021年1月に実施した。12月30日を締め切りとして設定し、1月末までの到着分を集計対象とした。

(3) 調査方法

調査票の配布は郵送より行った。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。

(4) 回収結果

1,681 事業所から回答を得た。回収率は 30.4%（昨年度調査では 36.4%）であった。

また、利用者個票については、1,617 事業所から計 34,072 人分のデータが収集された。

調査票の回答者は「管理者」が 75.2%、「計画作成・介護職員」が 8.8%などとなっている（図 1-1）。

なお、都道府県別での回収数は次頁の表 1-1 のとおりである。回収数では北海道が 117 事業所と 100 を超えており、次いで神奈川県が 91、福岡県が 80、兵庫県が 78、大阪府が 73 事業所となっている。山梨県、香川県、徳島県、和歌山県が少ない。回収率が最も高かったのは昨年と同様に青森県で 56.9%、最も低かったのは香川県で 9.3%となっている。

2020 年は新型コロナウイルスによる感染症が全世界で猛威を振るい、日本でも緊急事態宣言の発令など日常生活に多大な影響が発生していることから、その影響を受けた調査対象事業所も多いと考えられる。

図 1-1 回答者

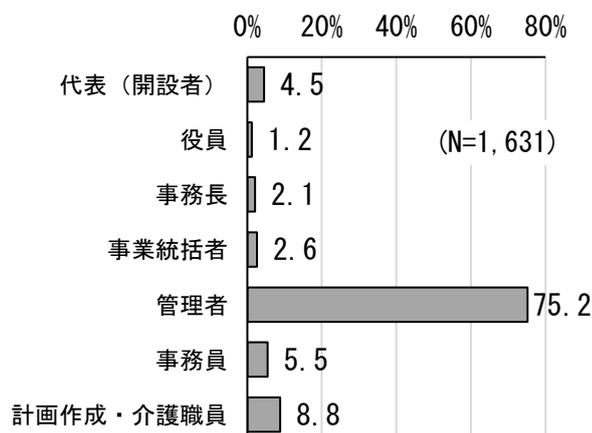


表 1-1 都道府県別の回収状況

都道府県	2020調査				参考 2019調査		参考 2018調査	
	回答数	割合	回収率	配布数	回答数	割合	回答数	割合
北海道	117	7.0%	33.9%	345	136	6.9%	136	6.8%
青森県	29	1.7%	56.9%	51	29	1.5%	30	1.5%
岩手県	35	2.1%	44.9%	78	40	2.0%	44	2.2%
宮城県	30	1.8%	41.7%	72	33	1.7%	28	1.4%
秋田県	33	2.0%	44.0%	75	34	1.7%	40	2.0%
山形県	45	2.7%	36.6%	123	40	2.0%	42	2.1%
福島県	38	2.3%	31.4%	121	42	2.1%	36	1.8%
茨城県	29	1.7%	35.8%	81	17	0.9%	18	0.9%
栃木県	23	1.4%	23.7%	97	25	1.3%	29	1.4%
群馬県	25	1.5%	22.3%	112	29	1.5%	30	1.5%
埼玉県	32	1.9%	26.7%	120	32	1.6%	40	2.0%
千葉県	42	2.5%	30.9%	136	60	3.1%	56	2.8%
東京都	56	3.3%	25.7%	218	65	3.3%	58	2.9%
神奈川県	91	5.4%	28.7%	317	80	4.1%	100	5.0%
新潟県	57	3.4%	29.8%	191	96	4.9%	90	4.5%
富山県	27	1.6%	34.2%	79	36	1.8%	41	2.0%
石川県	31	1.8%	38.3%	81	34	1.7%	33	1.6%
福井県	26	1.5%	30.6%	85	26	1.3%	32	1.6%
山梨県	3	0.2%	23.1%	13	6	0.3%	4	0.2%
長野県	30	1.8%	33.0%	91	38	1.9%	39	1.9%
岐阜県	29	1.7%	34.9%	83	39	2.0%	31	1.5%
静岡県	38	2.3%	23.8%	160	51	2.6%	45	2.2%
愛知県	48	2.9%	25.7%	187	60	3.1%	52	2.6%
三重県	15	0.9%	23.4%	64	23	1.2%	30	1.5%
滋賀県	35	2.1%	44.9%	78	31	1.6%	34	1.7%
京都府	39	2.3%	22.0%	177	50	2.5%	62	3.1%
大阪府	73	4.3%	34.0%	215	81	4.1%	81	4.0%
兵庫県	78	4.6%	33.2%	235	80	4.1%	81	4.0%
奈良県	13	0.8%	31.0%	42	14	0.7%	15	0.7%
和歌山県	9	0.5%	20.0%	45	11	0.6%	16	0.8%
鳥取県	26	1.5%	41.9%	62	22	1.1%	19	0.9%
島根県	25	1.5%	31.3%	80	31	1.6%	33	1.6%
岡山県	37	2.2%	20.1%	184	55	2.8%	59	2.9%
広島県	55	3.3%	24.9%	221	83	4.2%	79	3.9%
山口県	17	1.0%	21.5%	79	33	1.7%	33	1.6%
徳島県	8	0.5%	21.1%	38	14	0.7%	8	0.4%
香川県	4	0.2%	9.3%	43	9	0.5%	15	0.7%
愛媛県	41	2.4%	34.7%	118	35	1.8%	42	2.1%
高知県	15	0.9%	42.9%	35	16	0.8%	12	0.6%
福岡県	80	4.8%	29.1%	275	90	4.6%	89	4.4%
佐賀県	15	0.9%	27.3%	55	19	1.0%	18	0.9%
長崎県	40	2.4%	31.5%	127	44	2.2%	48	2.4%
熊本県	45	2.7%	30.2%	149	59	3.0%	67	3.3%
大分県	17	1.0%	39.5%	43	18	0.9%	15	0.7%
宮崎県	16	1.0%	25.4%	63	16	0.8%	17	0.8%
鹿児島県	39	2.3%	31.0%	126	53	2.7%	56	2.8%
沖縄県	21	1.2%	31.3%	67	24	1.2%	24	1.2%
不明	4	0.2%	-	-	5	0.3%	3	0.1%
回答数	1,681	100%	30.4%	5,537	1,964	100.0%	2,010	100.0%

※ は50%以上の回収率、 は30%以下の回収率を表す。

(5) 集計上、表記上の留意点など

各項目によって未記入・記入不備などもあるため、各項目とも有効な回答のみを用いて集計・分析を行っている。

また、表や文中の表記で、「20XX年」は20XX年度の調査の結果であることを、「前回」は2019年度、「今回」は2020年度調査結果であることを示している。また、グラフ中の「N=oooo」は割合(%)や平均値を算出する際の分母となる事業所数や利用者数を表わす。

2. 調査結果

2.1 基本情報

(1) 事業種別、給付種別

「小規模多機能型居宅介護」が97.4%、「サテライト型」は2.2%、「基準該当」が0.4%となっている。給付別では、「介護及び予防の両方」給付が86.0%となっており、「介護給付のみ」が13.9%となっている。

図 2.1-1 事業種別にみた事業所数と割合

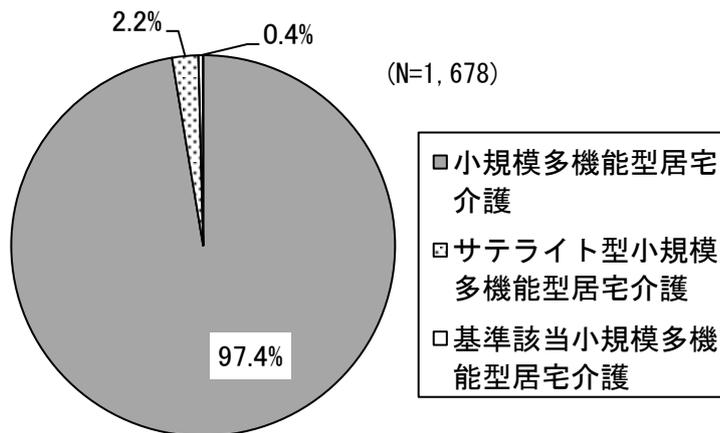
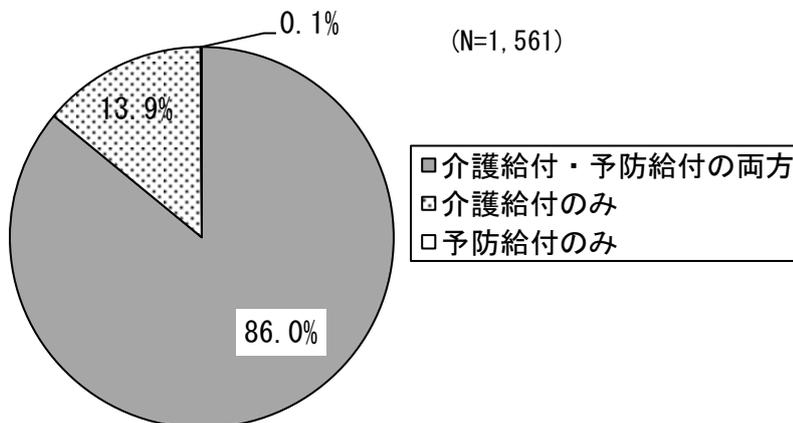


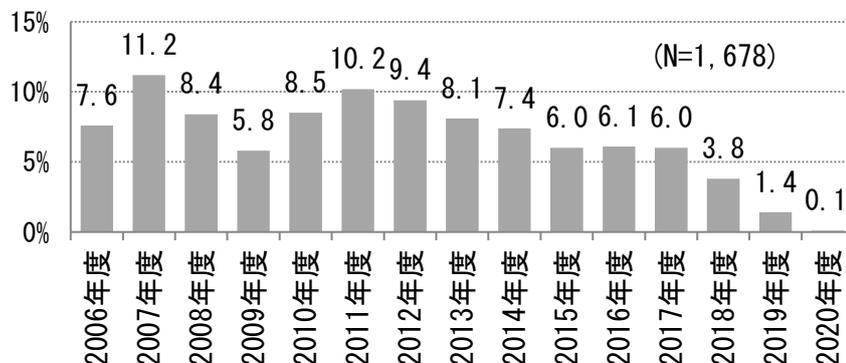
図 2.1-2 給付別にみた事業所数と割合



(2) 開設年度

開設年度別にみると、2007年度開設が11.2%（188事業所）と最も多く、次いで2011年度が10.2%（171事業所）、2012年度が9.4%（157業所）となっている。

図 2.1-3 開設年度別にみた事業所数

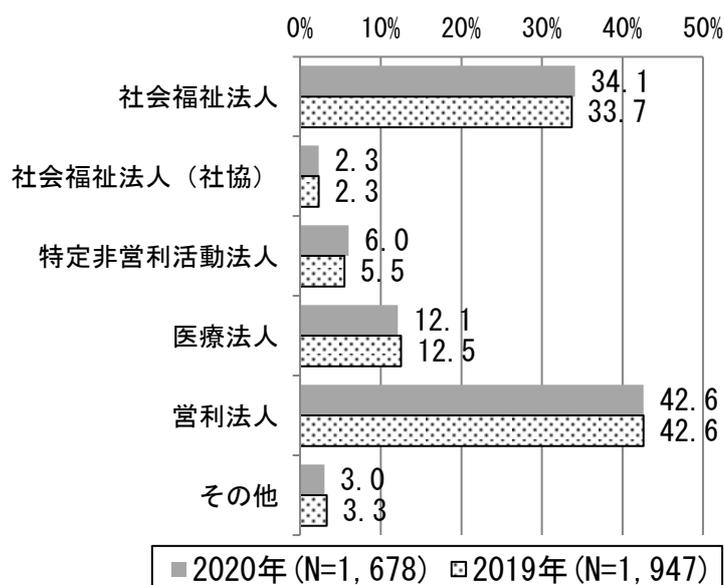


(3) 法人種別

開設事業所の法人種別をみると、営利法人が42.6%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34.1%となっている。以下、医療法人が12.1%、特定非営利活動法人6.0%と続く。前回と比べても回答割合に大きな変化はみられない。

なお、「その他」の法人としては、生活協同組合が15件と最も多く、それ以外には農業協同組合（7件）、社会医療法人、一般社団法人（いずれも5件）などがみられた。

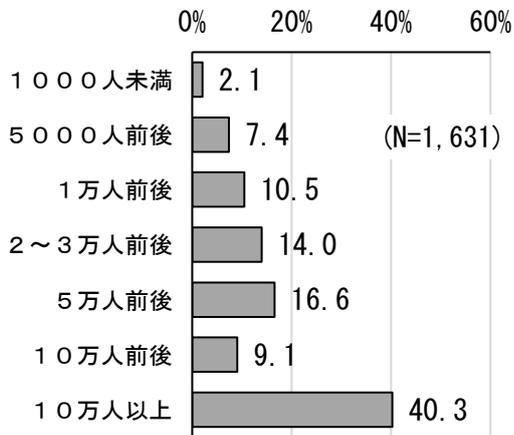
図 2.1-4 法人種別にみた事業所割合



(4) サービスを提供している地域の人口規模

事業所がサービスを提供している地域の人口規模をみると、10 万人以上が 40.3%と最も多く、以下、5 万人前後が 16.6%、2～3 万人前後が 14.0%、1 万人前後が 10.5%となっている。

図 2.1-5 サービスを提供している地域の人口規模

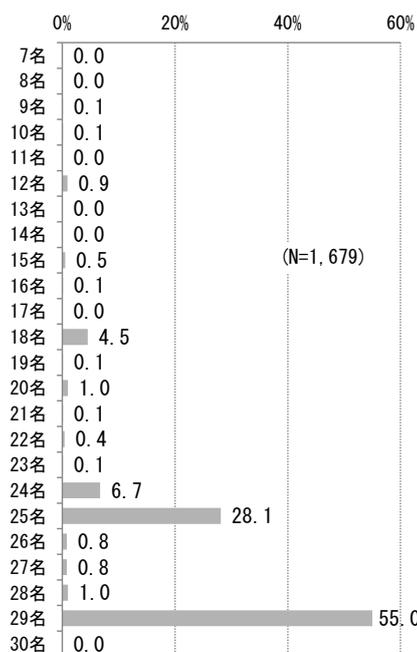


(5) 登録定員

登録定員をみると、平成 27 年度の制度改正による最大登録定員の変更により、定員 29 名の事業所が 55.0%で最も多く、次いで定員 25 名が 28.1%となっている。前回よりも、定員 29 名の割合がやや増加しており、定員 25 名の割合はやや減少している。また、平均は 26.6 名と前回と比べてほぼ変わらない。

図 2.1-6 登録定員の状況

【2020 年】



【参考 2019 年】

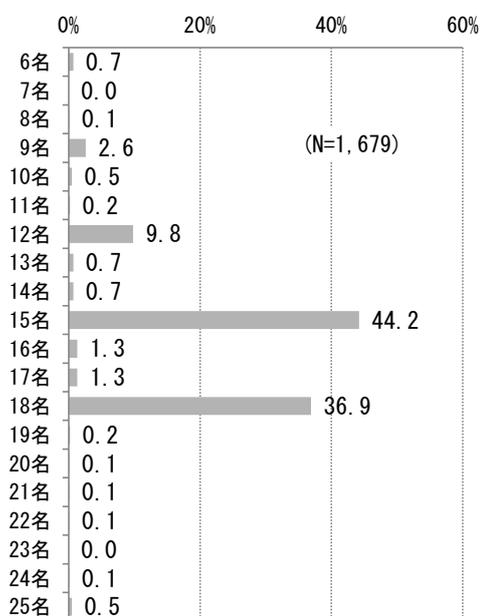
登録定員	割合
該当数	1,962
7名	0.0%
8名	0.1%
9名	0.2%
10名	0.1%
11名	0.1%
12名	0.6%
13名	0.1%
14名	0.2%
15名	0.6%
16名	0.1%
17名	0.9%
18名	4.3%
19名	0.1%
20名	0.9%
21名	0.2%
22名	0.6%
23名	0.1%
24名	7.7%
25名	31.4%
26名	0.6%
27名	0.0%
28名	1.1%
29名	50.5%
30名	0.0%
平均	26.5

(6) 通い定員

通いの定員別でみると、15名が44.2%と最も多いが、登録定員同様、制度改正の影響で、18名が36.9%と多くなっており、以下、12名が9.8%などとなっている。平均は15.7名で前回とほぼ変わらない。

図 2.1-7 通い定員の状況

【2020年】



【参考2019年】

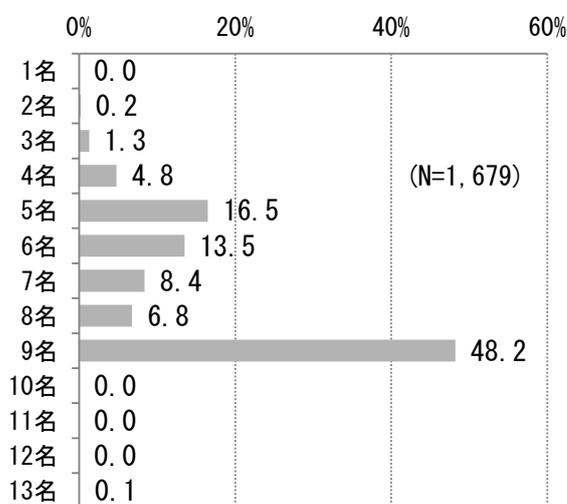
通い定員	割合
該当数	1,958
6名	0.7%
7名	0.1%
8名	0.1%
9名	3.1%
10名	0.2%
11名	0.4%
12名	10.4%
13名	0.5%
14名	0.8%
15名	44.5%
16名	1.4%
17名	1.7%
18名	35.8%
19名	0.3%
20名	0.1%
21名	0.0%
22名	0.1%
23名	0.1%
24名	0.0%
25名	0.1%
平均	15.6

(7) 泊まり（宿泊）定員

宿泊定員は前回の結果とほぼ同様で、9名が48.2%と最も多く、以下、5名が16.5%、6名が13.5%などとなっている。平均は7.4名で前回と変わらない。

図 2.1-8 泊まり定員の状況

【2020年】



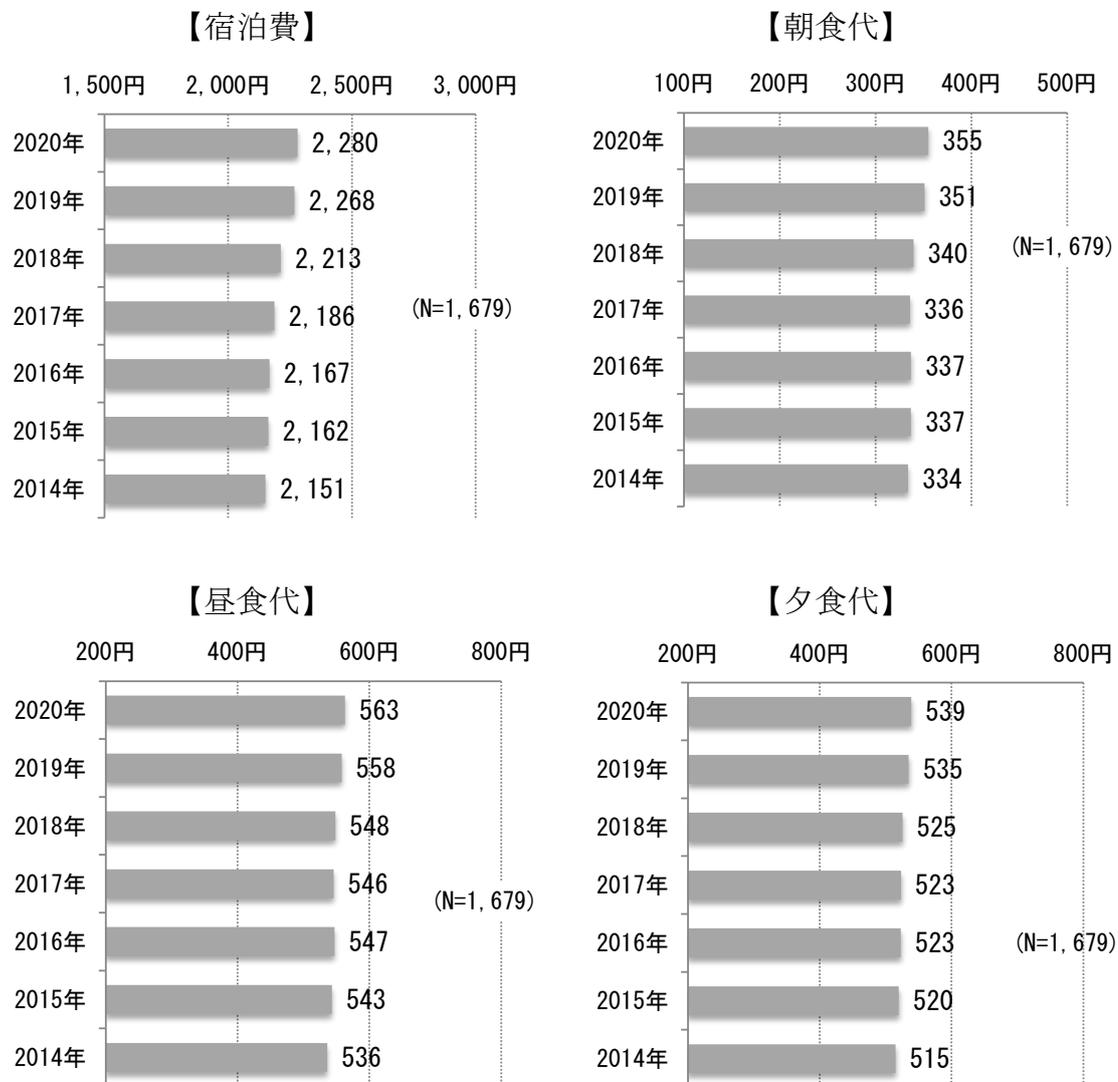
【参考2019年】

宿泊定員	割合
該当数	1,963
1名	0.1%
2名	0.4%
3名	1.9%
4名	4.6%
5名	17.3%
6名	13.2%
7名	8.2%
8名	6.7%
9名	47.5%
10名	0.1%
11名	0.0%
12名	0.0%
13名	0.0%
14名	0.1%
15名	0.0%
平均	7.4

(8) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,280円、朝食の平均額は355円、昼食の平均額は563円、夕食の平均額は539円となっており、前回と比較すると宿泊費、朝食代、昼食代、夕食代とも微増となっている。

図 2.1-9 宿泊費と食費（1回あたりの平均値）



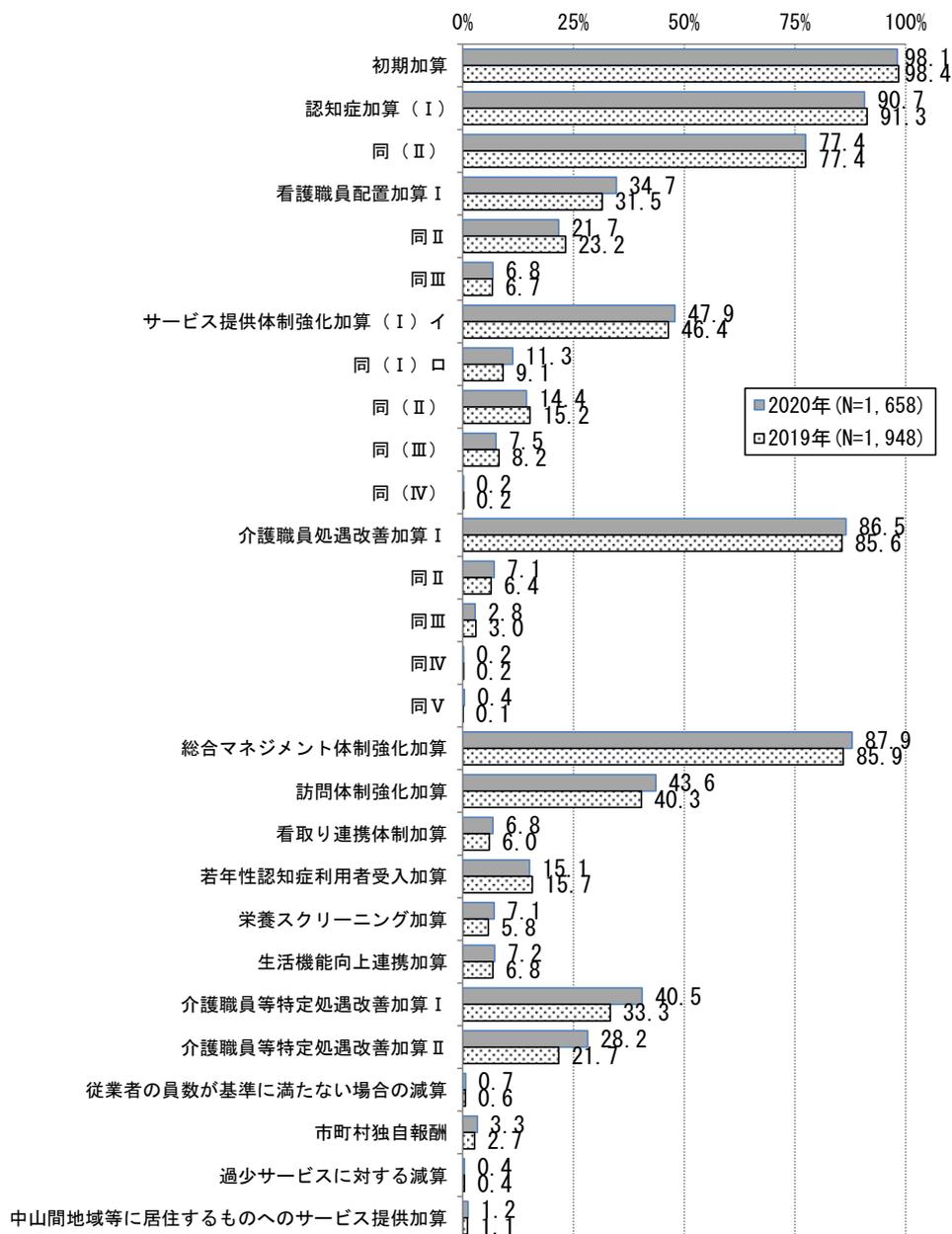
(9) 請求加算

各加算の状況（加算あり）は以下の通りである。

「初期加算」は98.1%（前回98.4%）となっており、次いで「認知症加算（Ⅰ）」が90.7%（前回91.3%）、「総合マネジメント体制強化加算」が87.9%（前回85.9%）、「介護職員処遇改善加算Ⅰ」が86.5%（前回85.6%）と、前回同様、他の項目に比べて高い。

他の項目については、前回調査から対象項目に追加された「介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ」が40.5%で前回（33.3%）から約7ポイント増、同じく「介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ」が28.2%で前回（21.7%）から約6ポイント増となっている。

図 2.1-10 加算の状況（加算ありの割合）



【参考 2015～2018】

加算あり	2018年	2017年	2016年	2015年
該当数	2,003	2,015	2,193	1,583
初期加算	97.6%	98.4%	98.4%	96.5%
認知症加算（Ⅰ）	91.1%	91.5%	76.7%	85.7%
同（Ⅱ）	76.7%	70.5%	62.8%	70.2%
看護職員配置加算Ⅰ	33.3%	41.3%	33.0%	31.3%
同Ⅱ	22.3%	22.5%	23.2%	24.2%
同Ⅲ	6.4%	7.0%	6.7%	6.1%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	46.7%	53.8%	44.2%	43.5%
同（Ⅰ）ロ	10.9%	12.3%	10.6%	14.4%
同（Ⅱ）	16.9%	18.7%	21.3%	20.2%
同（Ⅲ）	8.1%	7.3%	6.8%	7.3%
同（Ⅳ）	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%
介護職員処遇改善加算Ⅰ	84.3%	86.5%	83.9%	78.9%
同Ⅱ	11.4%	12.8%	14.3%	16.6%
同Ⅲ	2.6%	5.4%	1.4%	1.5%
同Ⅳ	0.3%	0.6%	0.8%	0.8%
同Ⅴ	0.3%	0.7%		
サービス提供が過小である場合の減算				1.1%
総合マネジメント体制強化加算	84.8%	83.7%	81.2%	76.0%
訪問体制強化加算	37.5%	34.3%	29.6%	25.4%
看取り連携体制加算	9.2%	8.4%	7.2%	7.3%
若年性認知症利用者受入加算	16.1%			
栄養スクリーニング加算	7.9%			
生活機能向上連携加算	7.0%			
従業者の員数が基準に満たない場合の減算	0.5%	1.2%	0.5%	1.0%
市町村独自報酬	3.7%	1.2%	0.6%	4.2%
過少サービスに対する減算	0.8%	1.0%	1.2%	
中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	0.6%	3.3%	3.2%	1.1%

(10) 現在、実施しているサービス

現在、実施しているサービスについてみると、介護保険事業では小規模多機能型居宅介護を同一市区町村内でも実施している事業所は47.2%である。また、「認知症対応型共同生活介護」は、同一敷地内での実施が47.9%、同一市区町村内での実施が44.8%と、小規模多機能型居宅介護を除くと全サービスの中で最も多くなっている。

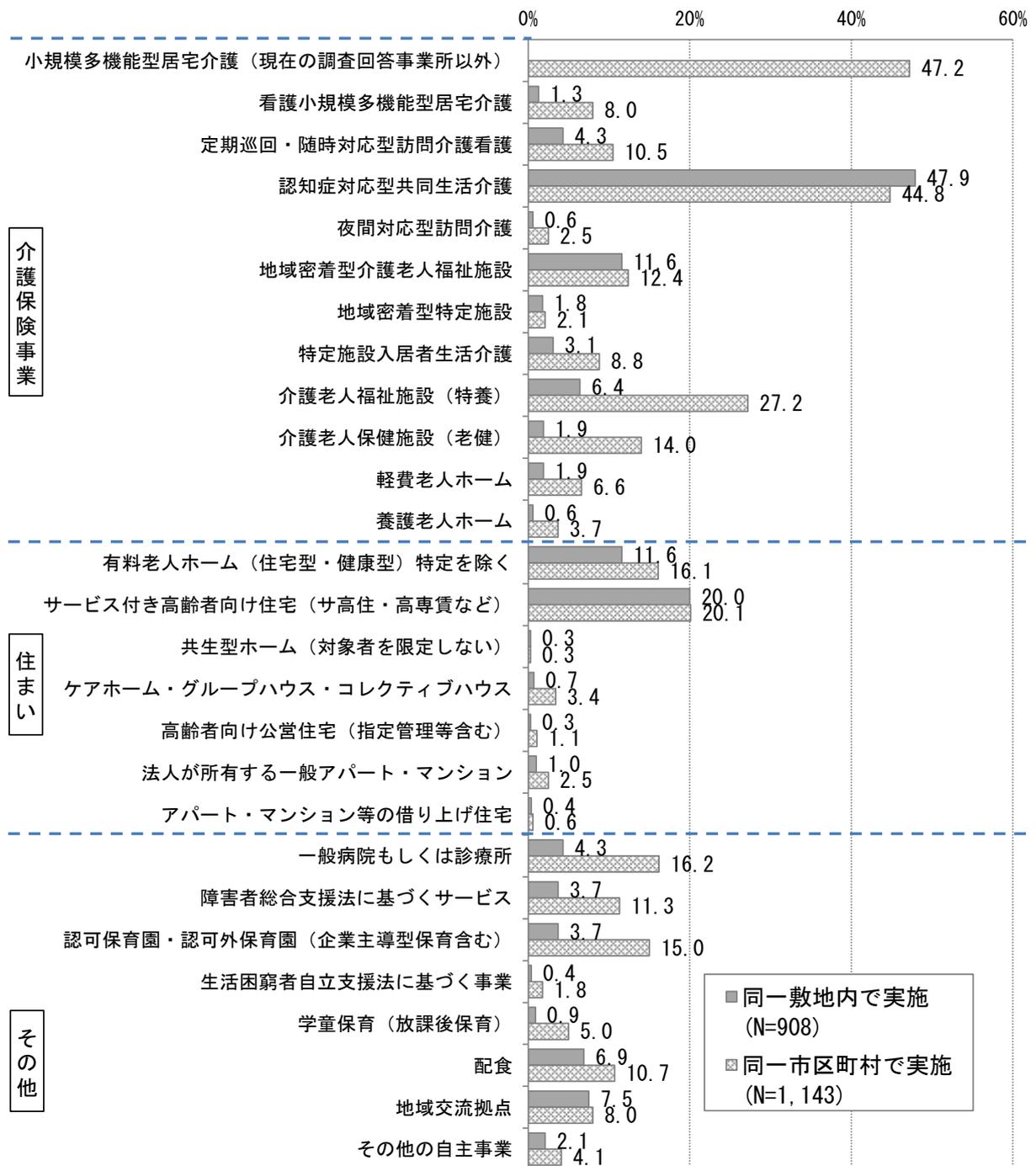
それ以外では、同一敷地内での実施では「地域密着型介護老人福祉施設」が11.6%と2番目に多いのに対し、同一市区町村では「介護老人福祉施設(特養)」が27.2%、「介護老人保健施設(老健)」が14.0%、「地域密着型介護老人福祉施設」が12.4%と、いずれも同一敷地内に比べ実施割合が高くなっている。

一方、住まい系サービスでは「サービス付き高齢者向け住宅(サ高住・高専賃など)」が同一敷地内で20.0%、同一市区町村内でも20.1%と最も多く、次いで「有料老人ホーム(住宅型・健康型)特定を除く」が同一敷地内で11.6%、同一市区町村内で16.1%となっており、全体的に同一敷地内よりも同一市区町村内において実施割合がやや高くなっている。

また、介護保険事業と住まい系サービスを除くサービスとしては、主に同一敷地内で実施しているサービスが目立ち、「一般病院もしくは診療所」が16.2%、「認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む）」が15.0%、「障害者総合支援法に基づくサービス」が11.3%などとなっている。

なお、「その他自主事業」としては、「訪問介護、訪問看護」が10件と最も多く、それ以外には「居宅介護」（7件）、「通所介護」、「生活支援」、「福祉有償運送」（いずれも5件）などがみられた。

図 2.1-11 実施しているサービス



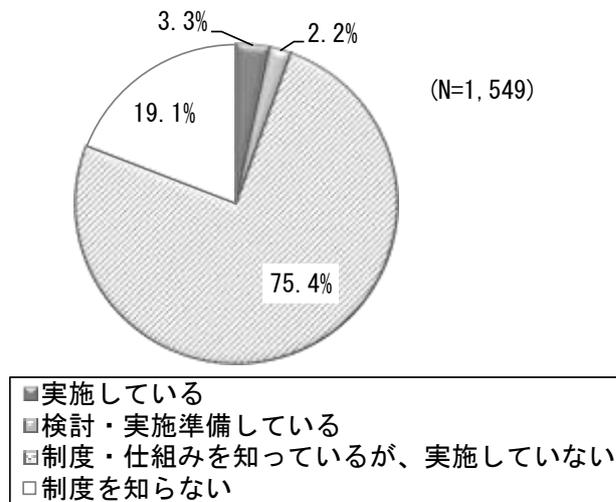
(11) 共生型サービス

平成 30 年度より共生型サービス・一体型サービスのような対象者横断のサービスを実施しているが、既存の法律でも障害福祉サービスの「基準該当サービス」の指定を受けることで、障害福祉サービスの実施が可能となっている。

共生型サービスを実際に実施している事業所は 3.3%で、「検討・実施準備している」が 2.2%となっており、「制度・仕組みを知っているが、実施していない」事業所が 75.4%を占めている。

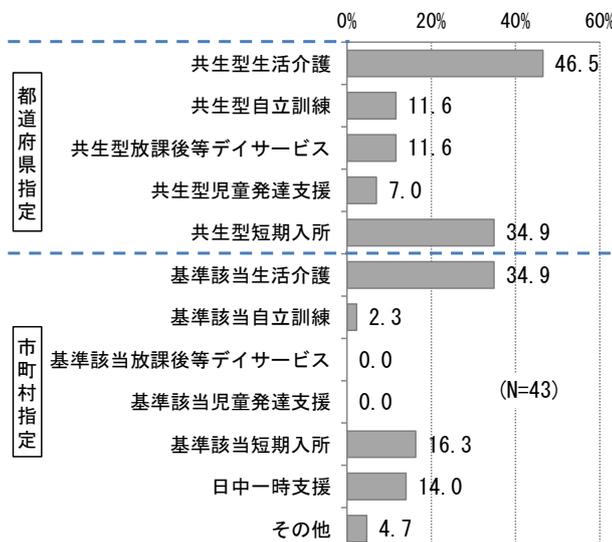
一方、「制度を知らない」事業所は 19.1%みられ、周知がまだ行き届いていないことがうかがえる。

図 2.1-12 共生型サービスの実施状況



共生型サービスを実施している事業所において実施している事業としては、都道府県指定の「共生型生活介護」が 46.5%、都道府県指定の「共生型短期入所」及び市町村指定の「基準該当生活介護」がいずれも 34.9%、市町村指定の「基準該当短期入所」が 16.3%などとなっており、生活介護系と短期入所系の事業が多くなっている。

図 2.1-13 共生型サービスで実施している事業



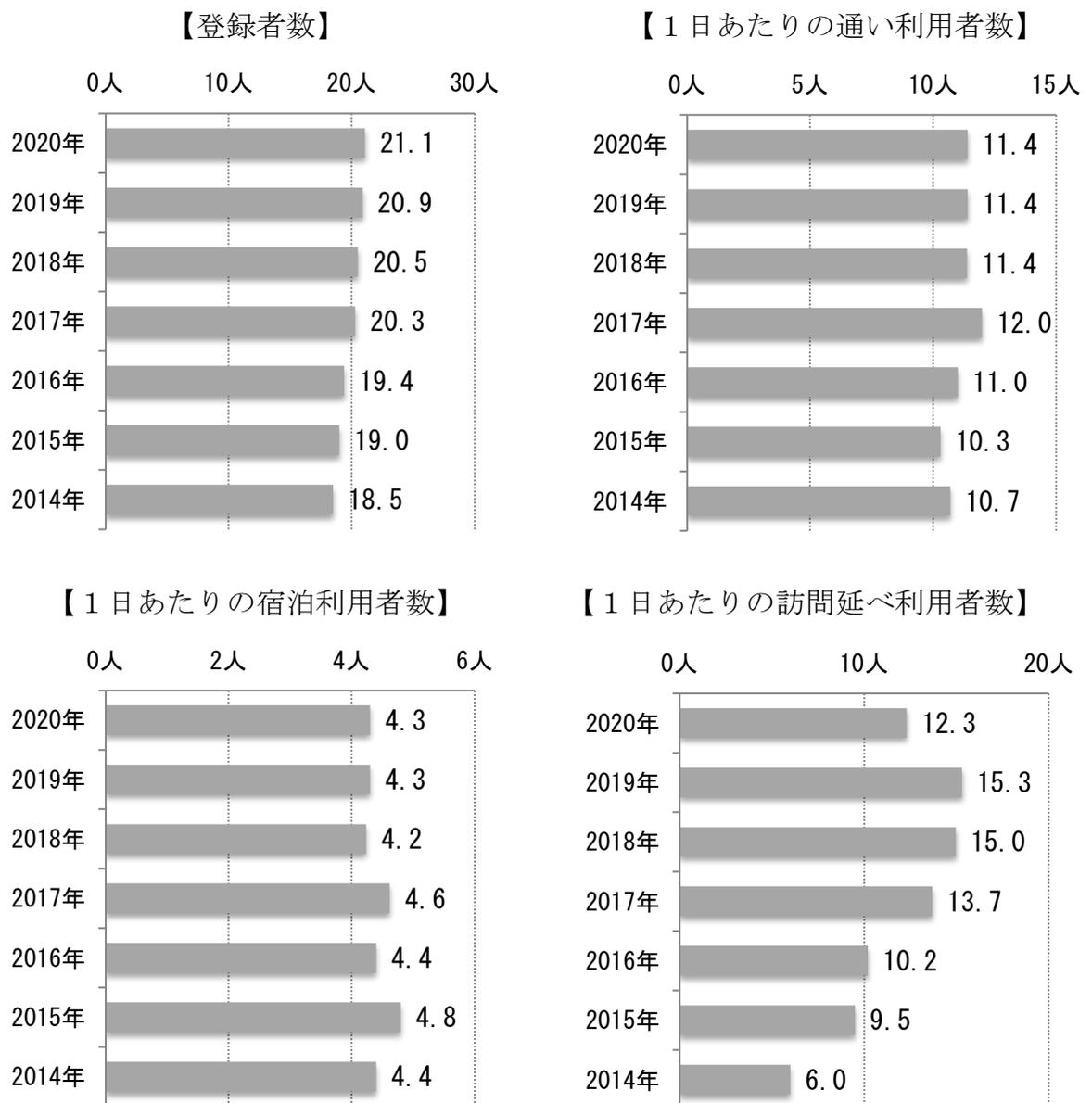
2.2 利用状況

(1) 調査時点での利用者数

調査時点での利用者数は、制度改正による登録定員及び通い定員の緩和により、登録者数が平均 21.1 人で前回 (20.9 人) とほとんど変わらない。通いの利用者数の平均は 11.4 人/日 (前回 11.4 人/日)、宿泊の平均利用者数は 4.3 人/日 (前回 4.3 人/日) といずれも変化はみられない、

一方、訪問の平均利用者数 (1 日延べ) は、前回までは増加傾向がみられたが、今回調査では 12.3 人と減少している。これについては新型コロナウイルスの影響の可能性も一因として考えられる。

図 2.2-1 調査時点での利用者数

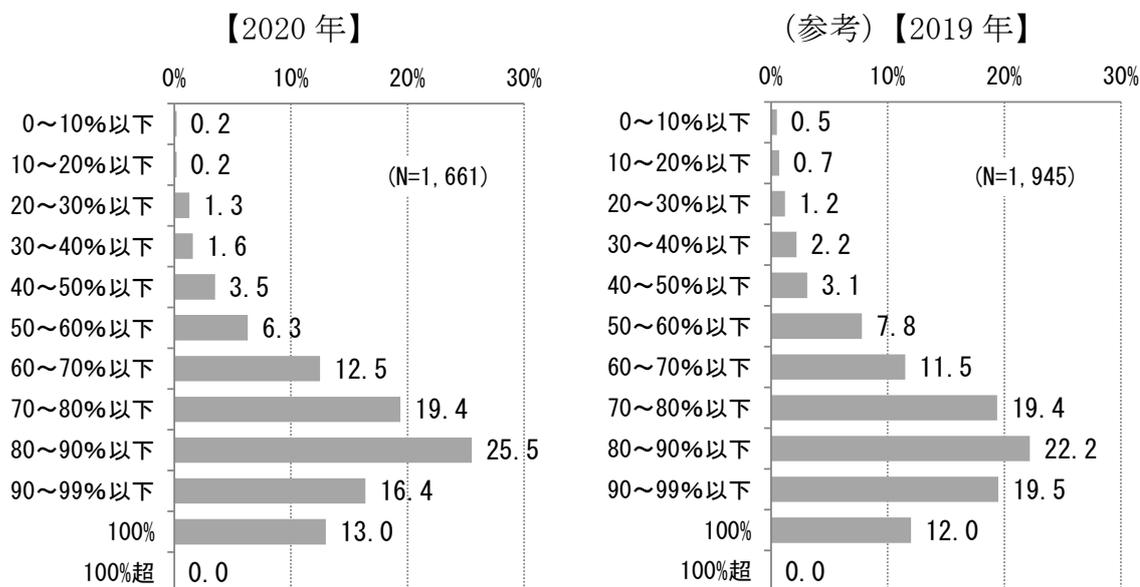


(2) 定員充足状況

調査時点で定員 100%を満たしているのは 13.0%で、前回よりやや増加している。これに対し、「90～99%以下」は 16.4%で前回より減少している。

また、「80～89%以下」は 25.5%と前回よりやや増加しており、それ以外は概ね前回とほぼ同じ傾向となっている。

図 2.2-2 定員充足の状況

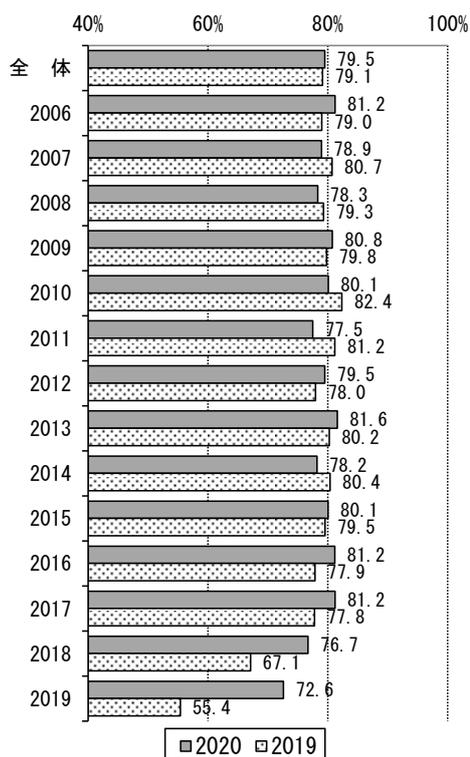


開設年度別での定員に対する登録人数の割合（充足率）をみると、全体では 79.5%（前回 79.1%）でほぼ変わらない。また、2018、2019 年度の開設事業所をみると、1 年目、2 年目にあたる前回調査時の充足率は 70%を下回っているが、開設 2 年目、3 年目にあたる今回調査ではいずれも 70%を超えており、登録者数が着実に増加していることがわかる。

表 2.2-1 開設年度と定員充足の状況

開設年度	登録定員	実登録	充足率
全体	44,156	35,106	79.5%
2006	3,288	2,671	81.2%
2007	4,877	3,850	78.9%
2008	3,706	2,903	78.3%
2009	2,596	2,097	80.8%
2010	3,796	3,041	80.1%
2011	4,507	3,493	77.5%
2012	4,219	3,354	79.5%
2013	3,598	2,936	81.6%
2014	3,265	2,553	78.2%
2015	2,614	2,093	80.1%
2016	2,688	2,182	81.2%
2017	2,666	2,165	81.2%
2018	1,759	1,349	76.7%
2019	577	419	72.6%
2020	0	0	-

図 2.2-3 開設年度別定員充足率



(3) 1年間の新規契約者数

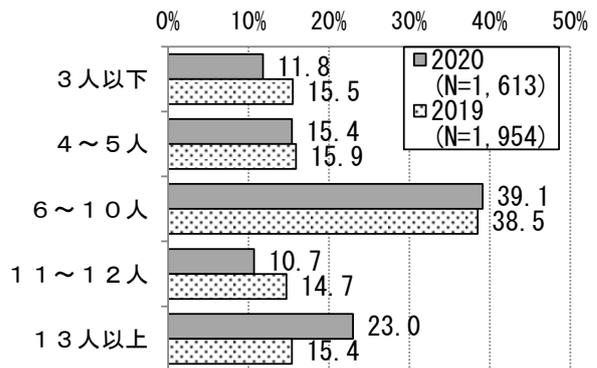
過去1年間（2019/11/1～2020/10/31）における新規契約者の1事業所当たり平均人数は9.4人で、前回（8.6人）と比べて0.8人の増加となっている。

契約者数の分布についてみると、「6～10人」が39.1%で最も多く、次いで「13人以上」が23.0%、「4～5人」が15.4%などとなっている。前回との比較では、「13人以上」が前回（15.4%）よりも7.6ポイント増加しているのに対し、「11～12人」では4ポイント減少している。

表 2.2-2 新規契約者の平均人数

調査年	該当数	平均（人）
2020	1,613	9.4
2019	1,954	8.6

図 2.2-4 1年間の新規契約者数の分布



要介護度別の新規契約者数については、要介護1が4,601人（平均2.9人）で最も多く、次いで要介護2が3,529人（同2.2人）、要介護3が2,647人（同1.6人）となっている。

また、新規契約者の要介護度別構成比の変化についてみると、要支援1から要介護2までの軽度者が65.9%となっており前回とほぼ同様の傾向がみられる。

図 2.2-5 要介護度別新規契約者数及び平均契約者数

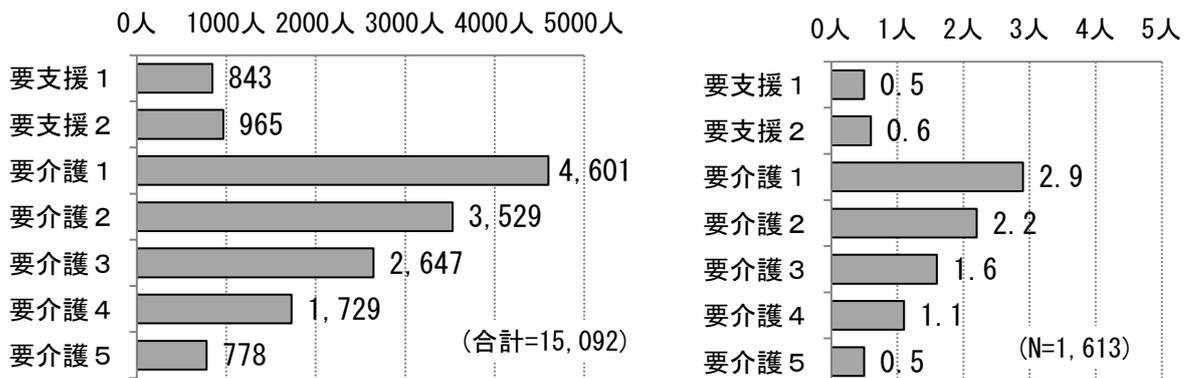
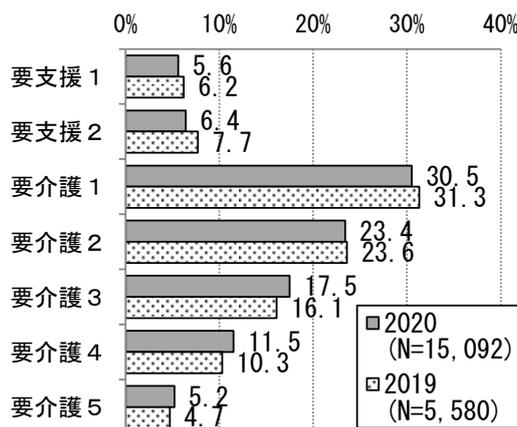


図 2.2-6 新規契約者数の要介護度別構成



注) 前回（2019）調査では、1事業所で、全利用者のうち最大3名までの要介護度を調査している。

(4) 1年間の利用契約終了者数

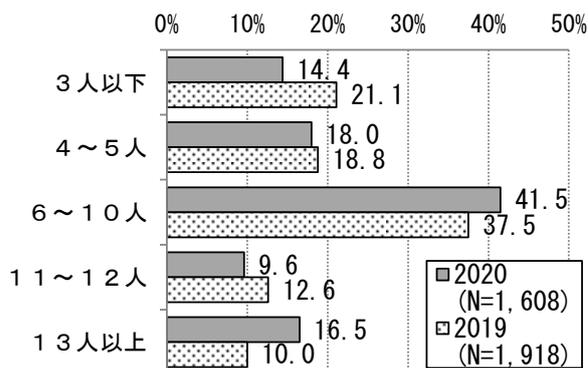
過去1年間（2019/11/1～2020/10/31）における利用契約終了者の1事業所当たり平均人数は8.1人で、前回（7.5人）と比べて0.6人の増加となっている。

契約者数の分布についてみると、「6～10人」が41.5%で最も多く、次いで「4～5人」が18.0%、「13人以上」が16.5%などとなっている。前回との比較では、「13人以上」が前回（10.0%）よりも6.5ポイント増加しているのに対し、「3人以下」では6.7ポイント減少している。

表 2.2-3 新規契約者の平均人数

調査年	該当数	平均（人）
2020	1,608	8.1
2019	1,918	7.5

図 2.2-7 1年間の新規契約者数の分布



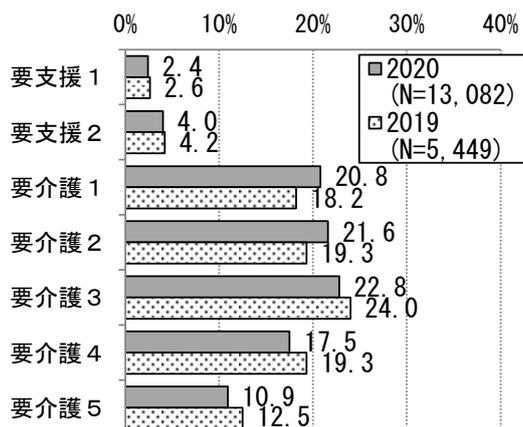
要介護度別の利用契約終了者数については、要介護3が2,977人（平均1.9人）で最も多く、次いで要介護2が2,825人（同1.8人）、要介護1が2,719人（同1.7人）となっている。

また、新規契約者の要介護度別構成比の変化についてみると、要支援3から要介護5までの中重度者が51.2%となっており前回と大きな違いはみられない。

図 2.2-8 要介護度別新規契約者数及び平均契約者数



図 2.2-9 新規契約者数の要介護度別構成



注) 前回（2019）調査では、1事業所で、全利用者のうち最大3名までの要介護度を調査している。

なお、新規契約者数平均から契約終了者数平均を引いた差により、要介護度別の増減状況をみると、全体ではプラスとなっているが、要介護3以上の中重度者はいずれも僅かながら減少となっている。

表 2.2-4 利用契約者数の要介護度別増減状況

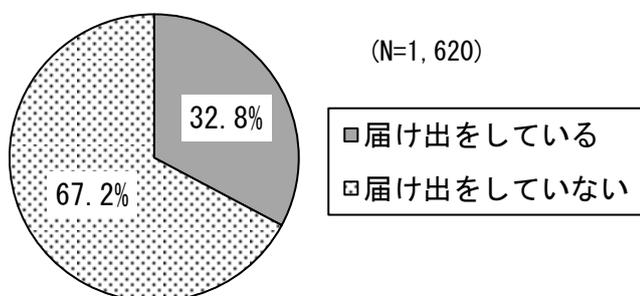
要介護度	新規契約者数	契約終了者数	差（新規－終了）
全体	9.4	8.1	1.3
要支援1	0.5	0.2	0.3
要支援2	0.6	0.3	0.3
要介護1	2.9	1.7	1.2
要介護2	2.2	1.8	0.4
要介護3	1.6	1.9	-0.3
要介護4	1.1	1.4	-0.3
要介護5	0.5	0.9	-0.4

(5) 短期利用居宅介護の状況

短期利用居宅介護の利用についての届け出の有無については、届けを「出している」事業所は全体の32.8%となっている。

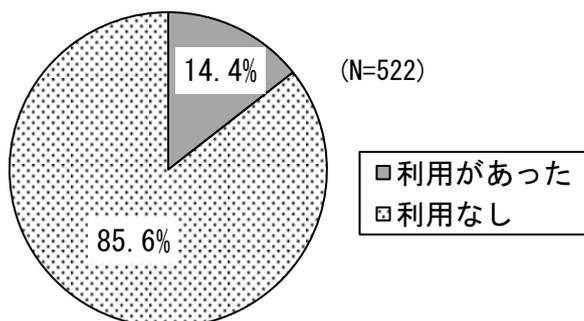
また、届け出をしている事業所に対し、短期利用居宅介護で活用できる部屋数を尋ねたところ、活用できる部屋数の平均は1.8室となっている。

図 2.2-10 短期利用居宅介護の利用の届け出



さらに、令和2年10月の1か月間における短期利用居宅介護の利用の有無をみると、「利用があった」が14.4%で、延べ利用人数は平均2.5人となっており、延べ利用日数の平均は20.5日となっている。

図 2.2-11 短期利用居宅介護の利用の有無（令和2年10月の1か月間）



2.3 サービスの提供体制・スタッフ状況

(1) 職員数

回答のあった1,662事業所の職員の総数は25,589人で、職員数の平均をみると、総数が15.40人、常勤が8.54人、非常勤が6.86人で、常勤換算人数は11.90人となっている。

介護職員については、常勤職員の常勤換算で専従が6.07人、兼務が0.49人、非常勤職員の常勤換算で専従が2.58人、兼務が0.16人で、合わせて9.30人となり、常勤換算総数の8割近くを占めている。

なお、「その他」の内容としては、「調理員」が102件と最も多く、次いで「事務員」(52件)、「送迎運転手」(30件)が主となっている。

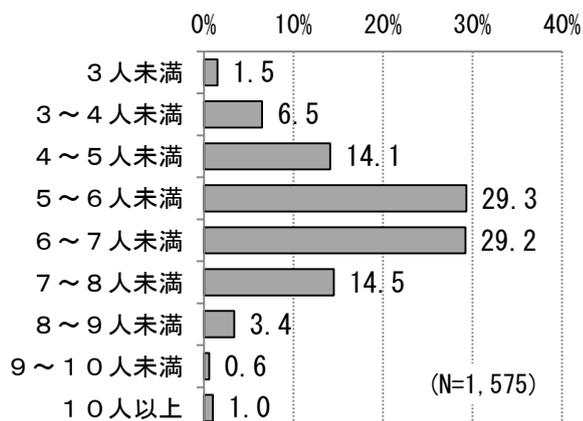
表 2.3-1 職員数の内訳

		(平均人数)			
		常勤		非常勤	
職員総数		15.40			
常勤・非常勤		8.54		6.86	
常勤換算人数		11.90			
		常勤		非常勤	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
管理者	専従	0.26	0.26		
	兼務	0.74	0.33		
計画作成担当者	専従	0.23	0.23	0.10	0.05
	兼務	0.74	0.34	0.06	0.02
看護職員	専従	0.63	0.63	0.68	0.30
	兼務	0.17	0.08	0.13	0.04
介護職員	専従	6.05	6.07	5.10	2.58
	兼務	0.91	0.49	0.39	0.16
その他	専従	0.08	0.08	0.51	0.21
	兼務	0.07	0.03	0.09	0.03

【人員基準上で必要な1日あたりの日中の配置職員数】

人員基準上で必要な1日あたりの日中の配置職員数については、平均5.5人となっている。また人数分布をみると、「5～6人未満」が29.3%、「6～7人未満」が29.2%となっており、全体の6割が5～7人未満に集中していることが分かる。

図 2.3-1 人員基準上で必要な1日あたりの日中の配置職員数分布



【令和元年度1年間の通いの1日あたり平均利用人数】

令和元年度1年間の通いの1日あたり平均利用人数については、平均11.2人となっている。

(2) 職員の年齢別構成

回答のあった1,653事業所の職員の総数は25,470人で、平均人数は15.4人であった。

年齢構成をみると、「41～50歳」が23.8%で最も多く、平均人数でも3.7人と最も高くなっている。次いで「51～60歳」が23.2%（平均人数3.6人）、「61～70歳」が20.7%（平均人数3.2人）などとなっており、61歳以上を合わせると26.8%と全体の約1/4を占めている。

一方、30歳以下の割合は9.5%と全体の1割程度にとどまっている。

なお、年代別の構成割合、平均人数とも前回と比べてほぼ変わらない。

図 2.3-2 職員の年齢別構成割合

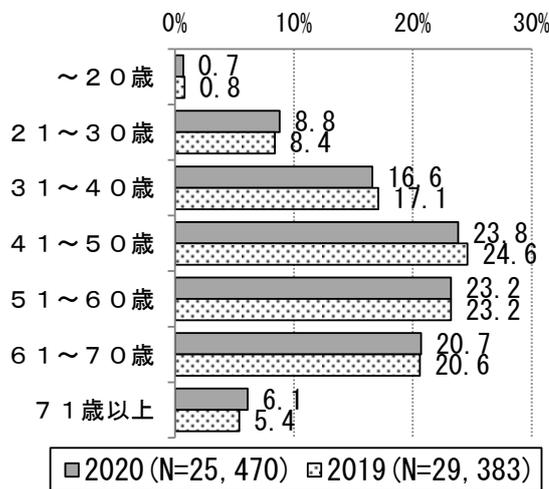
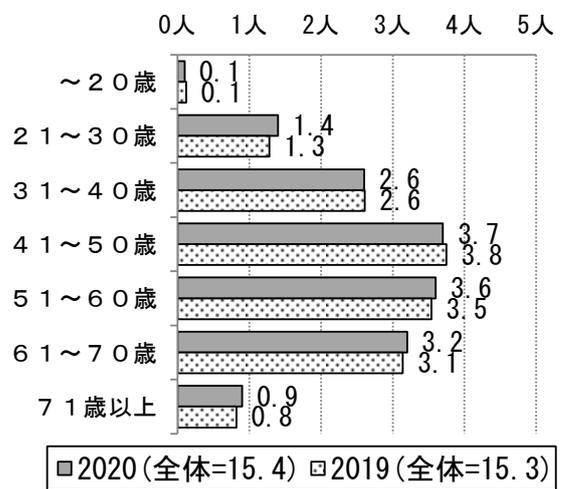


図 2.3-3 職員の年齢別平均人数



(3) 職員の居住地別構成

回答のあった1,648事業所の職員の総数は25,378人で、平均人数は15.4人であった。

居住地構成をみると、「同一市町村内」が49.7%で最も多く、平均人数でも7.6人と最も高くなっている。以下、「日常生活圏域内」が28.6%（平均人数4.4人）、「同一市町村外」が21.7%（平均人数3.3人）などとなっている。

図 2.3-4 職員の居住地別構成割合

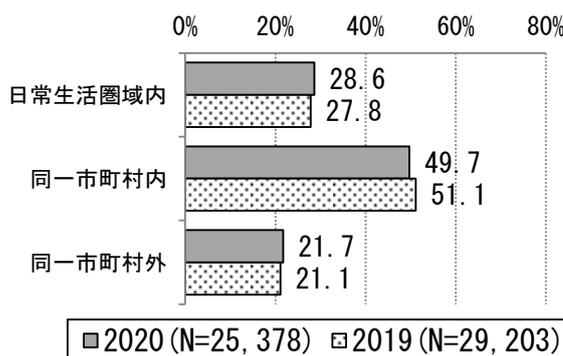
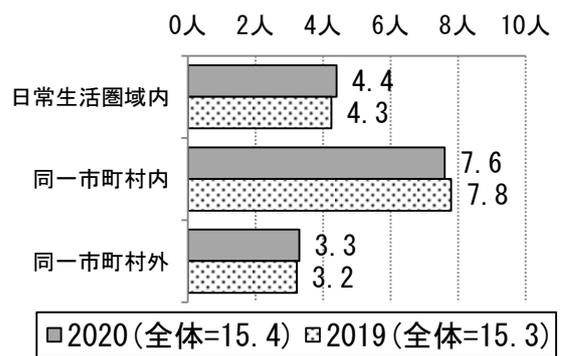


図 2.3-5 職員の居住地別平均人数

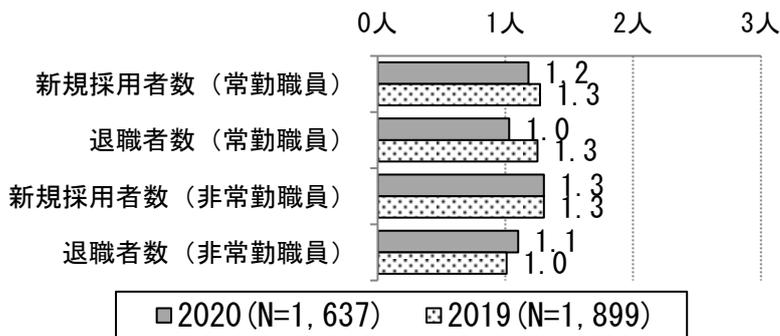


(4) 職員の新規採用者数、退職者数

職員の新規採用、退職者数をみると、常勤職員では「新規採用者数」が1.2人、「退職者数」が1.0人となっており、新規採用者数が退職者数をやや上回っている。

一方、非常勤職員では、「新規使用者数」が1.3人、「退職者数」が1.1人となっており、こちらも新規採用者数が退職者数をやや上回っている。

図 2.3-6 職員の新規採用者数、退職者数の平均



(5) 現状の職員の充足状況

現状の職員数は、「ほぼ足りている」(47.2%)と「十分足りている」(6.0%)を合わせた『足りている』が53.2%、「あまり足りていない」(40.7%)と「まったく足りない」(6.1%)を合わせた『足りていない』が46.8%となっており、半数近くの事業所が職員不足としている。

なお、前回と比べて、『足りている』の割合がやや増加しており、不足人数の平均も僅かだが減少がみられる。

図 2.3-7 職員の充足状況

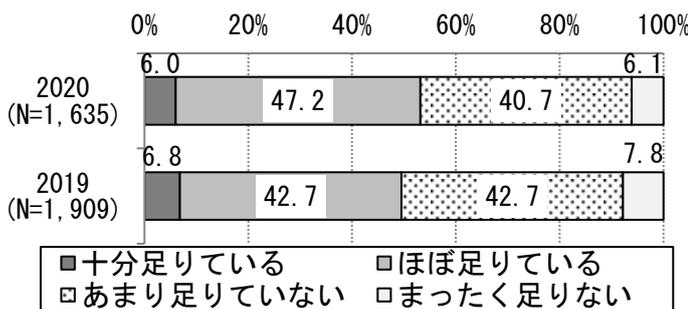


表 2.3-2 職員の不足数

不足の程度	2020		2019	
	該当数	平均	該当数	平均
あまり足りていない	666	1.5	816	1.7
まったく足りない	100	2.6	148	2.9

【職員数の都道府県別充足状況】

現状の職員の充足状況を都道府県別にみると、岩手県、宮城県、福島県、栃木県、福井県、三重県、奈良県、岡山県、徳島県、愛媛県、長崎県、熊本県、大分県、沖縄県の14県で『足りている』事業所の割合が60%以上となっているものの、70%を超える都道府県はみられない。

一方、千葉県、東京都、山梨県、長野県、香川県の5都県で『足りていない』事業所の割合が60%以上となっている。

表 2.3-3 都道府県別の職員の充足状況

都道府県	該当数	足りている	足りていない	都道府県	該当数	足りている	足りていない
全体	1,631	53.1%	46.9%	全体	1,631	53.1%	46.9%
北海道	113	47.8%	52.2%	鳥取県	26	46.2%	53.8%
青森県	28	57.1%	42.9%	島根県	24	41.7%	58.3%
岩手県	35	60.0%	40.0%	岡山県	37	62.2%	37.8%
宮城県	26	61.5%	38.5%	広島県	55	56.4%	43.6%
秋田県	33	51.5%	48.5%	山口県	17	52.9%	47.1%
山形県	43	55.8%	44.2%	徳島県	8	62.5%	37.5%
福島県	37	62.2%	37.8%	香川県	4	25.0%	75.0%
茨城県	28	46.4%	53.6%	愛媛県	40	65.0%	35.0%
栃木県	23	60.9%	39.1%	高知県	15	46.7%	53.3%
群馬県	25	52.0%	48.0%	福岡県	80	42.5%	57.5%
埼玉県	25	56.0%	44.0%	佐賀県	15	53.3%	46.7%
千葉県	36	36.1%	63.9%	長崎県	40	62.5%	37.5%
東京都	53	39.6%	60.4%	熊本県	45	60.0%	40.0%
神奈川県	88	56.8%	43.2%	大分県	16	62.5%	37.5%
新潟県	57	52.6%	47.4%	宮崎県	16	50.0%	50.0%
富山県	27	48.1%	51.9%	鹿児島県	38	52.6%	47.4%
石川県	30	53.3%	46.7%	沖縄県	20	60.0%	40.0%
福井県	26	65.4%	34.6%				
山梨県	3	33.3%	66.7%				
長野県	29	37.9%	62.1%				
岐阜県	27	59.3%	40.7%				
静岡県	38	57.9%	42.1%				
愛知県	48	56.3%	43.8%				
三重県	15	60.0%	40.0%				
滋賀県	35	51.4%	48.6%				
京都府	39	51.3%	48.7%				
大阪府	72	48.6%	51.4%				
兵庫県	74	55.4%	44.6%				
奈良県	13	61.5%	38.5%				
和歌山県	9	55.6%	44.4%				

※「足りている」は「十分足りている」と「ほぼ足りている」、「足りていない」は「あまり足りていない」と「まったく足りていない」を合わせた事業所数。

※ は回答率が60%以上のものを表す。

2.4 収支等の状況

(1) 収支の状況

令和元年度の収支の状況をみると、「赤字」が最も多く 35.1%、次いで「ほぼ均衡している」が 30.3%、「黒字」が 27.3%となっており、昨年と比べて「赤字」が 3.6 ポイントの増加となっている。

開設年度別にみると、2016 年度～2019 年度開設（令和元年度に開設 1～4 年目）の事業所では「赤字」の割合が 38.5%～46.9%と全体値（35.1%）に比べて多くなっている。

図 2.4-1 収支の状況

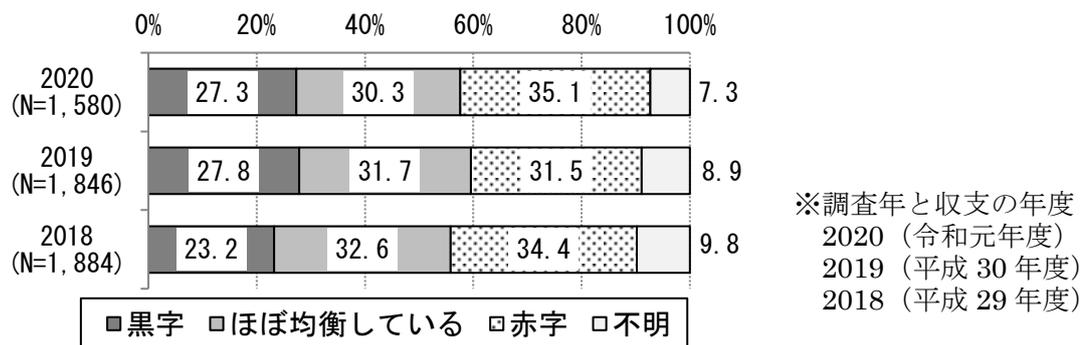
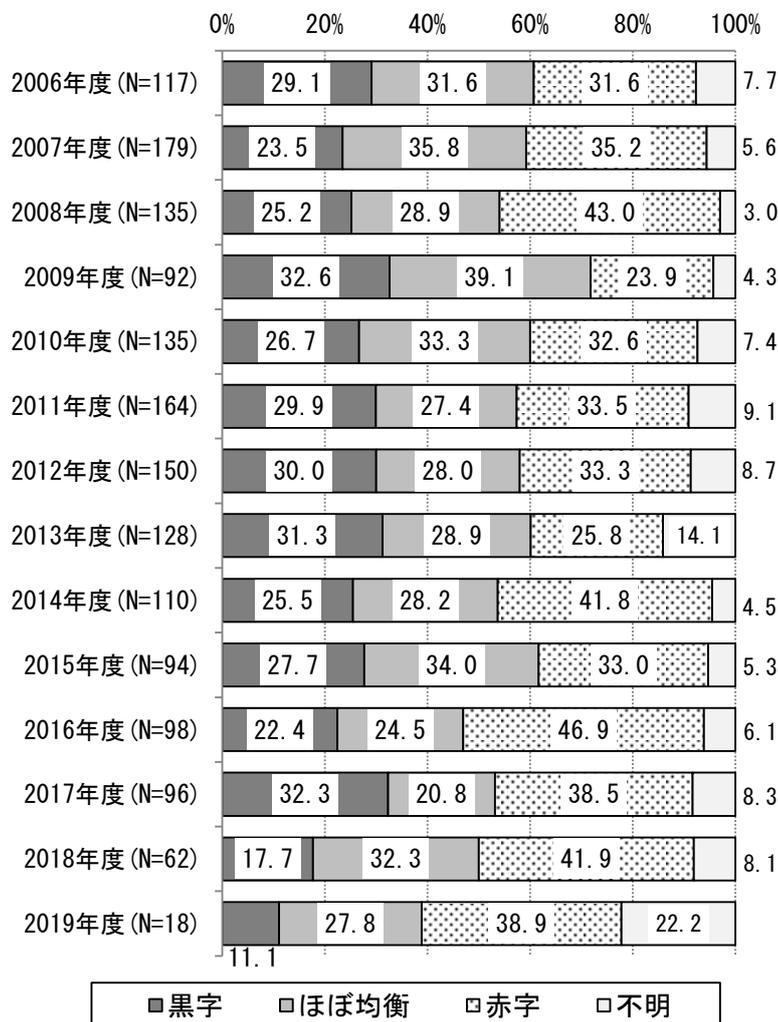


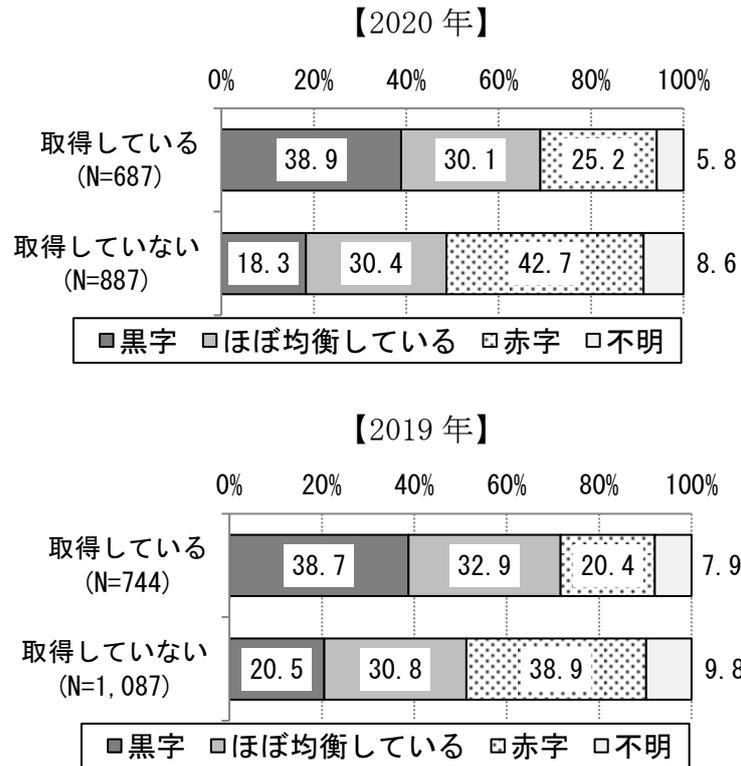
図 2.4-2 開設年度別にみた収支の状況（令和元年度）



(2) 訪問体制強化加算の取得の有無別の収支状況

収支状況を訪問体制強化加算の取得の有無別にみると、2019年、2020年とも加算を取得している事業所は、取得していない事業所に比べて「黒字」の割合が大きく、「赤字」の割合が小さくなっており、訪問体制強化加算を取得すれば収支状況が良くなる傾向がみられる。

図 2.4-3 訪問体制強化加算の取得の有無別にみた収支の状況



(3) 収支状況の要因

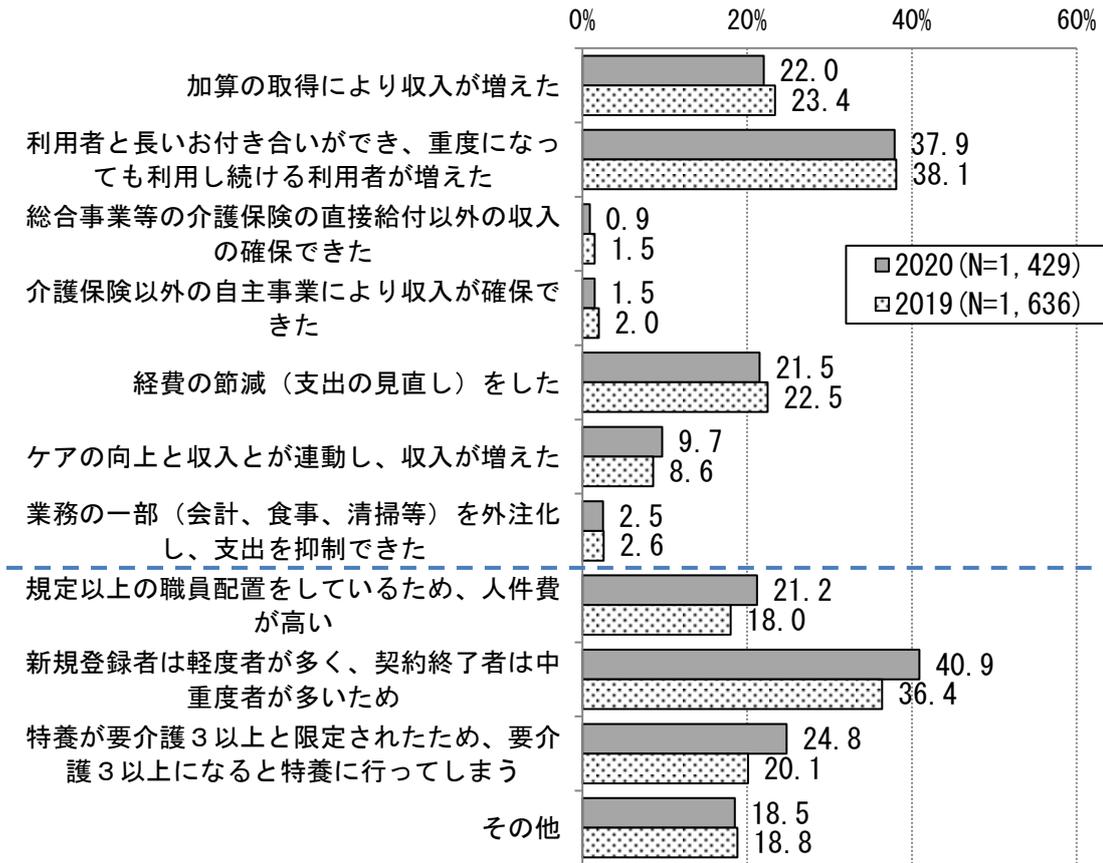
収支状況の要因についてみると、プラス要因としては「利用者と長いお付き合いができ、重度になっても利用し続ける利用者が増えた」が37.9%で最も多く、次いで「加算の取得により収入が増えた」が22.0%、「経費の節減（支出の見直し）をした」が21.5%となっている。

一方、マイナス要因としては、「新規登録者は軽度者が多く、契約終了者は中重度者が多いため」が40.9%で最も多く、次いで「特養が要介護3以上と限定されたため、要介護3以上になると特養に行ってしまう」が24.8%、「規定以上の職員配置をしているため、人件費が高い」が21.2%となっている。

前回との変化をみると、プラス要因についてはほぼ変化はみられないが、マイナス要因では上位3要因で3~4ポイント程度の増加がみられる。

なお、「その他」の主な内容としては、「新規登録者数が増えない」、「退所、転院、入院などで契約終了者数が増えた」などとなっている。

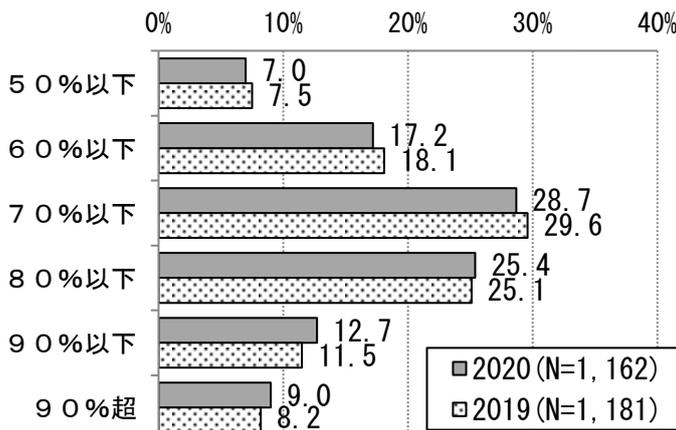
図 2.4-4 収支状況の要因



(4) 人件費率

収支における人件費率についてみると、平均値は71.3%（前回70.9%）となっており、60%超～80%の間で全体の71.3%を占めている。

図 2.4-5 人件費率

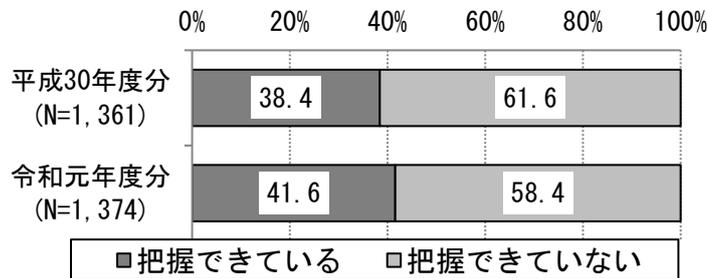


注) 人件費率 = (人件費) ÷ (事業収入)

(5) 収支差率

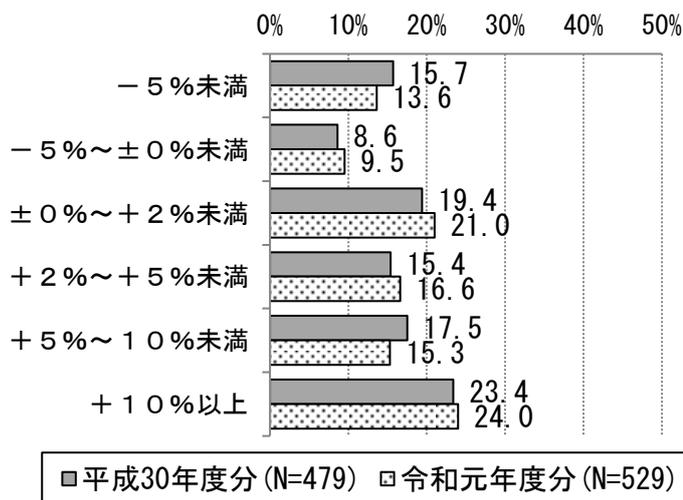
収支差率の把握状況をみると、把握できていると回答した事業所は、平成30年度分、令和元年度分ともおよそ4割程度となっている。

図 2.4-6 収支差率の把握状況



収支差率は、平均で平成30年度分が+3.0%、令和元年度分が+3.3%となっている。その分布をみると、両年度分とも+10%以上が23.4%、24.0%と最も多くなっており、マイナスの事業所はいずれの年度も25%以下となっている。

図 2.4-7 収支差率の分布状況

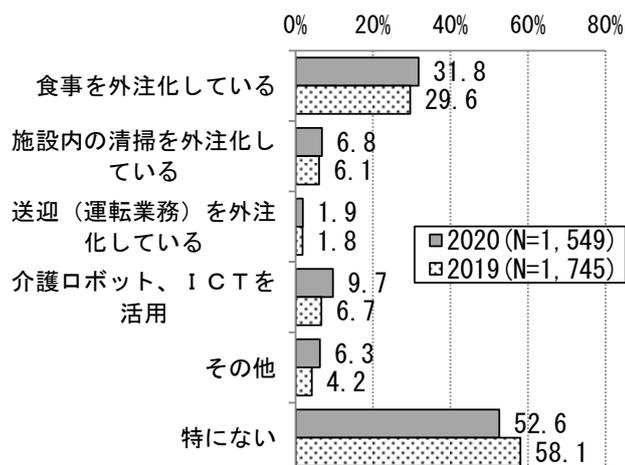


(6) 職員の業務省力化のための取組

職員の業務省力化のための取組についてみると、「食事を外注化している」が31.8%と最も多く、以下、「介護ロボット、ICTを活用」が9.7%、「施設内の清掃を外注化している」が6.8%などとなっている。一方、「特にない」は52.6%となっている。また、前回と比べて「特にない」が5.5ポイント減少していることからみて、僅かながら取り組みが増加していると考えられる。

なお、「その他」の内容としては、「食事の工夫」、「デジタル化による事務作業等の効率化」、「専門化、分業化」などが目立つ。

図 2.4-8 職員の業務省力化のための取組



2.5 医療との連携

(1) 訪問看護・訪問リハビリの実施・利用状況（令和2年10月の1か月間）

「（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）」は54.1%の事業所で利用がみられ、実施実績のあった事業所の平均利用者数は2.40人で、利用割合は前回と比べてやや増加となっている。

また、「（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）」の実施・利用は40.2%、平均人数は2.70人で割合、平均利用者数ともやや増加している。

「（介護保険）訪問リハビリテーション」の実施・利用は40.8%で平均利用者数2.20人と、平均利用者数でやや増加している。

「（医療保険）訪問看護ステーション」の実施・利用は34.8%、平均利用者数が1.50人と、前回と大きな差はみられない。

表 2.5-1 訪問看護・訪問リハビリの状況

項目	2020年			2019年		
	該当数	割合	平均人数	該当数	割合	平均人数
（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）	591	54.1%	2.40	600	51.3%	2.40
（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）	439	40.2%	2.70	443	37.9%	2.24
（介護保険）訪問リハビリテーション	445	40.8%	2.20	473	40.4%	2.02
（医療保険）訪問看護ステーション	380	34.8%	1.50	384	32.8%	1.53
利用が1人以上あった事業所数	1,092			1,170		

※割合は利用者が1人以上あった事業所をベースとして算出。

(2) 看取りを行ったケース

令和元年11月1日～令和2年10月31日の1年間で看取りを行ったケースのうち、「死亡まで事業所が関わったケース」は全体の71.0%を占めており、事業所当たりの平均人数は2.3人となっている。その内訳は、「死亡場所は医療機関」が32.9%で最も多く、次いで「死亡場所は事業所」が20.3%、「死亡場所は自宅」が16.0%となっている。

なお、昨年と比べると、割合については「事業所が関わったケース」総数で約10ポイントの減少に対し、「登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース」が10ポイント弱の増加となっており、事業所が関わるケースが減っていることが分かる。ただ、平均値については大きな違いはみられない。

なお、死亡まで事業所が関わったケースにおけるその他の死亡場所としては、「サ高住」、「有料老人ホーム」が目立つ。また、看取りのその他のケースとしては、「入院後」と「他施設入所」に2分される。

表 2.5-2 事業所の看取りケースと死亡場所

	2020年			
	ケース数	割合	該当数	平均値
ケース全体	2,532	100.0%	-	-
死亡まで事業所が関わったケース	1,797	71.0%	789	2.3
うち死亡場所は事業所	515	20.3%	293	1.8
うち死亡場所は自宅	404	16.0%	298	1.4
うち死亡場所は医療機関	834	32.9%	464	1.8
その他	44	1.7%	31	1.4
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	599	23.7%	256	2.3
その他	136	5.4%	58	2.3

	2019年			
	ケース数	割合	該当数	平均値
ケース全体	2,256	100.0%	-	-
死亡まで事業所が関わったケース	1,836	81.4%	837	2.2
うち死亡場所は事業所	535	23.7%	339	1.6
うち死亡場所は自宅	375	16.6%	276	1.4
うち死亡場所は医療機関	878	38.9%	477	1.8
その他	48	2.1%	29	1.7
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	323	14.3%	170	1.9
その他	97	4.3%	41	2.4

※平均値は利用者が1人以上あった事業所数をベースに算出。

2.6 「生活全体を支える」について

小規模多機能型居宅介護の利用者の暮らしを支援するための、利用者への関わりや支援について尋ねた。

(1) 要介護度2または3で、自宅で独居の利用者への支援について

①利用状況

要介護度2または3で、自宅で独居の利用者1名について、令和元年10月の利用状況をたずね、令和2年10月の利用状況との比較を行った。

通いの平均回数は、令和元年が16.3回、令和2年が17.3回で、差（令和2年－令和元年）の平均は+1.1回となっている。

訪問の平均回数は、令和元年が27.1回、令和2年が27.6回で、差の平均は+0.7回となっている。

宿泊の平均回数では、令和元年が4.7回、令和2年が6.3回で、差の平均は+1.5回となっている。

この結果、いずれの利用回数も、1年では大きな差はみられない。

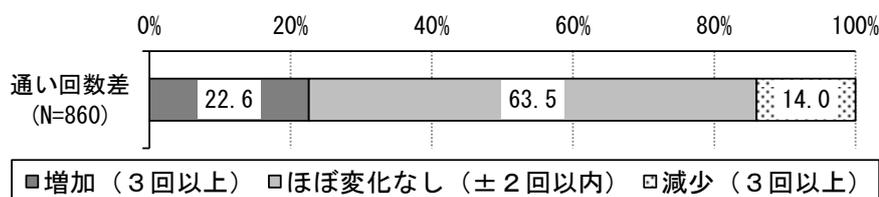
表 2.6-1 要介護2もしくは3で、自宅で独居の利用者の利用回数

利用回数		該当数	平均
通い	該当者の令和元年10月の利用回数	874	16.3
	該当者の令和2年10月の利用回数	1069	17.3
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	860	1.1
訪問	該当者の令和元年10月の利用回数	870	27.1
	該当者の令和2年10月の利用回数	1060	27.6
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	852	0.7
宿泊	該当者の令和元年10月の利用回数	865	4.7
	該当者の令和2年10月の利用回数	1039	6.3
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	831	1.5

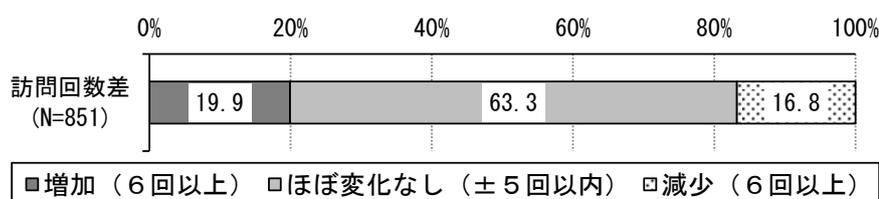
注) 利用回数差については、令和元年と令和2年の両方に回答のあるもののみ対象とした。

図 2.6-1 利用回数差の分布

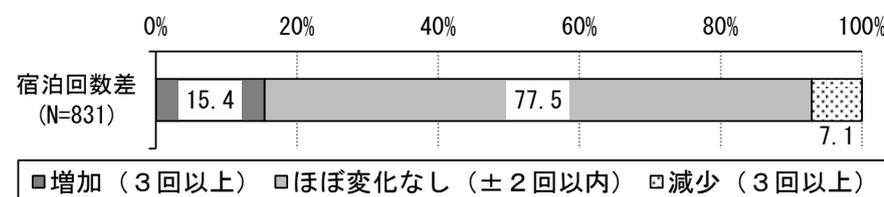
【通い】



【訪問】



【宿泊】



②利用者の暮らしを支えるための支援

■利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援

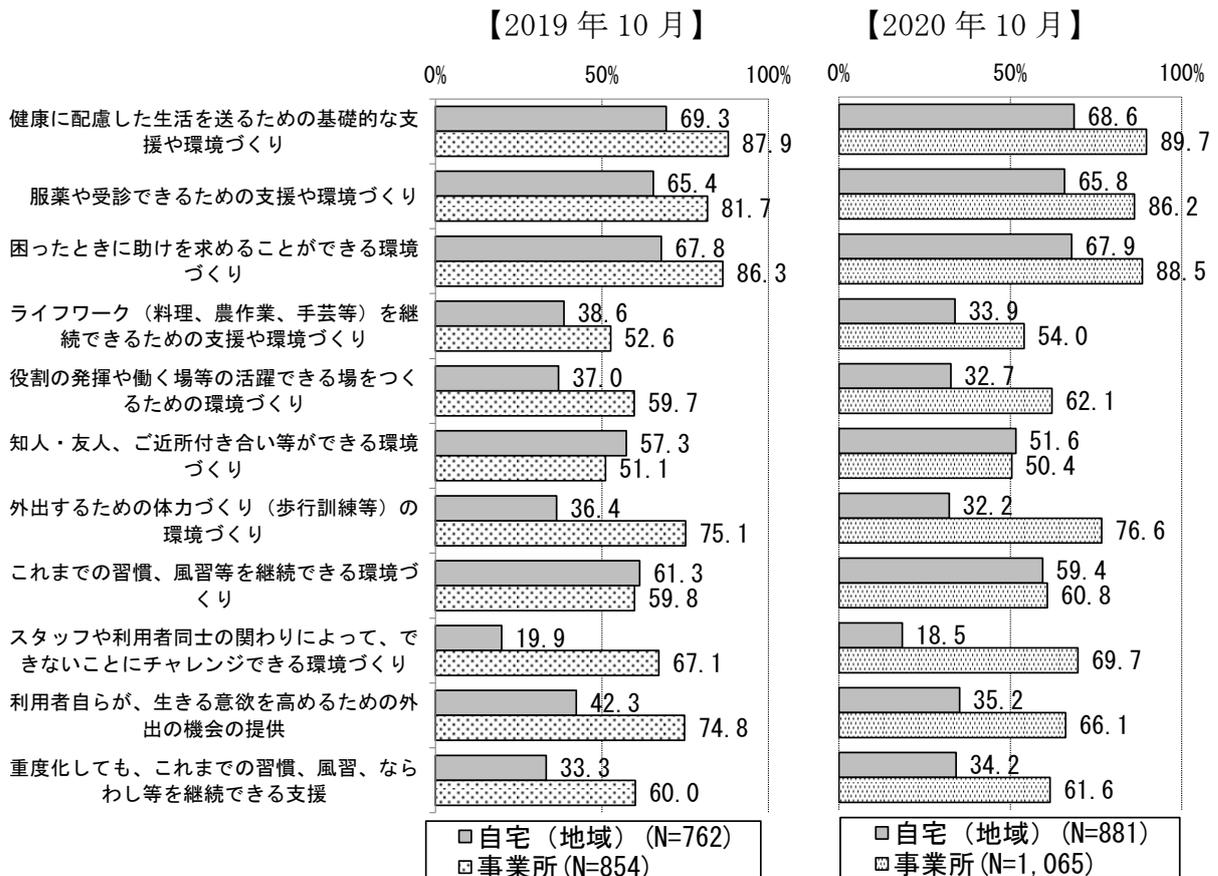
利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況を実施場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり
- ・服薬や受診できるための支援や環境づくり
- ・困ったときに助けを求めることができる環境づくり
- ・外出するための体力づくり（歩行訓練等）の環境づくり

これらは兩年とも事業所での実施がいずれも70%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっておらず、全体的に事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

なお、事業所での「利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供」の割合は、2019年には74.8%と高いが、2020年は66.1%と70%を割り込んでいる。

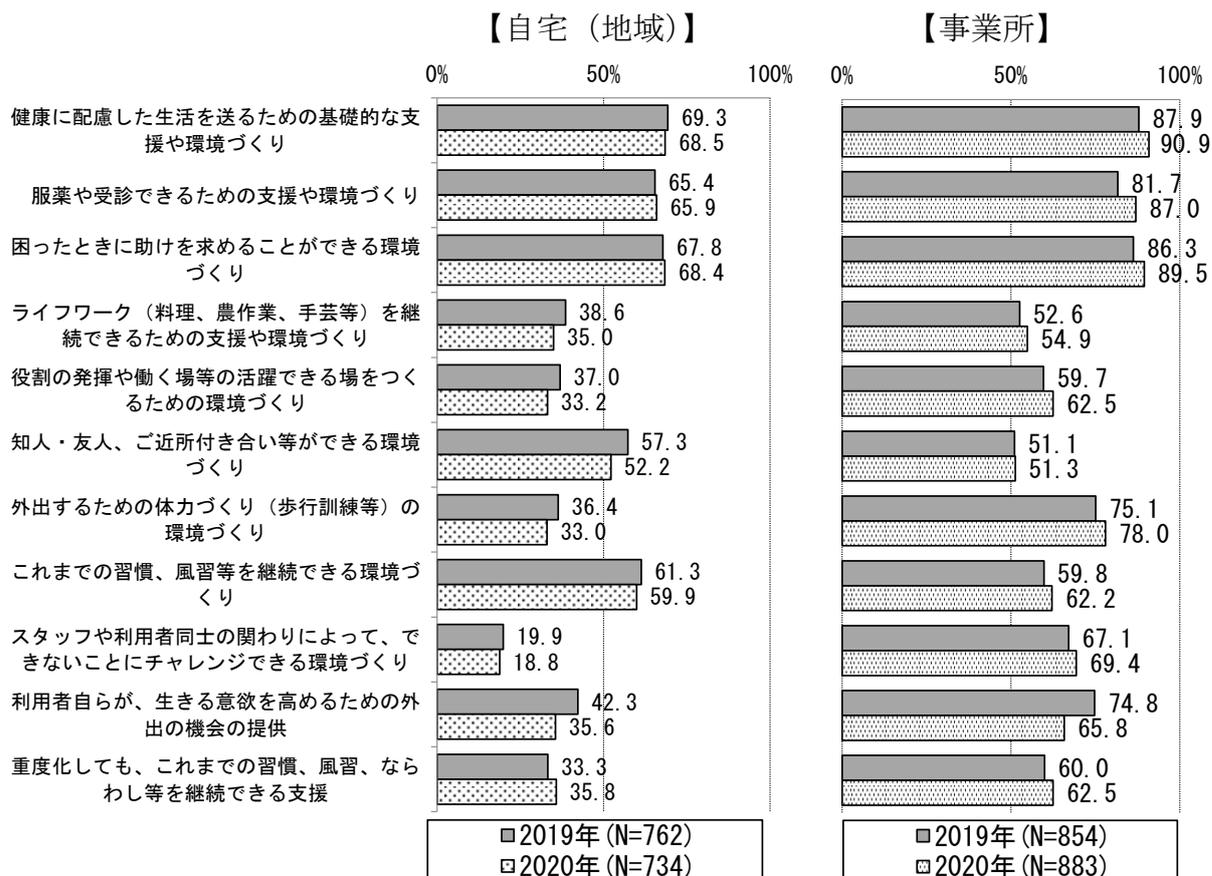
図 2.6-2 利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況（実施場所による比較）



利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合にほとんど差はみられない。

ただ、「利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供」は、2019年には自宅（地域）での実施が42.3%であったのが2020年は35.6%、事業所での実施は2019年に74.8%であったのが、2020年には65.8%と減少がみられる。

図 2.6-3 利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況（時期による比較）



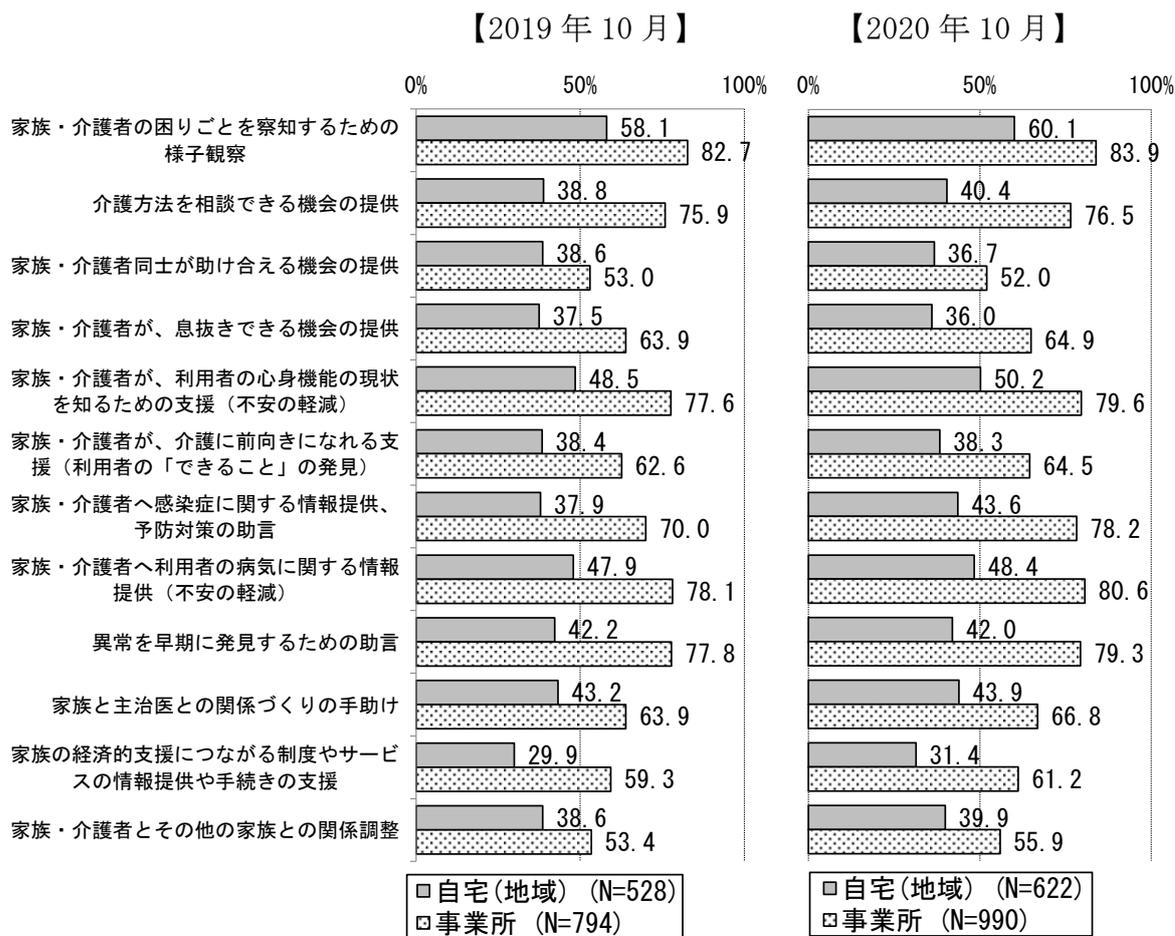
■ 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）

家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況を実施場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・ 家族・介護者の困りごとを察知するための様子観察
- ・ 介護方法を相談できる機会の提供
- ・ 家族・介護者が、利用者の心身機能の現状を知るための支援（不安の軽減）
- ・ 家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言
- ・ 家族・介護者へ利用者の病気に関する情報提供（不安の軽減）
- ・ 異常を早期に発見するための助言

これらは両年とも事業所での実施がいずれも75%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっておらず、全体的に事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

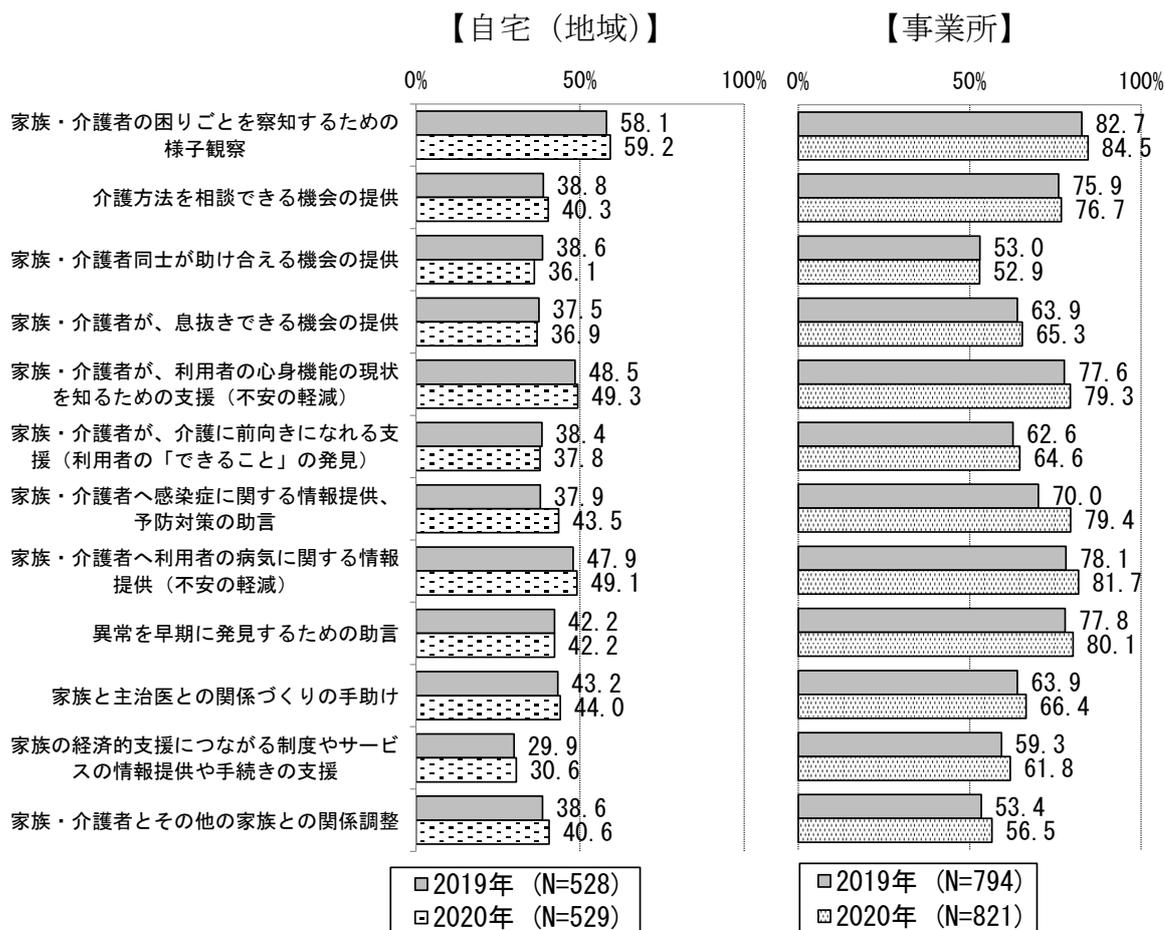
図 2.6-4 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況（実施場所による比較）



家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合にほとんど差はみられない。

ただ、「家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言」は、2019年には自宅（地域）での実施が37.9%であったのが2020年は43.5%、事業所での実施は2019年に70.0%であったのが、2020年には79.4%と増加がみられる。

図 2.6-5 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況（時期による比較）



■利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）

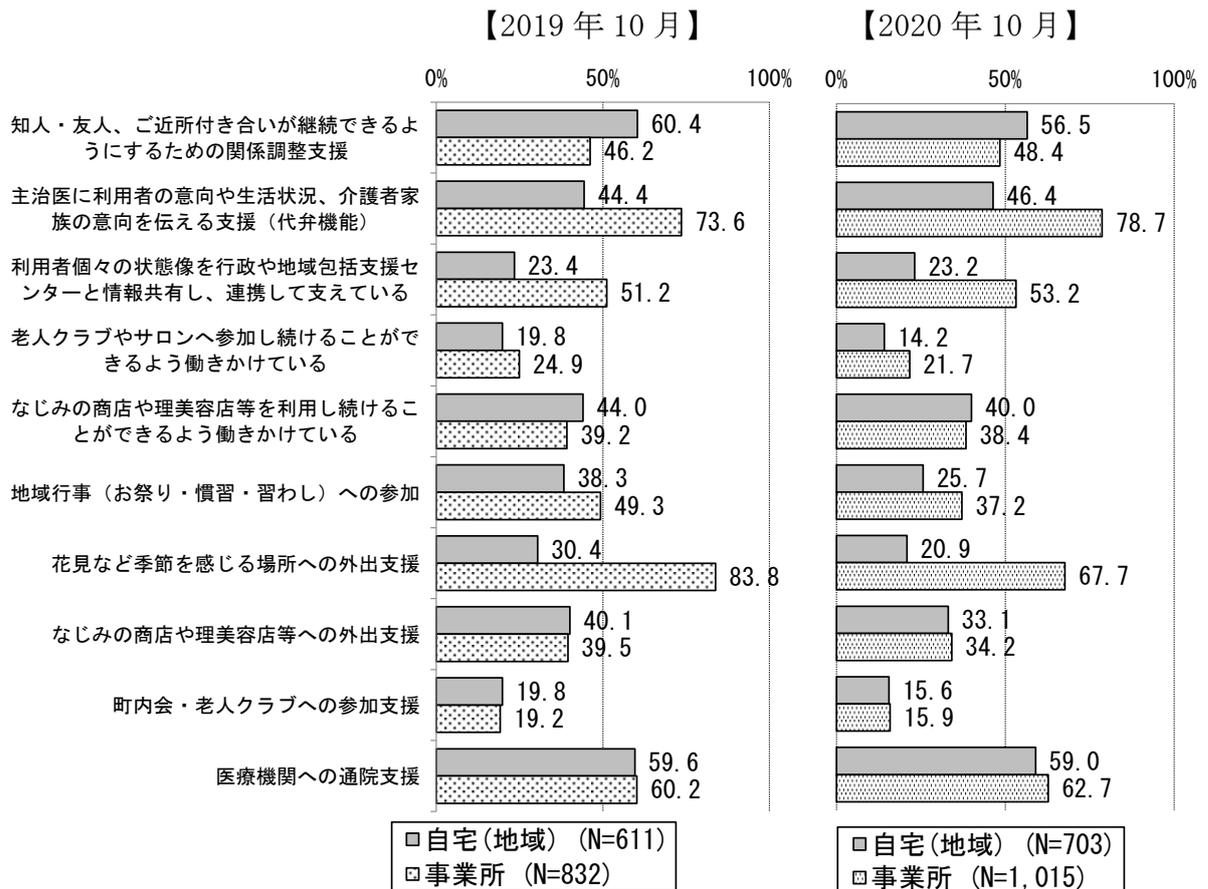
利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）の実施状況を場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援（代弁機能）
- ・花見など季節を感じる場所への外出支援

これらは兩年とも事業所での実施がいずれも65%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっておらず、全体的に事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

ただ、「医療機関の通院支援」は、兩年で自宅（地域）及び事業所ともおよそ60%で、差がみられない。

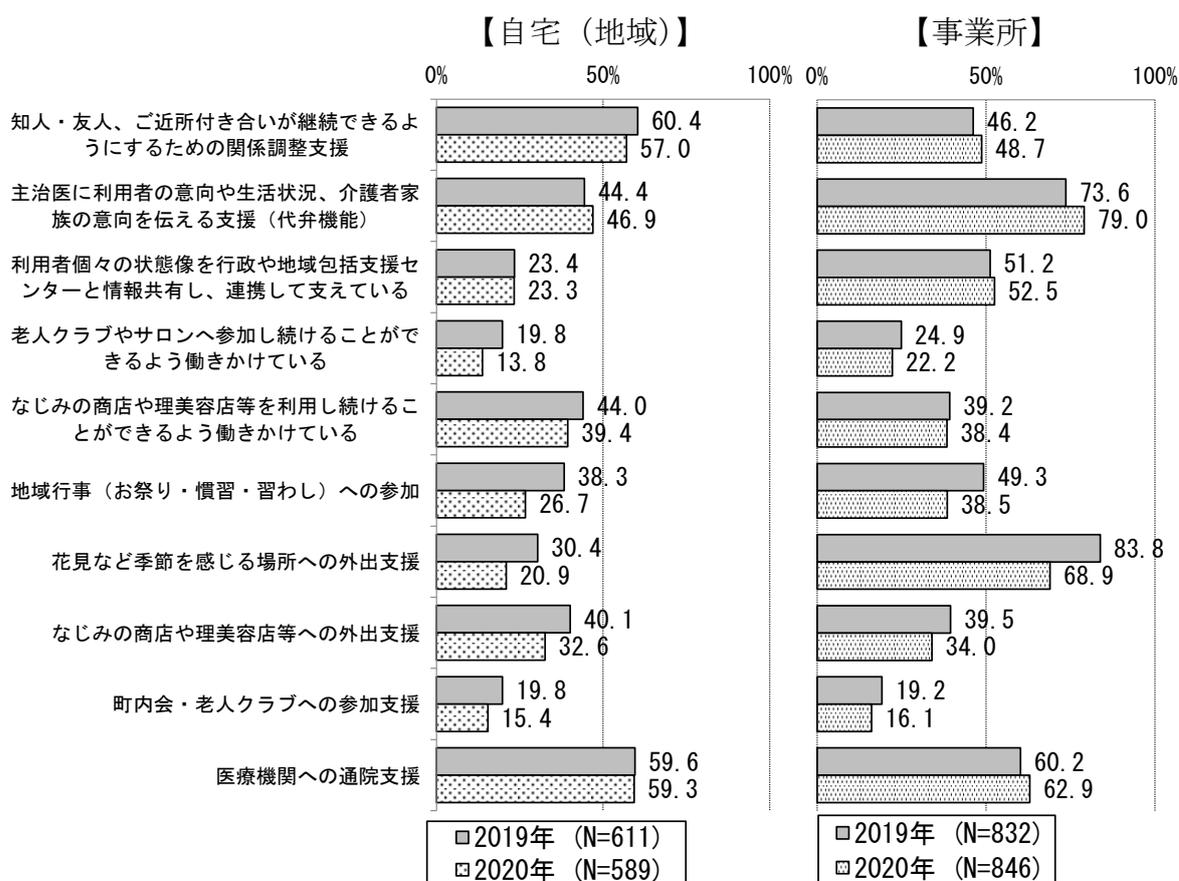
図 2.6-6 地域に向けた支援の実施状況（実施場所による比較）



利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合に大きな差はみられない。

ただ、「花見など季節を感じる場所への外出支援」は、2019年には自宅（地域）での実施が30.4%であったのが2020年は20.9%、事業所での実施は2019年に83.8%であったのが、2020年には68.9%と大幅な減少がみられる。これは、花見など人が集まる場所での新型コロナの感染に留意したものとも考えられる。

図 2.6-7 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）状況（時期による比較）



(2) 要介護度2または3で、サ高住、有料・軽費老人ホーム居住の利用者への支援について

①利用状況

要介護度2または3で、サ高住、有料・軽費老人ホーム居住の利用者1名について、令和元年10月の利用状況をたずね、令和2年10月の利用状況との比較を行った。

通いの平均回数は、令和元年が14.1回、令和2年が13.8回で、差（令和2年－令和元年）の平均は+0.5回となっている。

訪問の平均回数は、令和元年が52.4回、令和2年が51.2回で、差の平均は+0.7回となっている。

宿泊の平均回数では、令和元年が0.6回、令和2年が0.7回で、差の平均は±0.0回となっている。

この結果、いずれの利用回数も、1年では大きな差はみられない。

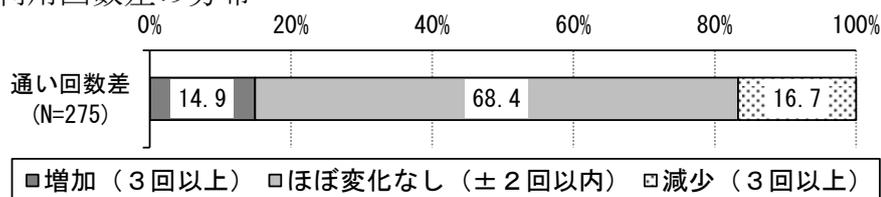
表 2.6-2 要介護2もしくは3で、サ高住、有料・軽費老人ホーム居住の利用者の利用回数

利用回数		該当数	平均
通い	該当者の令和元年10月の利用回数	281	14.1
	該当者の令和2年10月の利用回数	330	13.8
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	275	0.5
訪問	該当者の令和元年10月の利用回数	279	52.4
	該当者の令和2年10月の利用回数	330	51.2
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	274	0.7
宿泊	該当者の令和元年10月の利用回数	275	0.6
	該当者の令和2年10月の利用回数	316	0.7
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	262	0.0

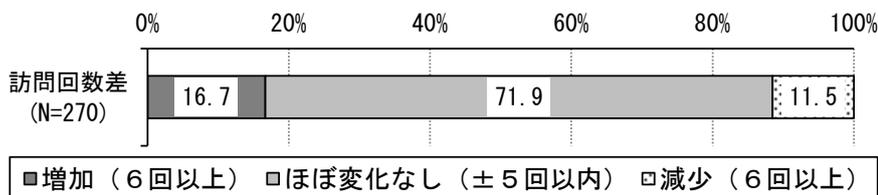
注) 利用回数差については、令和元年と令和2年の両方に回答のあるもののみ対象とした。

図 2.6-8 利用回数差の分布

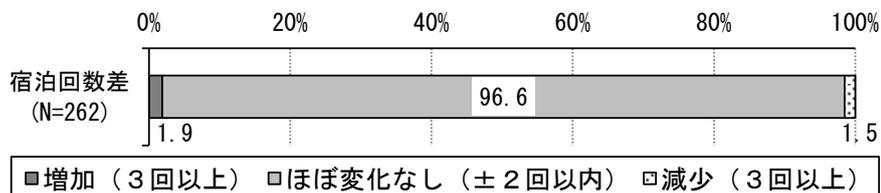
【通い】



【訪問】



【宿泊】



②利用者の暮らしを支えるための支援

■利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援

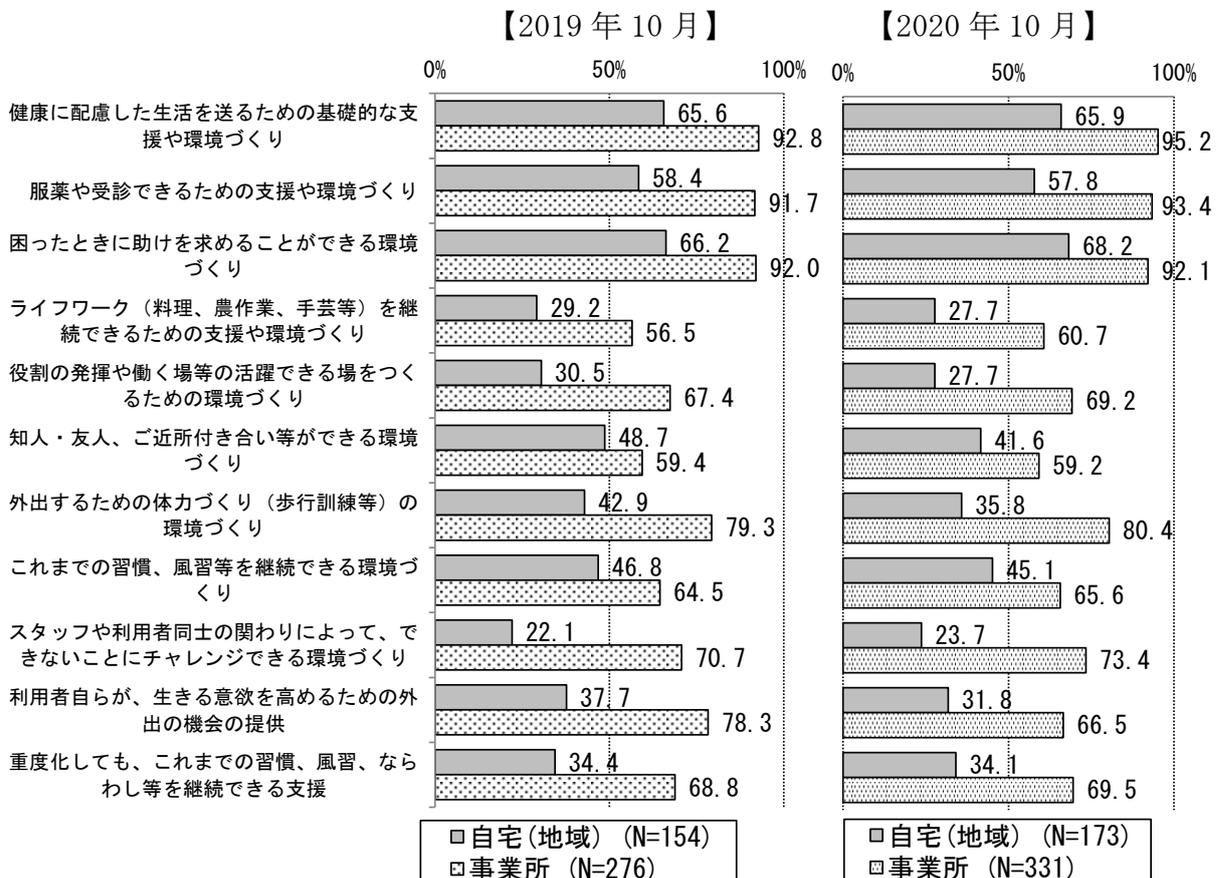
利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況を実施場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり
- ・服薬や受診できるための支援や環境づくり
- ・困ったときに助けを求められることができる環境づくり
- ・外出するための体力づくり（歩行訓練等）の環境づくり
- ・スタッフや利用者同士の関わりによって、できないことにチャレンジできる環境づくり

これらは両年とも事業所での実施がいずれも70%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっておらず、全体的に事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

なお、事業所での「利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供」の割合は、2019年には78.3%と高いが、2020年は66.5%と70%を割り込んでいる。

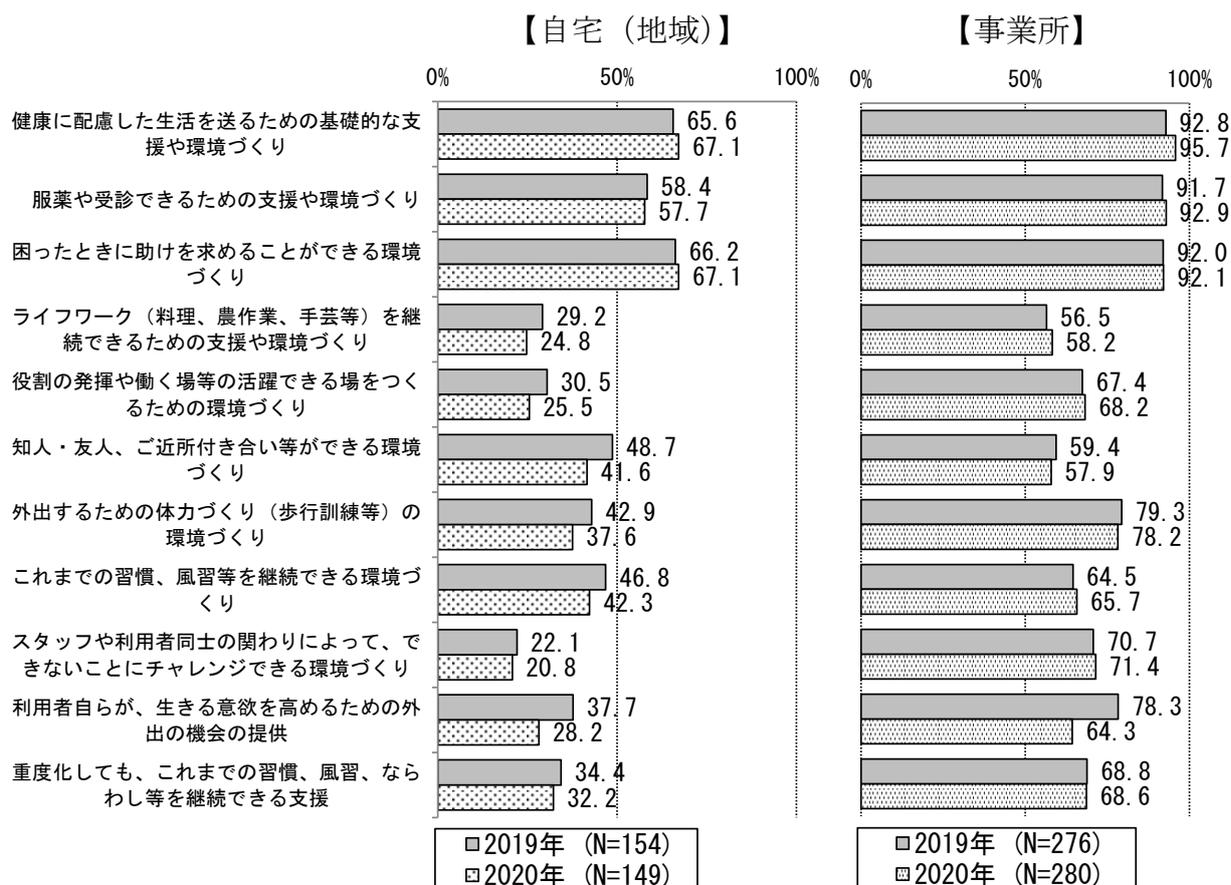
図 2.6-9 利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況（実施場所による比較）



利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合にほとんど差はみられない。

ただ、「利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供」は、2019年には自宅（地域）での実施が37.7%であったのが2020年は28.2%、事業所での実施は2019年に78.3%であったのが、2020年には64.3%と減少がみられる。

図 2.6-10 利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況（時期による比較）



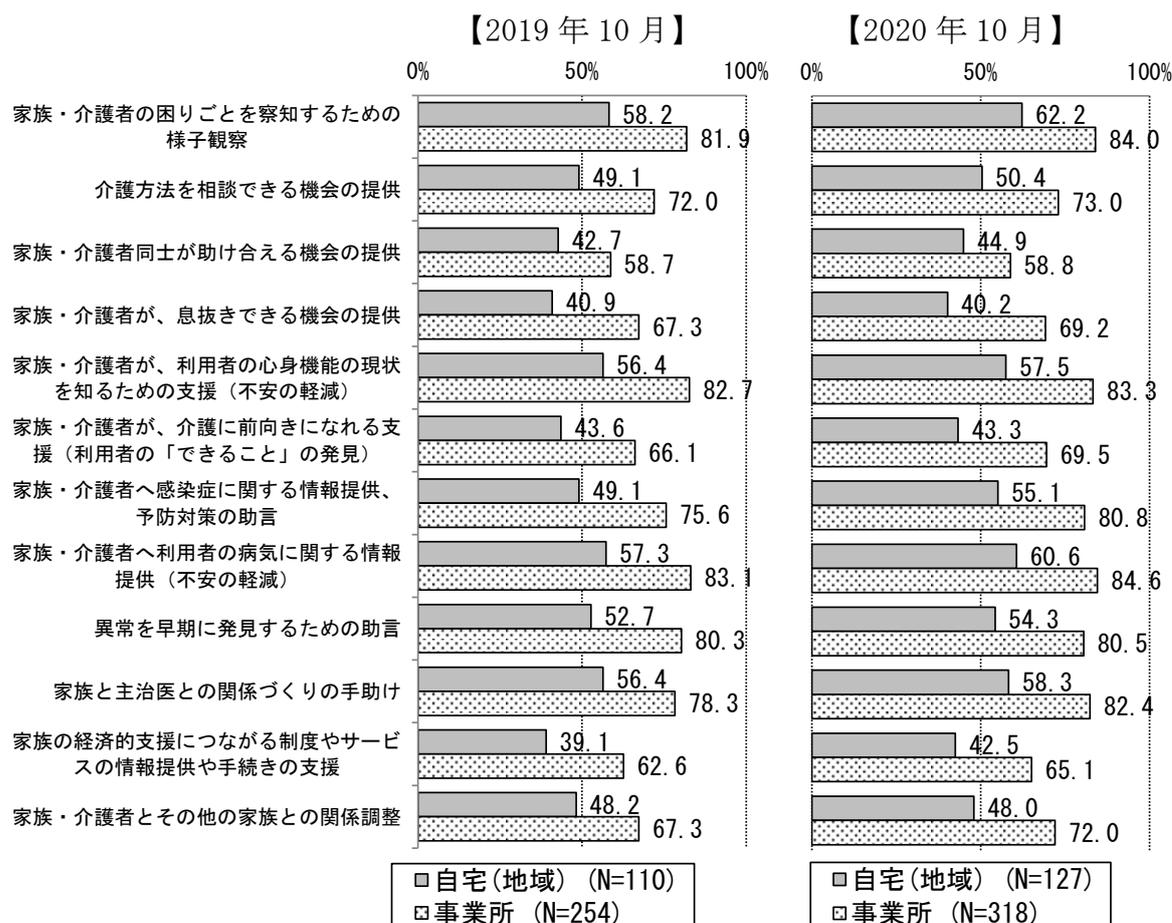
■ 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）

家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況を実施場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・ 家族・介護者の困りごとを察知するための様子観察
- ・ 介護方法を相談できる機会の提供
- ・ 家族・介護者が、利用者の心身機能の現状を知るための支援（不安の軽減）
- ・ 家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言
- ・ 家族・介護者へ利用者の病気に関する情報提供（不安の軽減）
- ・ 異常を早期に発見するための助言
- ・ 家族と主治医との関係づくりの手助け

これらは兩年とも事業所での実施がいずれも70%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっておらず、全体的に事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

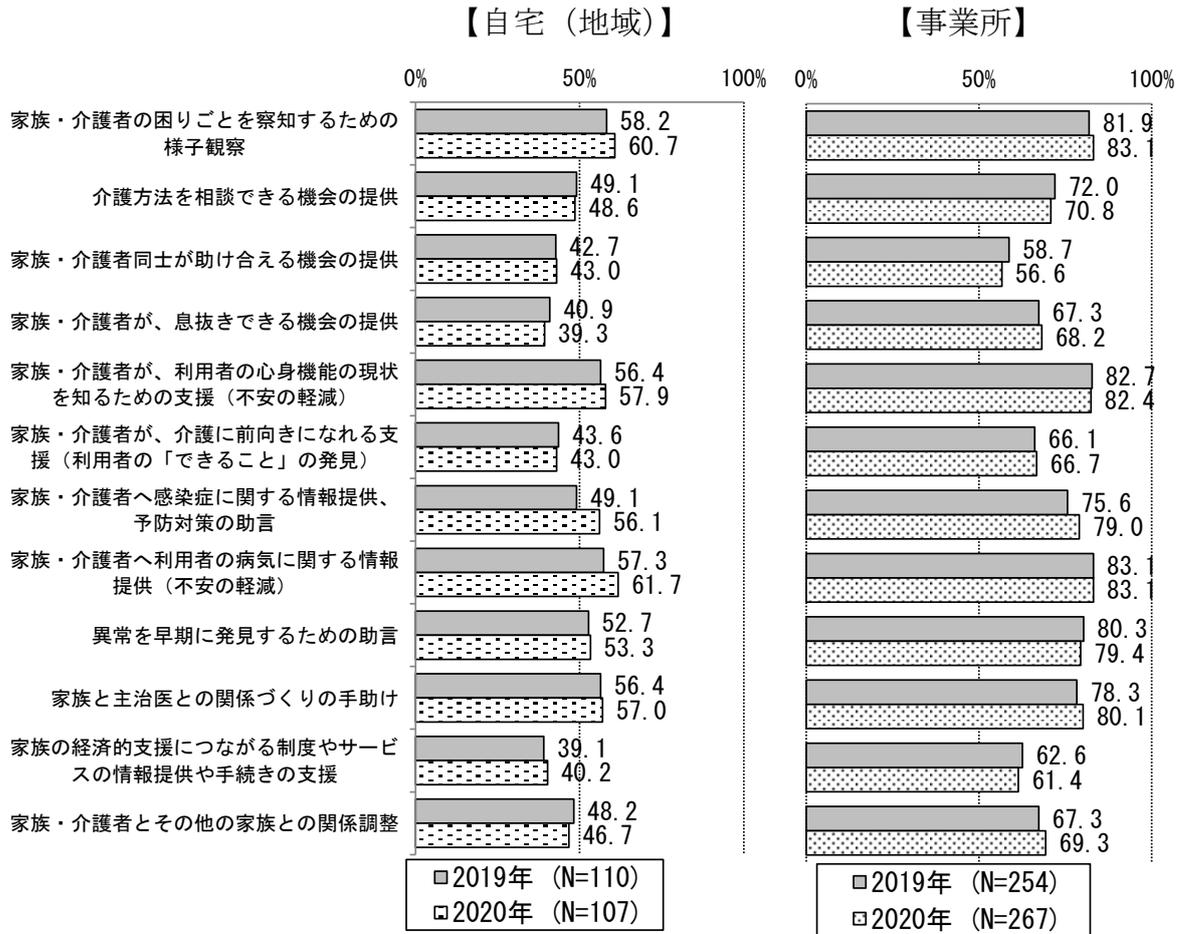
図 2.6-11 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況（実施場所による比較）



家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合にほとんど差はみられない。

ただ、「家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言」は、2019年には自宅（地域）での実施が49.1%であったのが2020年は56.1%と増加がみられる。

図 2.6-12 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況（時期による比較）



■利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）

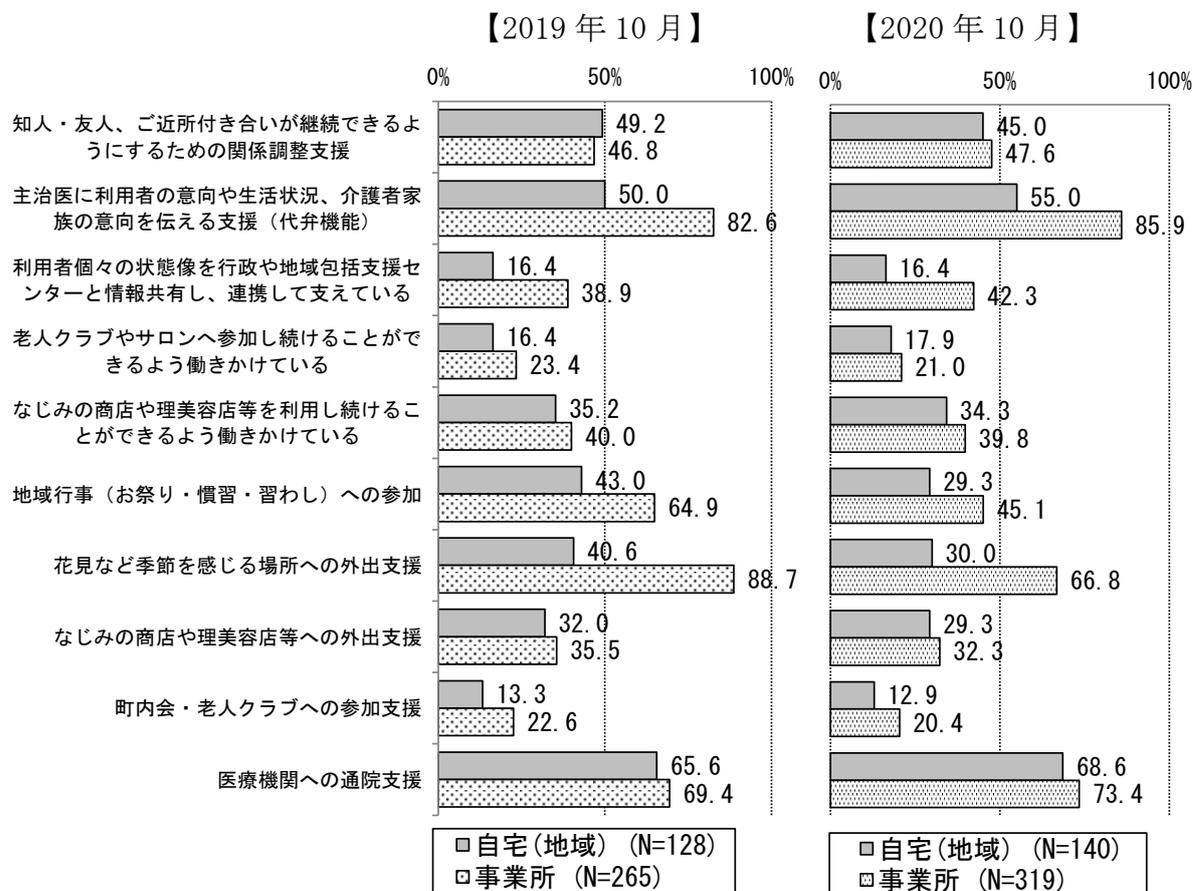
利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）の実施状況を場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援（代弁機能）
- ・花見など季節を感じる場所への外出支援

これらは両年とも事業所での実施がいずれも60%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっておらず、全体的に事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

ただ、「知人・友人、ご近所付き合いが継続できるようにするための関係調整支援」の割合は、両年で自宅（地域）及び事業所とも概ね45～50%となっており、自宅（地域）と事業所に差はみられない。また、「医療機関の通院支援」の割合についても、両年で自宅（地域）及び事業所とも概ね65～75%となっており、自宅（地域）と事業所に大きな差はみられない。

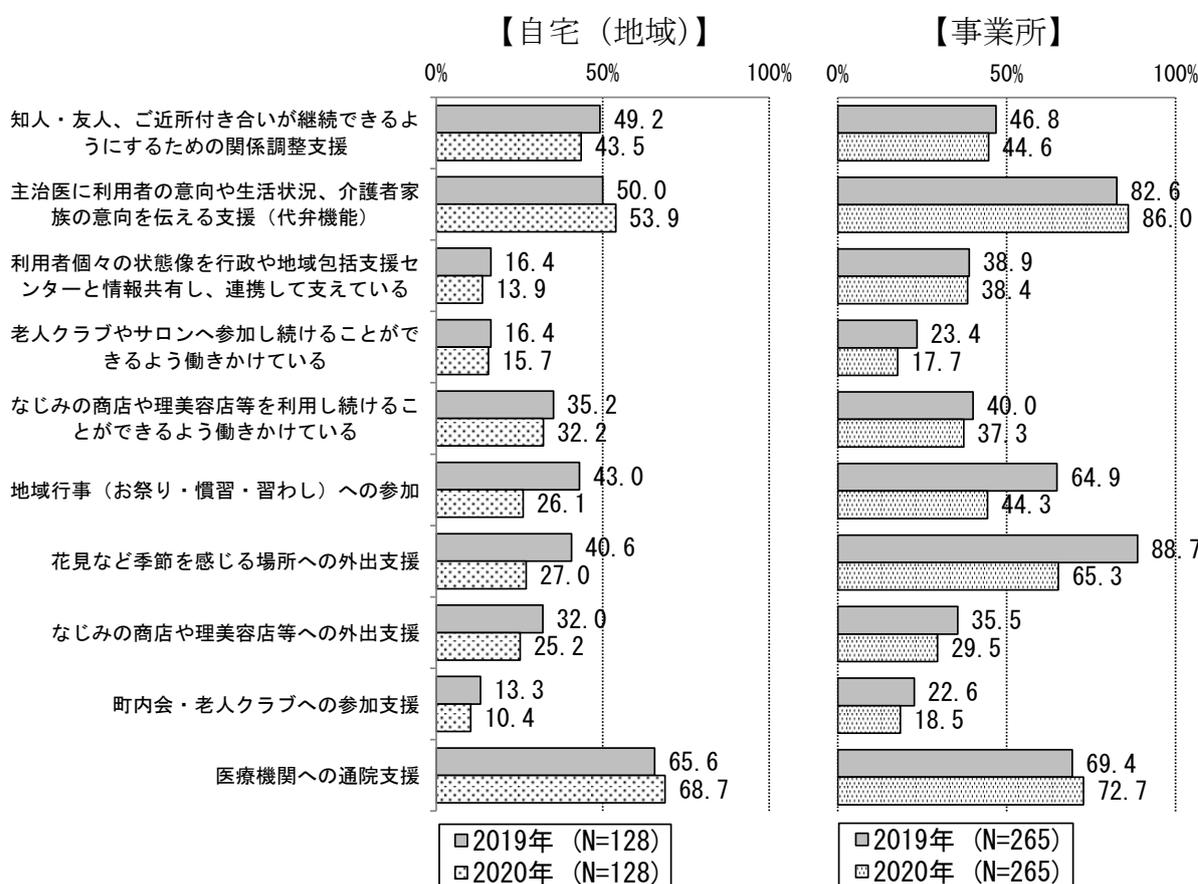
図 2.6-13 地域に向けた支援の実施状況（実施場所による比較）



利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合に大きな差はみられない。

ただ、「地域行事（お祭り・慣習・習わし）への参加」は、2019年には自宅（地域）での実施が43.0%であったのが2020年は26.1%、事業所での実施は2019年に64.9%であったのが、2020年には44.3%と大幅な減少がみられる。また、「花見など季節を感じる場所への外出支援」も同様に、2019年には自宅（地域）での実施が40.6%であったのが2020年は27.0%、事業所での実施は2019年に88.7%であったのが、2020年には65.3%と大幅な減少がみられる。これらは、大勢の人が集まる場所での新型コロナウイルスの感染に留意したものとも考えられる。

図 2.6-14 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）状況（時期による比較）



(3) 介護度が最も重い利用者への支援について

①利用状況

介護度が最も重い利用者1名について、令和元年10月の利用状況をたずね、令和2年10月の利用状況との比較を行った。

通いの平均回数は、令和元年が21.0回、令和2年が21.1回で、差（令和2年－令和元年）の平均は+0.3回となっている。

訪問の平均回数は、令和元年が20.9回、令和2年が20.6回で、差の平均は+0.3回となっている。

宿泊の平均回数では、令和元年が10.5回、令和2年が11.4回で、差の平均は+0.9回となっている。

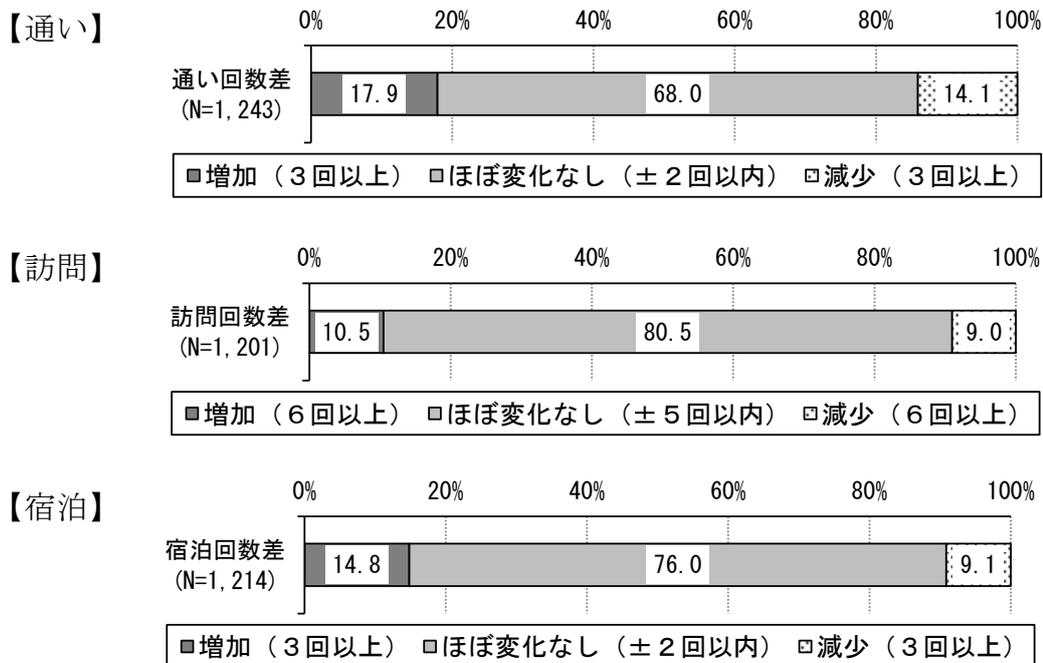
この結果、いずれの利用回数も、1年では大きな差はみられない。

表 2.6-3 介護度が最も重い利用者利用者の利用回数

		該当数	平均
通い	該当者の令和元年10月の利用回数	1,259	21.0
	該当者の令和2年10月の利用回数	1,490	21.1
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	1,243	0.3
訪問	該当者の令和元年10月の利用回数	1,237	20.9
	該当者の令和2年10月の利用回数	1,461	20.6
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	1,207	0.3
宿泊	該当者の令和元年10月の利用回数	1,243	10.5
	該当者の令和2年10月の利用回数	1,472	11.4
	令和元年10月と令和2年10月の利用回数差	1,214	0.9

注) 利用回数差については、令和元年と令和2年の両方に回答のあるもののみ対象とした。

図 2.6-15 利用回数差の分布



②利用者の暮らしを支えるための支援

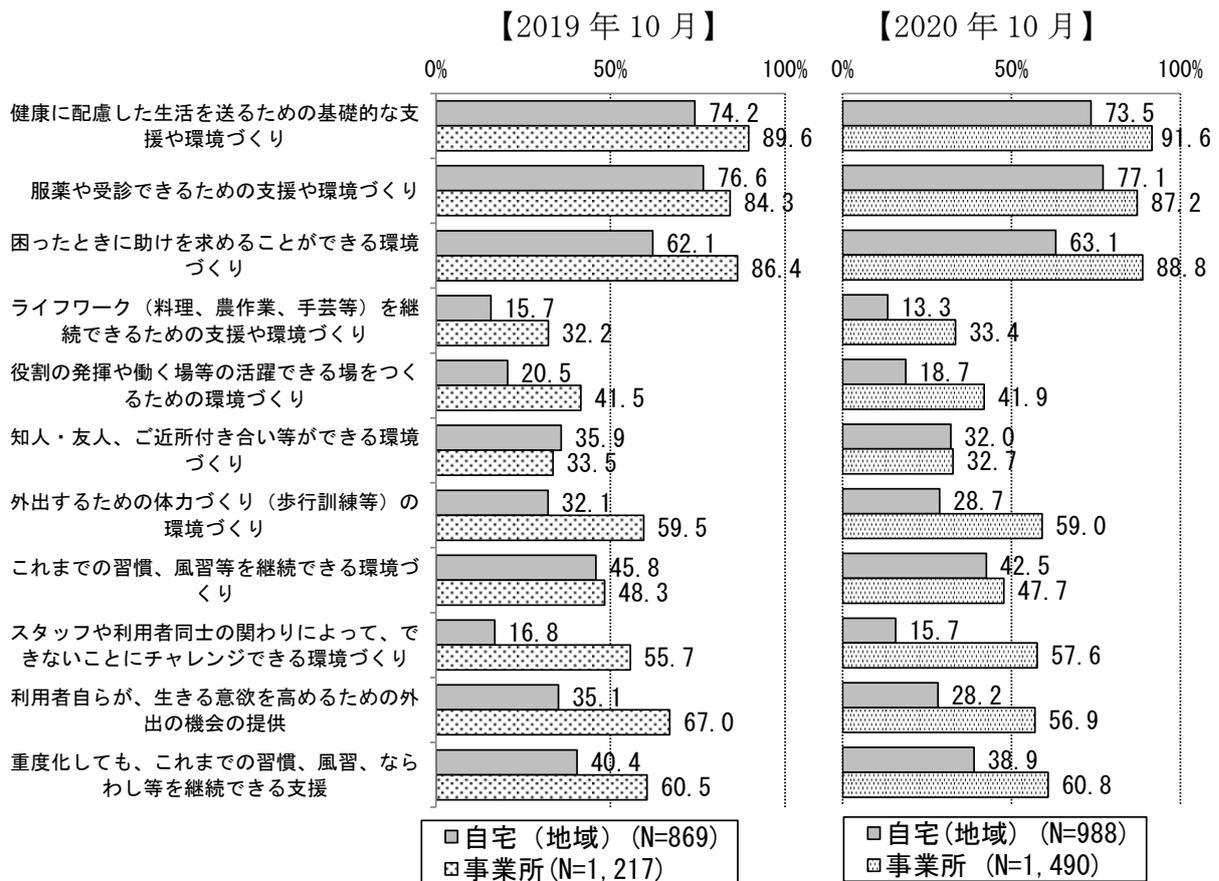
■利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援

利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況を実施場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり
- ・服薬や受診できるための支援や環境づくり
- ・困ったときに助けを求めることができる環境づくり

これらは兩年とも事業所での実施がいずれも80%を超えており、中でも「健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり」および「服薬や受診できるための支援や環境づくり」では、自宅（地域）における実施割合も70%を超えと高くなっている、それ以外の項目では事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回る傾向がみられる。

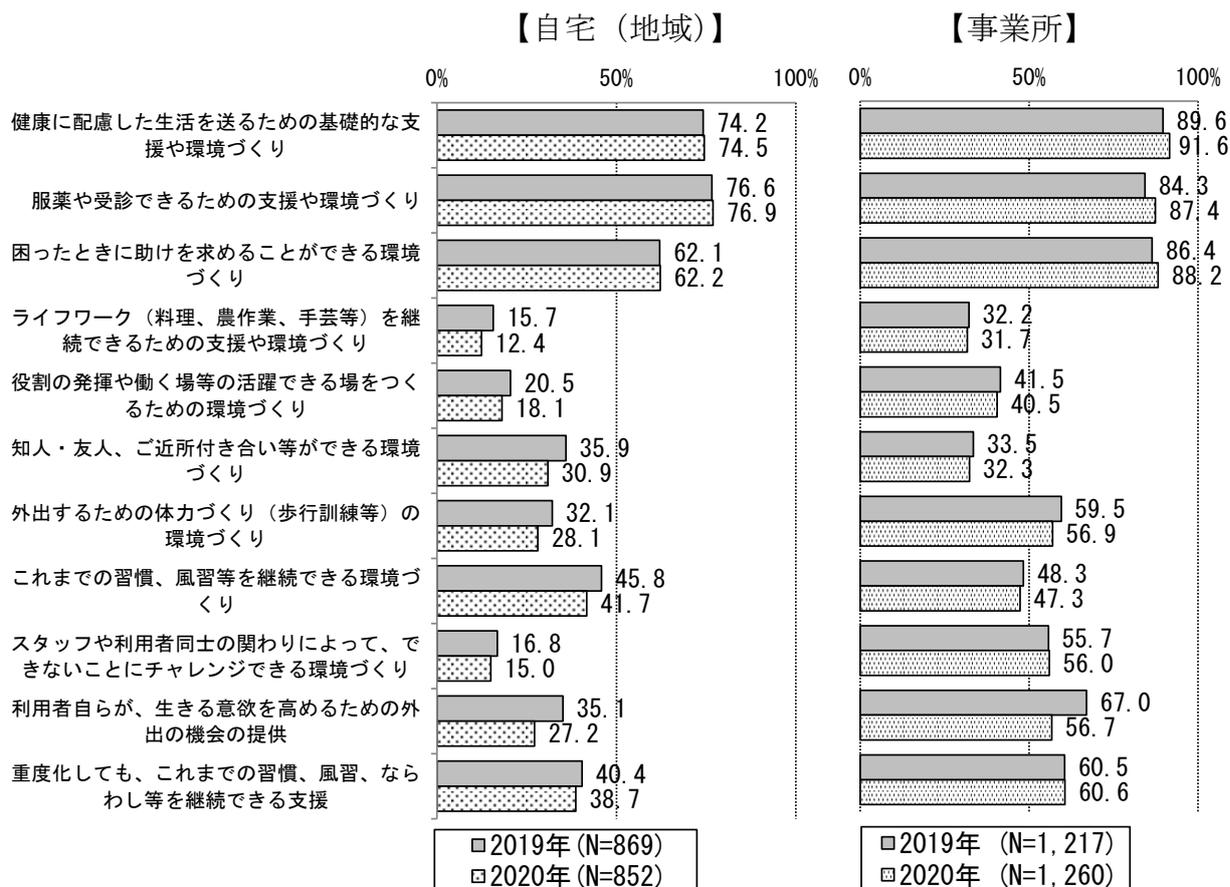
図 2.6-16 利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況（実施場所による比較）



利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合にほとんど差はみられない。

ただ、「利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供」は、2019年には自宅（地域）での実施が35.1%であったのが2020年は27.2%、事業所での実施は2019年に67.0%であったのが、2020年には56.7%と減少がみられる。

図 2.6-17 利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援の実施状況（時期による比較）



■ 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）

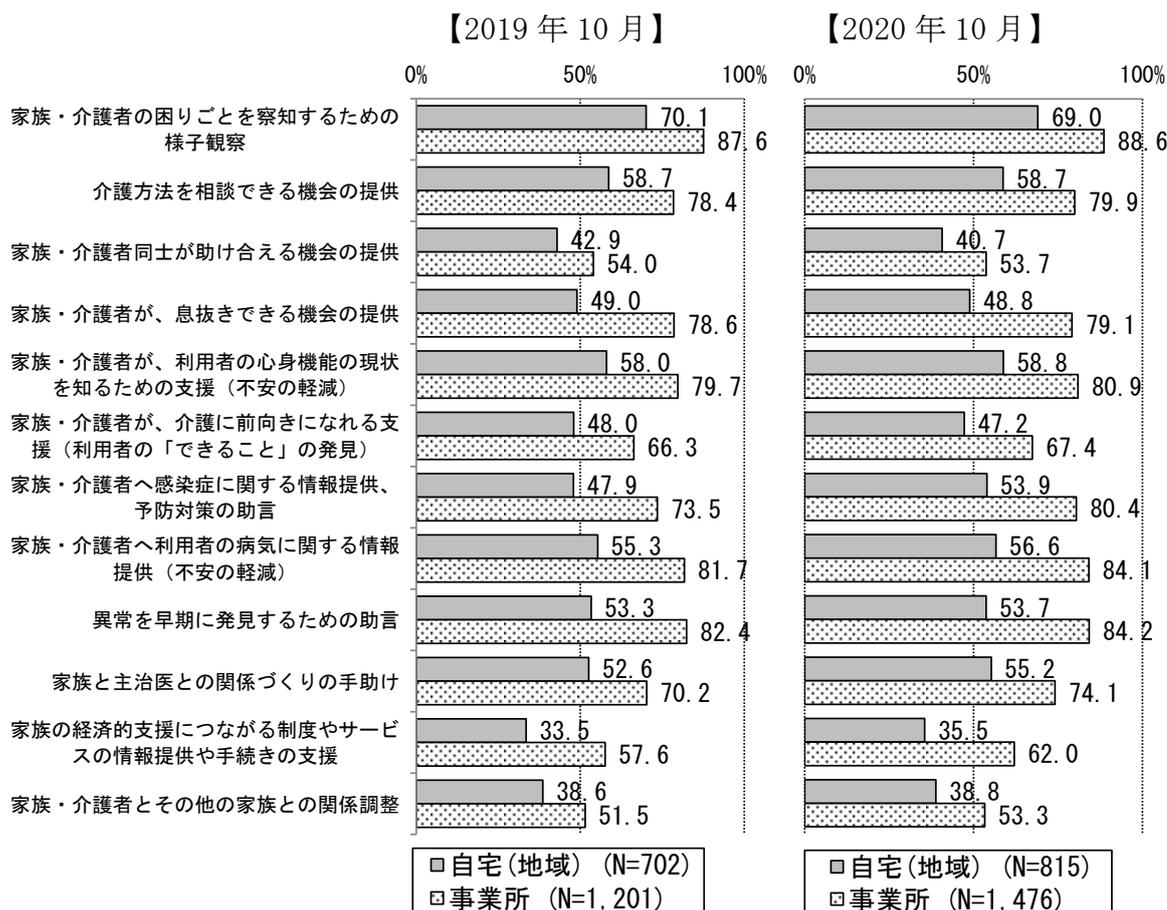
家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況を実施場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

- ・ 家族・介護者の困りごとを察知するための様子観察
- ・ 介護方法を相談できる機会の提供
- ・ 家族・介護者が、息抜きできる機会の提供
- ・ 家族・介護者が、利用者の心身機能の現状を知るための支援（不安の軽減）
- ・ 家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言
- ・ 家族・介護者へ利用者の病気に関する情報提供（不安の軽減）
- ・ 異常を早期に発見するための助言
- ・ 家族と主治医との関係づくりの手助け

これらは兩年とも事業所での実施がいずれも70%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっていない。

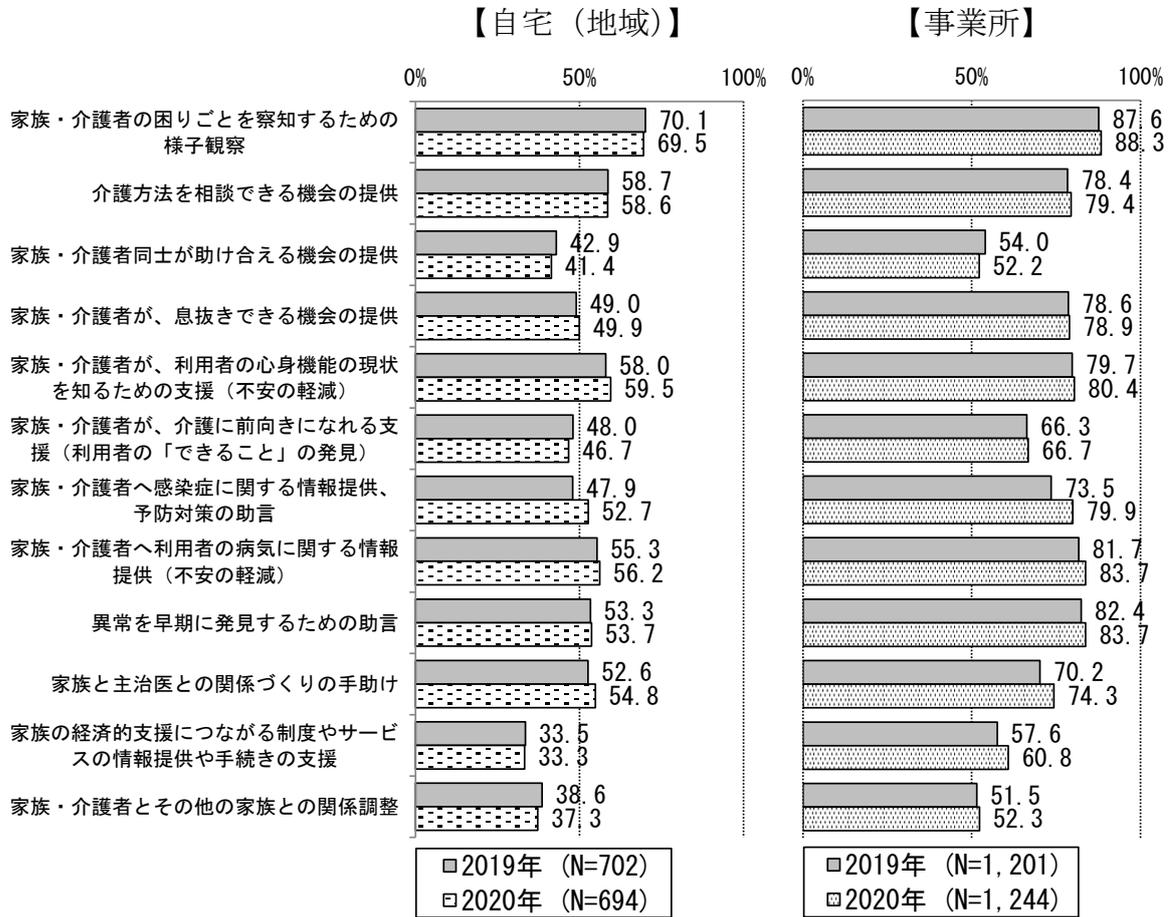
なお、事業所における全12項目の中で実施割合が70%を超えているのは8項目にのぼっており、介護度の高い利用者の家族に対するケアの手厚さがみてとれる。

図 2.6-18 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況（実施場所による比較）



家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況を時期別に比較すると、各支援とも2019年と2020年で割合にほとんど差はみられない。

図 2.6-19 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）の実施状況（時期による比較）



■利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）

利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）の実施状況を場所別に比較すると、実施割合が高いのは、以下の支援である。

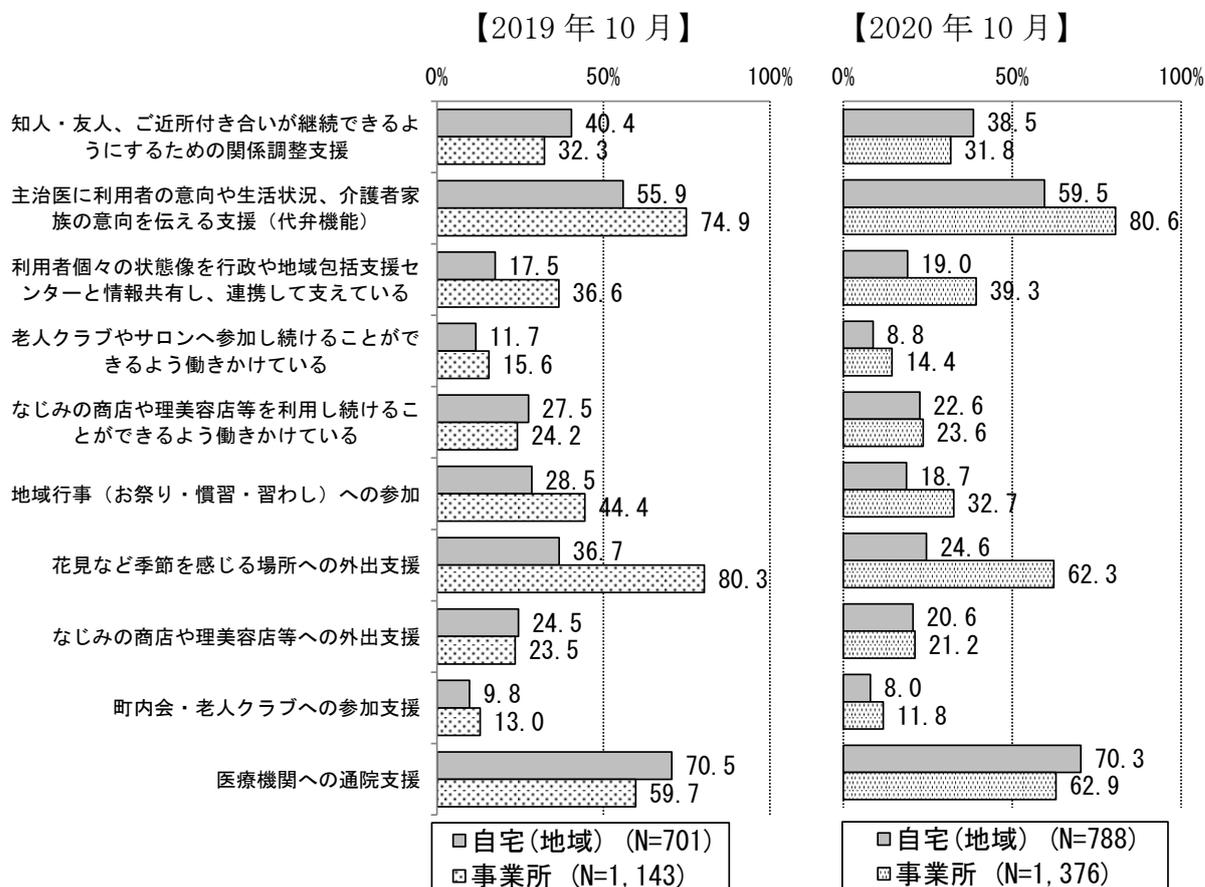
- ・主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援（代弁機能）
- ・医療機関の通院支援

このうち、「主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援」では、両年とも事業所での実施がいずれも70%を超えているものの、自宅（地域）ではそれほど高くなっていない。

これに対し、「医療機関の通院支援」では、両年とも自宅（地域）での実施がいずれも70%を超えており、事業所における割合も60%前後で大きな差はみられない。また、「知人・友人、ご近所付き合いが継続できるようにするための関係調整支援」の実施も、高い割合ではないが両年とも自宅（地域）が事業所を上回っている。

なお、「花見など季節を感じる場所への外出支援」は、2019年の事業所において実施割合が80%を超えており、両年とも事業所での実施割合が自宅（地域）を大きく上回っている。

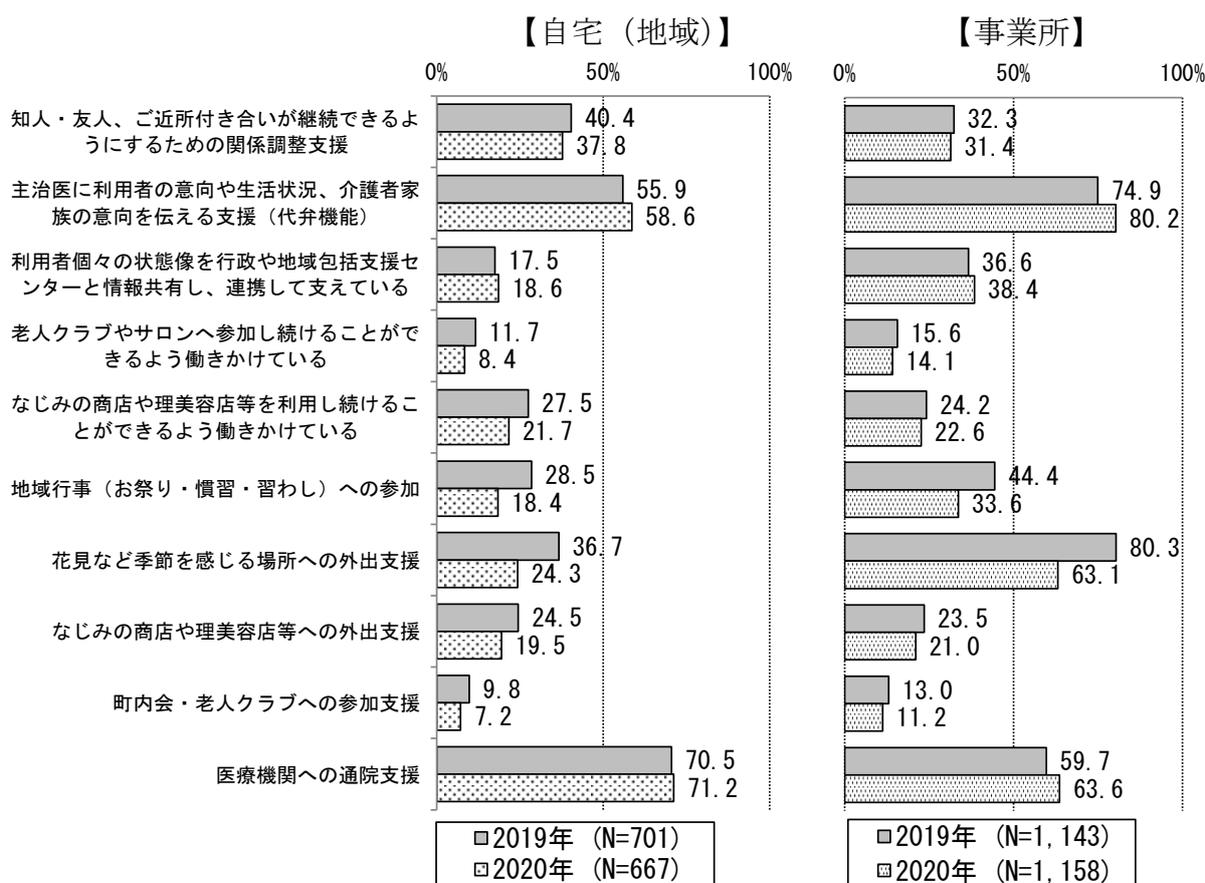
図 2.6-20 地域に向けた支援の実施状況（実施場所による比較）



利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援（地域での支援）の実施状況を時期別に比較すると、全体的に各支援とも2019年と2020年で割合に大きな差はみられない。

ただ、「花見など季節を感じる場所への外出支援」は、2019年には自宅（地域）での実施が36.7%であったのが2020年は24.3%、事業所での実施は2019年に80.3%であったのが、2020年には63.1%と大幅な減少がみられる。これは、花見など人が大勢集まる場所での新型コロナの感染に留意したものとも考えられる。

図 2.6-21 家族・介護者を支えるための支援（家族支援）状況（時期による比較）



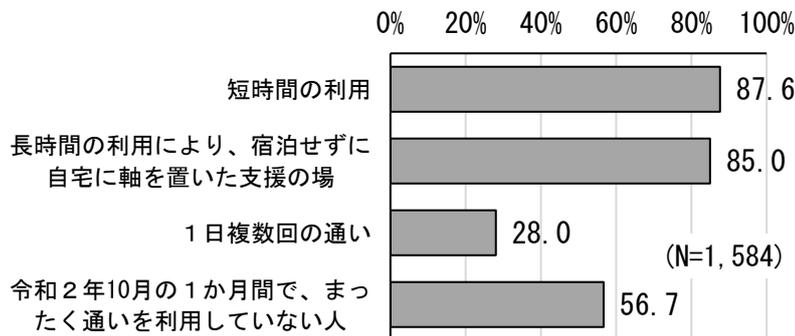
(4) 通い、訪問、宿泊の利用状況

令和2年10月の1か月間における通い、訪問、宿泊それぞれの利用状況について尋ねた。

①通いの状況

事業所での滞在時間の長さについては、「短時間の利用」があった事業所が全体の87.6%、「長時間の利用（宿泊せず）」が85.0%と多くなっている。また、利用回数について「1日複数回の通い」があった事業所は28.0%で、「1か月間でまったく通いを利用していない人」がいる事業所が56.7%となっている。

図 2.6-22 通いの状況



それぞれの具体内容をみると、「短時間の利用」の平均時間は3.0時間、「長時間の利用（宿泊せず）」の平均時間は10.0時間、「1日複数回の通い」の平均回数は2.2回となっている。また、「1か月間でまったく通いを利用していない人」の平均人数は2.3人で、登録者数に対する割合の平均は10.7%であった。

表 2.6-4 通いにおける具体状況の平均値

内 容	該当数	平均
通いの最短時間（時間）	1,377	3.0
通いの最長利用時間（時間）	1,339	10.0
1日複数回利用の最高通い回数	427	2.2
令和2年10月の1か月間で、まったく通いを利用していない人数	890	2.3
通い回数0回の利用者数の登録者数に対する割合（%）	890	10.7

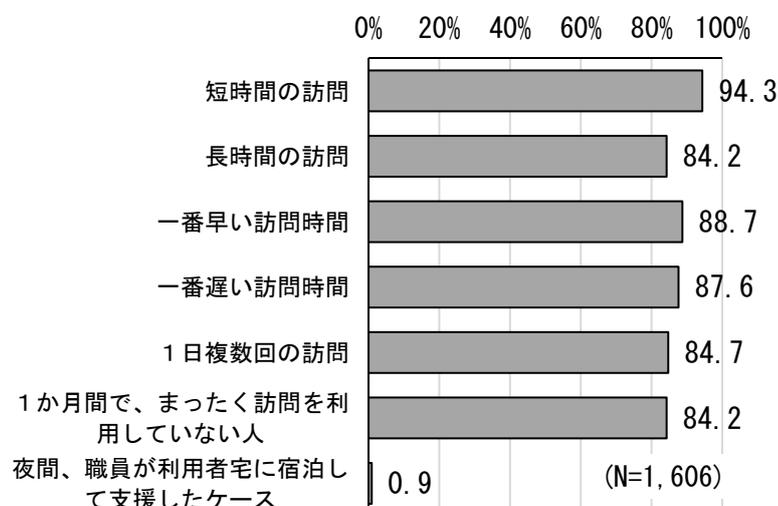
②訪問の状況

訪問時の滞在時間の長さについては「短時間の訪問」があった事業所が全体の94.3%、「長時間の訪問」があった事業所が84.2%となっている。また、訪問時間帯については、「一番早い訪問時間」の回答が88.7%、「一番遅い訪問時間」の回答が87.6%の事業所からあった。

一方、利用回数について「1日複数回の訪問」があった事業所は84.7%で、「1か月間でまったく訪問を利用していない人」がいる事業所が84.2%となっている。

なお、「夜間、職員が利用者宅に宿泊して支援したケース」のあった事業所は、全体の0.9%にとどまっている。

図 2.6-23 訪問の状況



それぞれの具体数値をみると、「最短の（滞在）時間」の平均は14.1分、「最長の（滞在）時間」の平均は83.2分となっている。

また、「一番早い訪問時間」の平均は8時24分（分換算値504分）、「一番遅い訪問時間」の平均は18時8分（分換算値1,088分）となっている。

一方、「1日複数回の訪問」の平均回数は3.6回となっている。また、「1か月間でまったく訪問を利用していない人」の平均人数は9.4人で、登録者数に対する割合の平均は45.2%であった。

表 2.6-5 訪問における具体数値の平均値

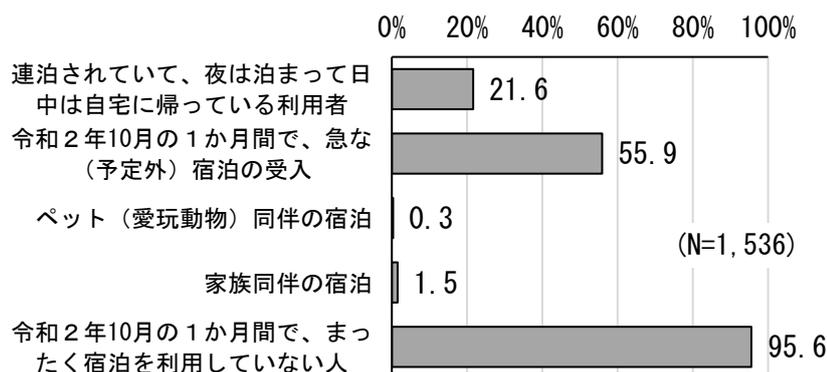
内 容	該当数	平均
訪問の最短時間（分換算）	1,509	14.1
訪問の最長時間（分換算）	1,339	83.2
一番早い訪問の時間（分換算）	1,370	504.0
一番遅い訪問の時間（分換算）	1,400	1088.6
1日複数回利用の最高訪問回数	1,340	3.6
1か月間で、まったく訪問を利用していない人数	1,331	9.4
訪問回数0回の利用者数の登録者数に対する割合（%）	1,331	45.2

③宿泊の状況

利用の仕方について、「連泊していて、夜は泊まって日中は自宅に帰っている」利用者がある事業所が全体の21.6%、「急な（予定外）宿泊の受入」があった事業所が55.9%となっている。また、「ペット（愛玩動物）同伴の宿泊」は0.3%、「家族同伴の宿泊」は1.5%の事業所で事例があった。

一方、「1か月間でまったく宿泊を利用していない人」がいる事業所は95.6%となっている。

図 2.6-24 宿泊の状況



それぞれの具体数値をみると、「連泊していて、夜は泊まって日中は自宅に帰っている」利用者の平均は1.9人で、登録者数に対する割合の平均は8.9%となっている。

また「急な(予定外)宿泊の受入」の受入人数の平均は2.2人で、登録者数に対する割合の平均は10.2%となっている。

一方、「1か月間でまったく宿泊を利用していない人」の平均人数は12.6人で、登録者数に対する割合の平均は59.0%であった。

表 2.6-6 宿泊における具体数値の平均値

内 容	該当数	平均
連泊されていて、夜は泊まって日中は自宅に帰っている利用者数	330	1.9
連泊していて日中は在宅の利用者数の登録者数に対する割合 (%)	330	8.9
令和2年10月の1か月間で、急な(予定外)宿泊の受入人数	850	2.2
急な(予定外)宿泊の受入人数割合 (%)	850	10.2
令和2年10月の1か月間で、まったく宿泊を利用していない人数	1,454	12.6
宿泊回数0回の利用者数の登録者数に対する割合 (%)	1,454	59.0

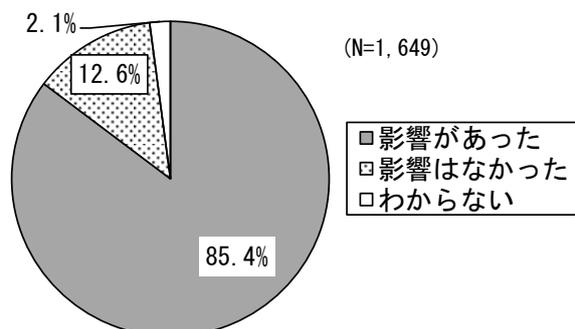
2.7 新型コロナウイルス感染症の影響について

2019年の年末に発生し、2020年から全世界で猛威を振るっている新型コロナウイルス感染症が、小規模多機能型居宅介護事業所にどのような影響を与えているかについて尋ねた。

(1) 新型コロナウイルス感染症の影響の有無

新型コロナウイルス感染症の影響が「あった」事業所は85.4%にのぼっており、多くの事業所が影響を受けている。

図 2.7-1 新型コロナウイルス感染症の影響の有無

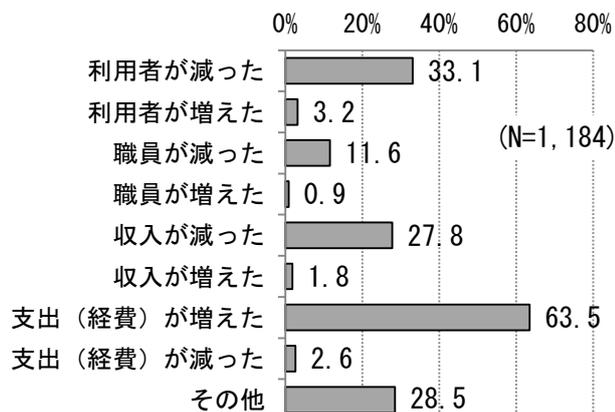


(2) 事業所において影響のあった事柄

事業所において影響のあった事柄をみると、「支出（経費）が増えた」が63.5%と最も多く、以下「利用者が減った」が33.1%、「収入が減った」が27.8%など、マイナスの影響が多いことがわかる。

なお、その他の内容としては、「職員の作業の負担増」（49件）、「感染症対策への対応の発生」（46件）、「行事の減少・中止」（40件）が目立った。

図 2.7-2 事業所において影響のあった事柄

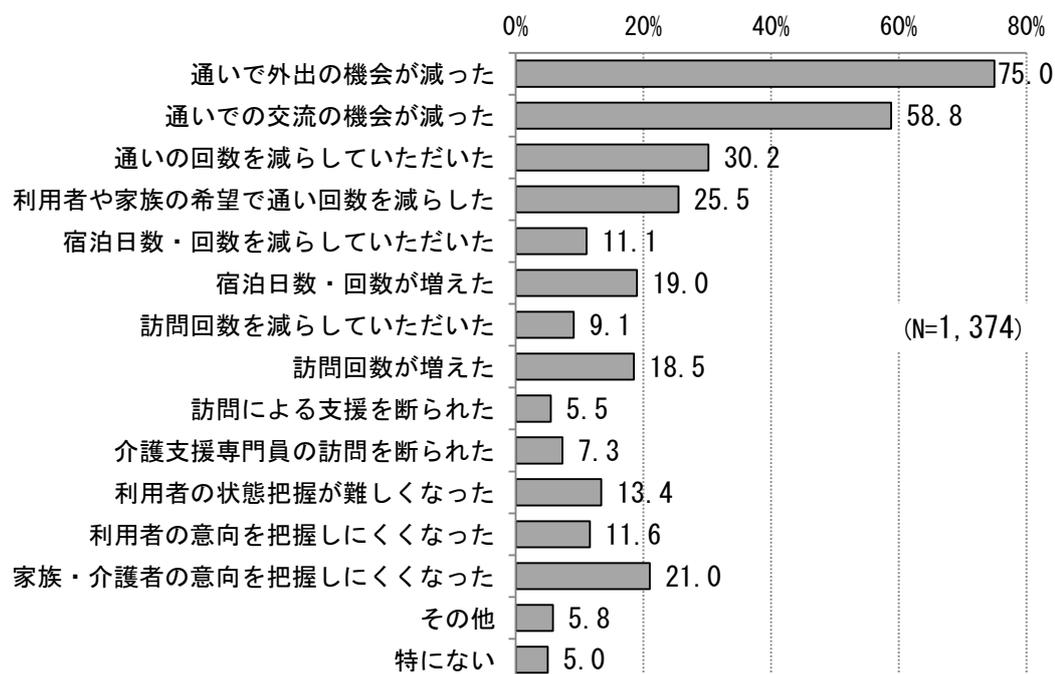


(3) サービス内容への影響

サービス内容（通い、訪問、宿泊、ケアマネジメント）への影響をみると、「通いで外出の機会が減った」が75.0%と最も多く、次いで「通いで交流の機会が減った」が58.8%、「通いの回数を減らしていただいた」が30.2%、「利用者や家族の希望で通い回数を減らした」が25.5%と、通いに関する項目が上位を占めており、通いへの影響が大きいことがうかがえる。

なお、その他の内容としては、「地域との交流機会の減少」（11件）、「家族からの支援の減少」（10件）が目立った。

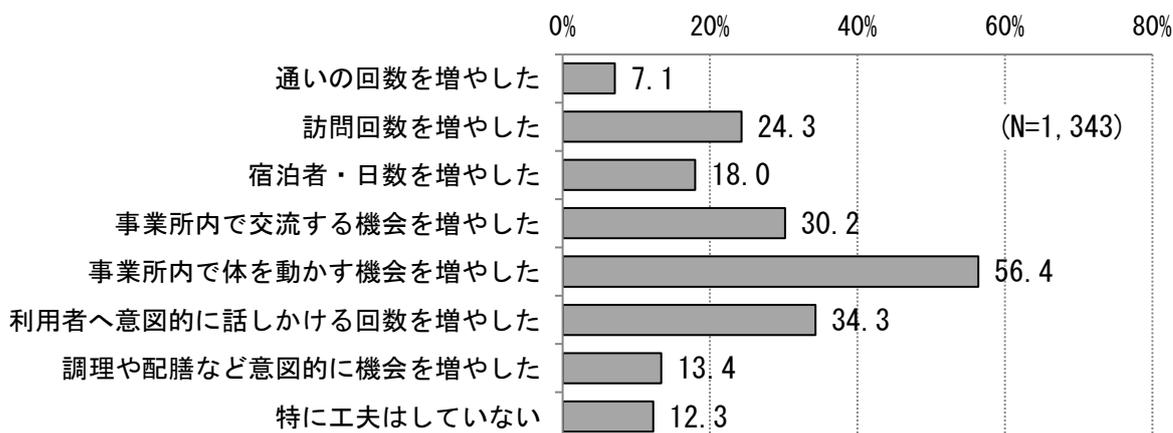
図 2.7-3 サービス内容への影響



(4) サービス内容への影響に対しての工夫

サービス内容（通い、訪問、宿泊）への影響に対して工夫したこととしては、「事業所内で体を動かす機会を増やした」が56.4%と最も多く、以下「利用者へ意図的に話しかける回数を増やした」が34.3%、「事業所内で交流する機会を増やした」（30.2%）、「訪問回数を増やした」（24.3%）などとなっている。

図 2.7-4 サービス内容への影響に対しての工夫

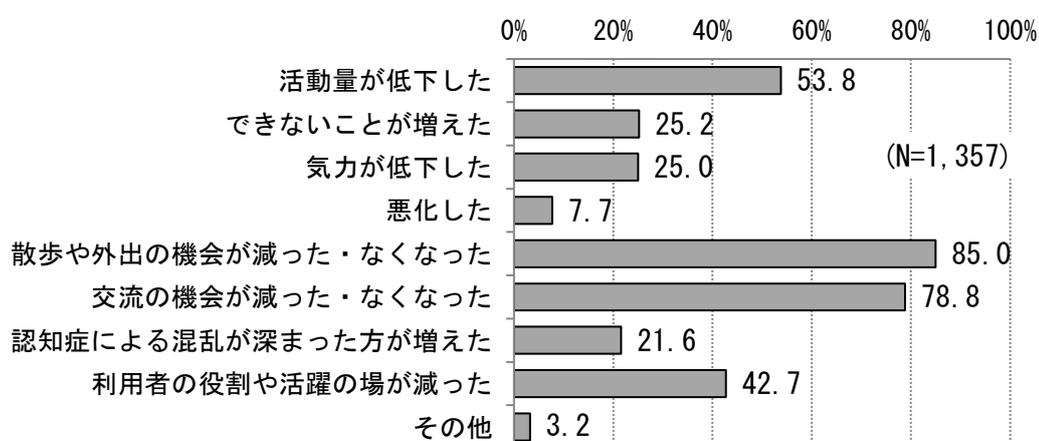


(5) 利用者にもみられた新型コロナの影響と思われる事象

利用者においてみられた新型コロナの影響ではないかと思われる事象としては、「散歩や外出の機会が減った・なくなった」が85.0%と最も多く、次いで「交流の機会が減った・なくなった」が78.8%と、この2つの事象の発生が多くみられる。以下、「活動量が低下した」（53.8%）、「利用者の役割や活躍の場が減った」（42.7%）などとなっている。

なお、その他の内容としては、「心理的な負担の発生」（10件）、「同居していない家族と会えないことへの落胆」（8件）が目立った。

図 2.7-5 利用者にもみられた新型コロナの影響と思われる事象

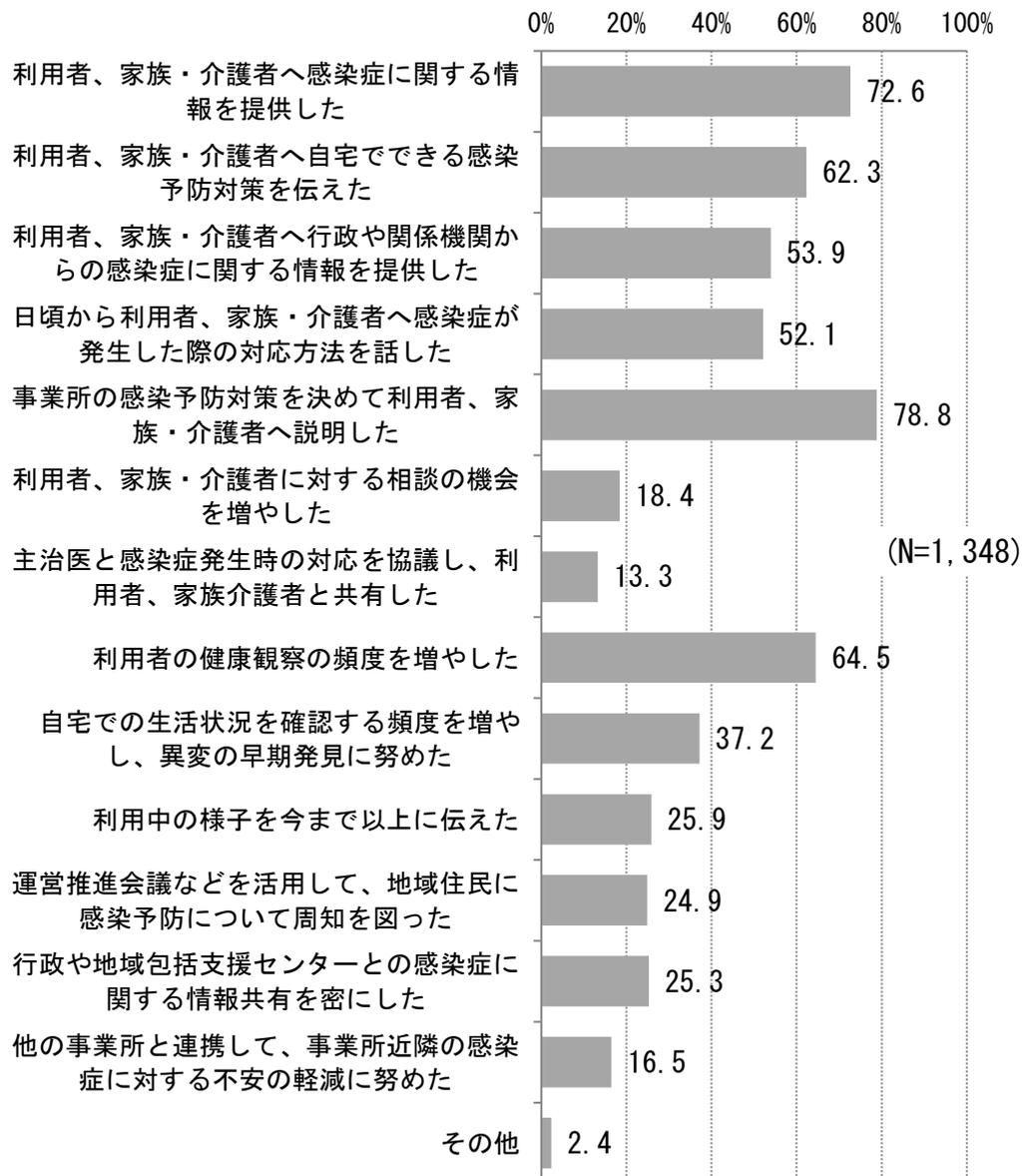


(6) 感染の不安からくる“利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるように行った工夫

感染の不安からくる“利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるように行った工夫についてみると、「事業所の感染予防対策を決めて利用者、家族・介護者へ説明した」が78.8%と最も多く、次いで「利用者、家族・介護者へ感染症に関する情報を提供した」が72.6%、「利用者の健康観察の頻度を増やした」(64.5%)、「利用者、家族・介護者へ自宅でできる感染予防対策を伝えた」(62.3%)、「利用者、家族・介護者へ行政や関係機関からの感染症に関する情報を提供した」(53.9%)、「日頃から利用者、家族・介護者へ感染症が発生した際の対応方法を話した」(52.1%) などとなっており、多様な工夫を実施している。

なお、その他の内容としては、主に「感染対策全般の徹底」(12件)であった。

図 2.7-6 感染の不安からくる“利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるように行った工夫



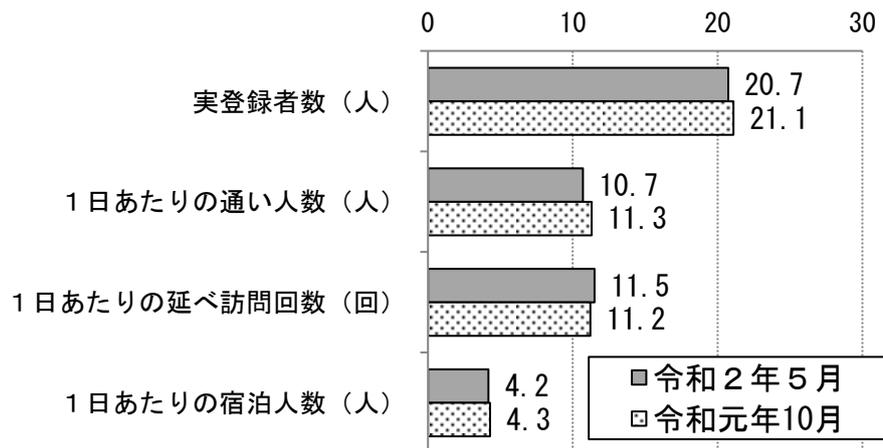
(7) 通常時と緊急事態宣言下での利用状況や受入態勢の変化

通常時（令和元年10月）と新型コロナ対策として発令された緊急事態宣言期間（令和2年4～5月）における利用状況や受入態勢の変化をみた。

【利用状況】

利用状況についての変動をみると、実登録者数、1日あたりの通い人数、1日あたりの延べ訪問回数、1日あたりの宿泊人数とも大きな変化はみられない。

図 2.7-7 利用状況の変動



【職員数の変動】

職員数の変動をみると、「以前と変わらない」が57.5%と半数以上を占めている。

変動があった事業所では、「以前より減った」が27.6%で、「以前より増えた」(14.9%)を12.7ポイント上回っているものの、実際の増減数の平均人数をみると、増加数と減少数にほぼ差はみられず、全体としては横ばいと感じられる。

図 2.7-8 職員数の変動

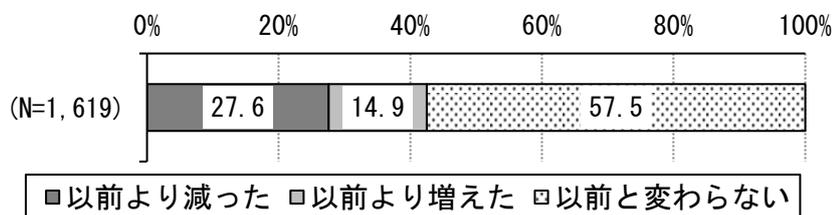


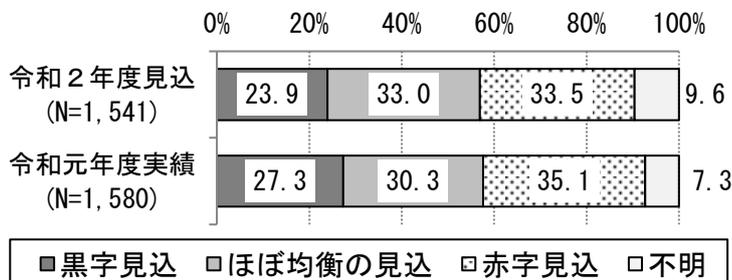
表 2.7-1 職員の増減数

区分	該当数	平均
減った人数	419	1.9
増えた人数	209	2.0

(8) 今年度の収支状況の見込み

今年度（令和2年度）の収支状況の見込みを令和元年度の実績と比べてみると、「黒字」と「赤字」はやや減少し、「均衡」がやや増加しているものの、大きな差はみられない。

図 2.7-9 今年度の収支状況の見込み

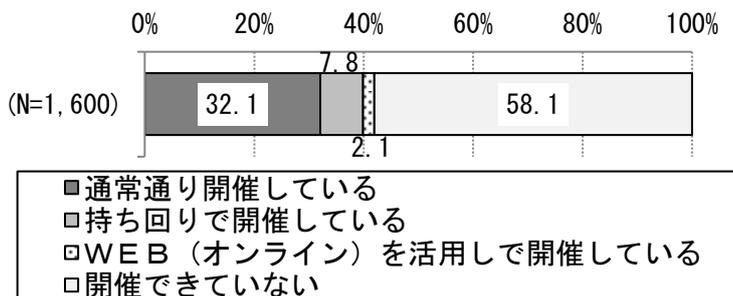


※令和元年度実績は、再掲。

(9) 運営推進会議の開催状況

運営推進会議の開催状況については、「通常通り開催」が32.1%で、「持ち回りで開催」(7.8%)と「WEBで開催」(2.1%)を合わせた『開催できている』は41.9%にとどまっている。

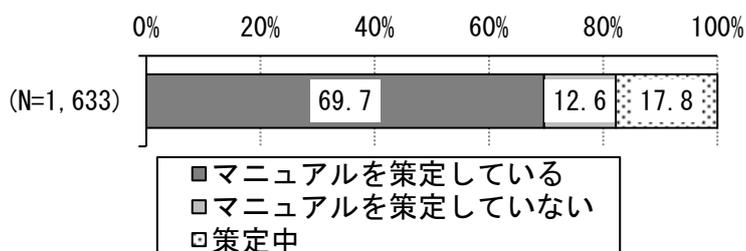
図 2.7-10 運営推進会議の開催状況



(10) 新型コロナウイルス感染症マニュアルの策定状況

新型コロナウイルス感染症マニュアルの策定状況を見ると、「策定している」が69.7%で全体の約7割を占めており、「策定中」(17.8%)を合わせると9割近くがマニュアル策定に動いたことになる。

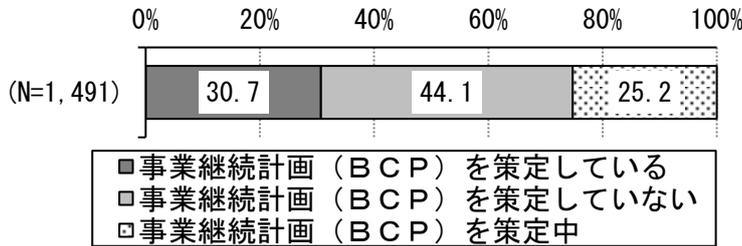
図 2.7-11 新型コロナウイルス感染症マニュアルの策定状況



(11) 事業継続計画（BCP）の策定状況

事業継続計画（BCP）の策定状況については、「策定している」が30.7%、「策定中」が25.2%で、「策定していない」事業所は44.1%みられる。

図 2.7-12 事業継続計画（BCP）の策定状況



2.8 利用者を自宅や地域で支えるための工夫（ケアの「見える化」「見せる化」）

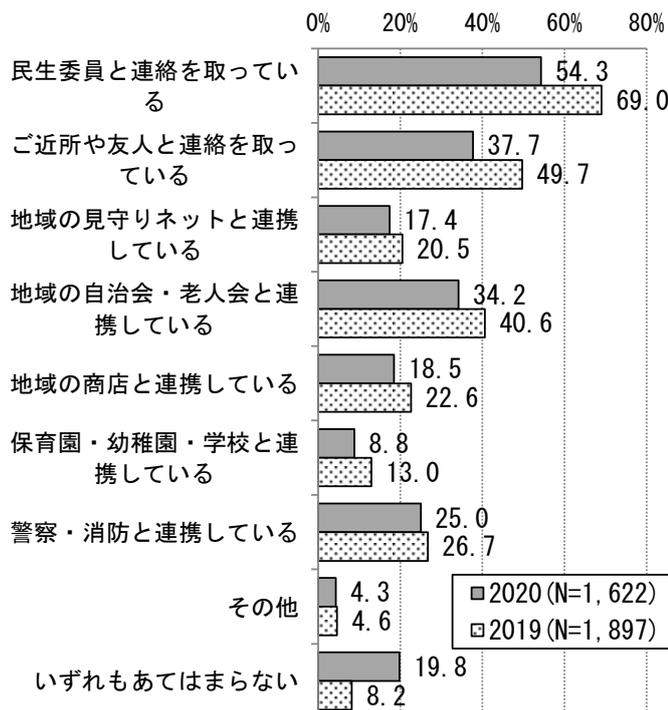
(1) 利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のための工夫

利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のために実施している工夫としては、「民生委員と連絡を取っている」が54.3%と最も多く、次いで「ご近所や友人と連絡を取っている」(37.7%)、「地域の自治会・老人会と連携している」(34.2%)、「警察・消防と連携している」(25.0%)、「地域の商店と連携している」(18.5%)などの順となっている。

ただ、前回と比べると、いずれの工夫も割合が低くなっており、特に「民生委員と連絡」や「ご近所や友人と連絡」では10ポイント以上の減少となっている。一方で「いずれもあてはまらない」は11.6ポイントの増加となっている。

なお、「その他」の内容としては、「家族」(18件)、「包括支援センター」(9件)、「医療機関」(7件)などとなっている。

図 2.8-1 利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のための工夫

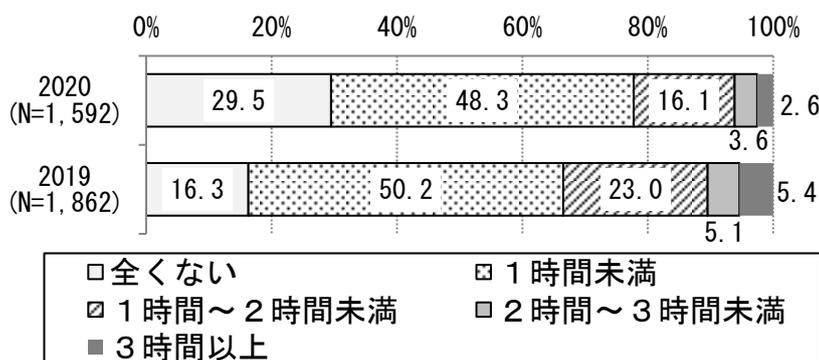


(2) 利用者と地域との関わりに費やした時間

利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、直近1週間で利用者に直接行う介護サービス以外に利用者と地域との関わりに費やした時間は、「1時間未満」が48.3%と最も多く、次いで「1時間～2時間未満」が16.1%、「2時間～3時間未満」が3.6%などとなっており、「全くない」は29.5%となっている。

前回と比べると、「全くない」が約13ポイント増加し、「1時間～2時間未満」が約7ポイント減少しており、地域と関わる時間が少なかったことがわかる。

図 2.8-2 利用者と地域との関わりに費やした時間



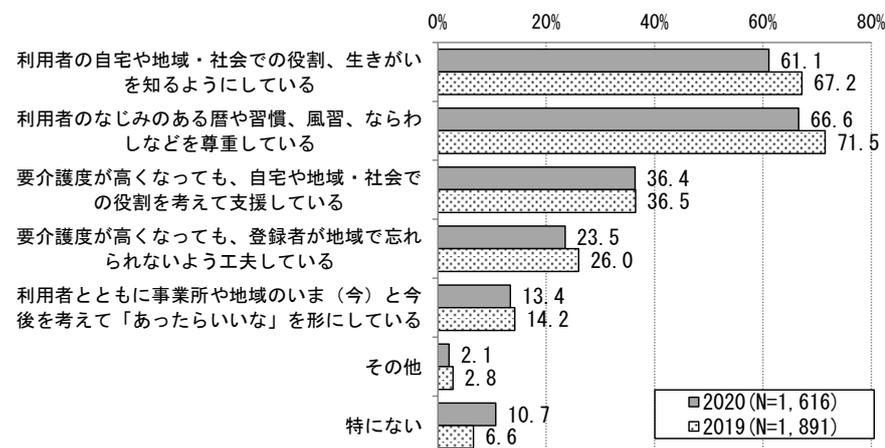
(3) 利用者の送りたい暮らしを実現できるための工夫

利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現できるように実施している工夫としては、「利用者のなじみのある暦や習慣、風習、ならわしなどを尊重している」が66.6%と最も多く、次いで「利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている」(61.1%)、「要介護度が高くなっても、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している」(36.4%)、「要介護度が高くなっても、登録者が地域で忘れられないよう工夫している」が23.5%などとなっており、「特にない」は10.7%となっている。

前回と比べると、「特にない」が約4ポイント増加し、それ以外はいずれも減少がみられる。

なお、「その他」の内容としては、主に「地域の行事や催しへの参加」(10件)などとなっている。

図 2.8-3 利用者の送りたい暮らしを実現できるための工夫



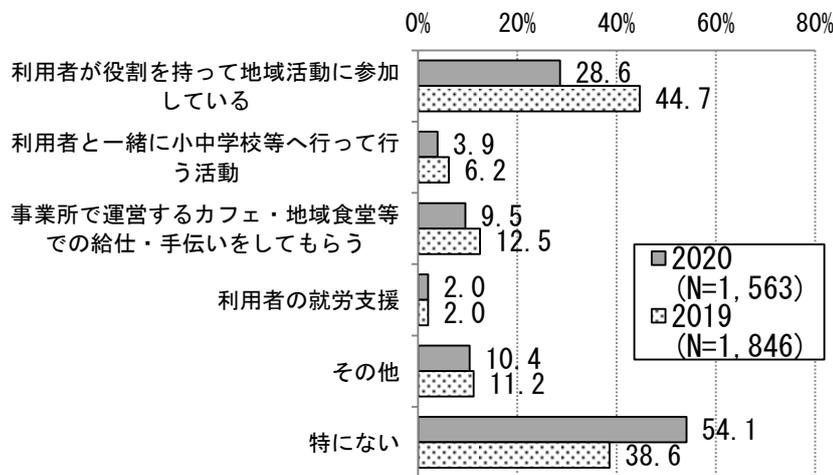
(4) 利用者の役割づくりについて行っている取組

利用者の役割づくりについて行っている取組としては、「利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み」が28.6%と最も多く、次いで「事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう」(9.5%)などとなっている。なお、「特にない」は54.1%となっている。

前回と比べると、「特にない」が約15ポイント増加し、それ以外はいずれも減少か横ばいで、特に「利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み」では約16ポイントと大きな減少がみられる。

なお、「その他」の内容としては、『配膳、食器洗いの手伝い』や『洗濯物のたたみ』など、「事業所内での作業の手伝い」の詳細な内容の記述が多くなっている。

図 2.8-4 利用者の役割づくりについて行っている取組

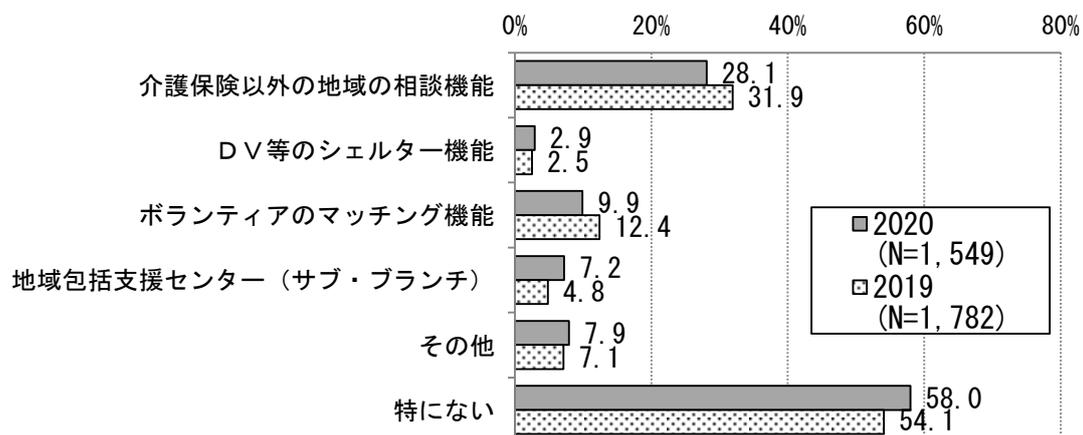


(5) 介護保険サービス以外で持っている機能

介護保険サービス以外で持っている機能としては、「介護保険以外の地域の相談機能」が28.1%と最も多く、次いで「ボランティアのマッチング機能」が9.9%などとなっている。なお、「特にない」は58.0%となっている。

なお、「その他」の内容としては、主にサロン、カフェ等の「交流の場の運営・提供」(30件)、「防災関連」(14件)、認知症カフェなど「認知症関連機能」(13件)、「教育・講座・相談窓口」(11件)などが挙げられている。

図 2.8-5 介護保険サービス以外で持っている機能



(6) 登録を終了した利用者の家族との付き合いの有無

登録を終了した利用者の家族との付き合いの有無をみると、「ある」が36.7%、「ない」が63.3%で、前回はほぼ半々であったのに対し、「ある」が約14ポイント減少している。

なお、付き合いのある家族数は平均2.7家族となっている。

図 2.8-6 登録を終了した利用者の家族との付き合いの有無

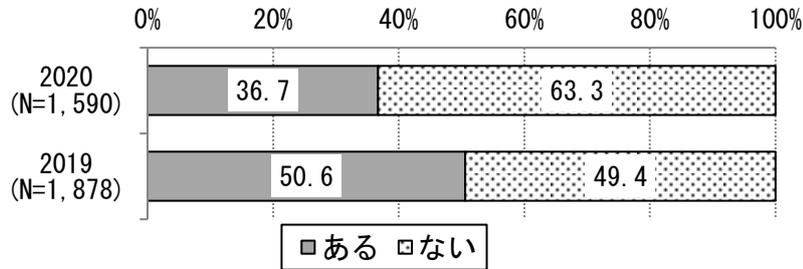


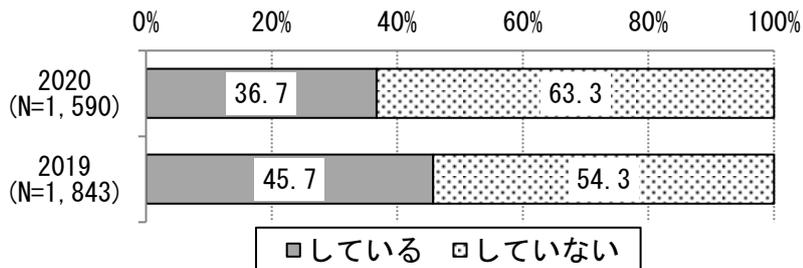
表 2.8-1 登録終了後も付き合いのある利用者の家族数平均

	2020	2019
平均値 (家族)	2.7	2.5

(7) 当該地域の課題を地域住民や市町村等とともに解決する取組の有無

利用者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組についての実施の有無をみると、「している」が36.7%で、「していない」(63.3%)を16ポイント程度下回っている。

図 2.8-7 利用者が地域で生活を継続するための課題の発掘及び解決の取組の有無



2.9 地域等に対する取組み

(1) 登録者の家族が抱える複合的な課題についての相談の有無

登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についての相談の有無では、「ある」が66.9%となっており、前回よりも8ポイント程度減少している。また、相談件数では、事業所当たり平均4.2人（世帯）となっており、前回と大きな差はみられない。

図 2.9-1 複合的な課題についての相談の有無

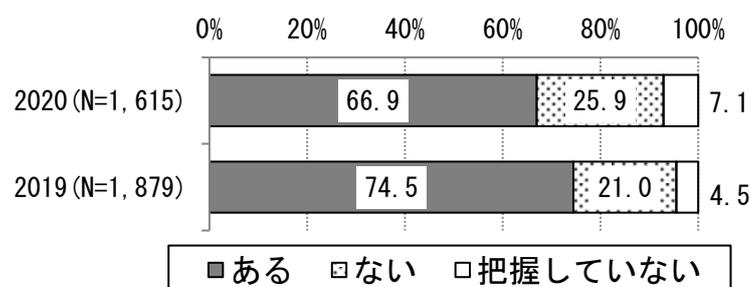


表 2.9-1 相談件数

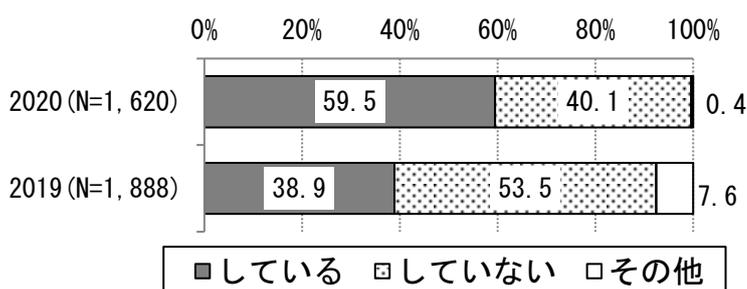
	2020年	2019年
相談件数の平均〔人（世帯）〕	4.2	4.0

(2) 介護保険サービス以外の事業や取組みの有無

介護保険サービス以外の事業や取組みについて、「している」事業所が59.5%で、「していない」の40.1%を上回っており、「している」事業所の割合は昨年より20ポイント以上増加している。

なお、「その他」の内容としては、主に『清掃』、や『配食』（いずれも3件）となっている。

図 2.9-2 介護保険サービス以外の事業や取組み



(2) 介護保険サービス以外で実施している事業や取組み

介護保険サービス以外で実施している事業や取組みを「している」と回答した事業所に対し、新型コロナの影響がなかった時期（令和元年11月以前）と影響があった時期（令和元年11月以降）とに分けて実施状況をたずねた。

新型コロナの影響がなかった時期においては、「地域関係機関との連携・会議の開催」が66.1%と最も多く、次いで「地域ぐるみのイベント企画・開催」（57.3%）、「機関誌の発行（事業所の取組みの発信）」（51.1%）、「地域の

清掃活動」(49.4%)、「医療・介護の勉強会」(46.9%)、「介護相談」(42.5%) などとなっている。

これに対し、新型コロナの影響があった時期においては、「機関誌の発行(事業所の取組みの発信)」が56.3%と最も多く、以下「地域関係機関との連携・会議の開催」(44.5%)、「介護相談」(30.6%)、「医療・介護の勉強会」(29.7%)、「地域の清掃活動」(29.6%) などとなっている。

この結果を比べてみると、新型コロナの影響があった時期においては「機関誌の発行(事業所の取組みの発信)」の割合が影響のない時期を上回っているのを除けば、いずれの項目でも影響のない時期を下回っており、差の大きいものは15%~20%程度の減少となっている。

このことから、新型コロナウイルス感染症は、介護保険サービス以外の事業や取組みの実施に大きな影響を与えているといえる。

なお、年間の実施回数平均では、実施事業所数は少ないものの「銭湯(浴室の解放)」が46.4回(影響なし時)、48.1回(影響有り時)と多くなっているほか、「交流スペース等、地域への貸出・開放」も28.2回(影響なし時)、22.6回(影響有り時)とほぼ月に2回ペースで実施している。

図 2.9-3 実施した介護保険サービス以外の事業や取組み

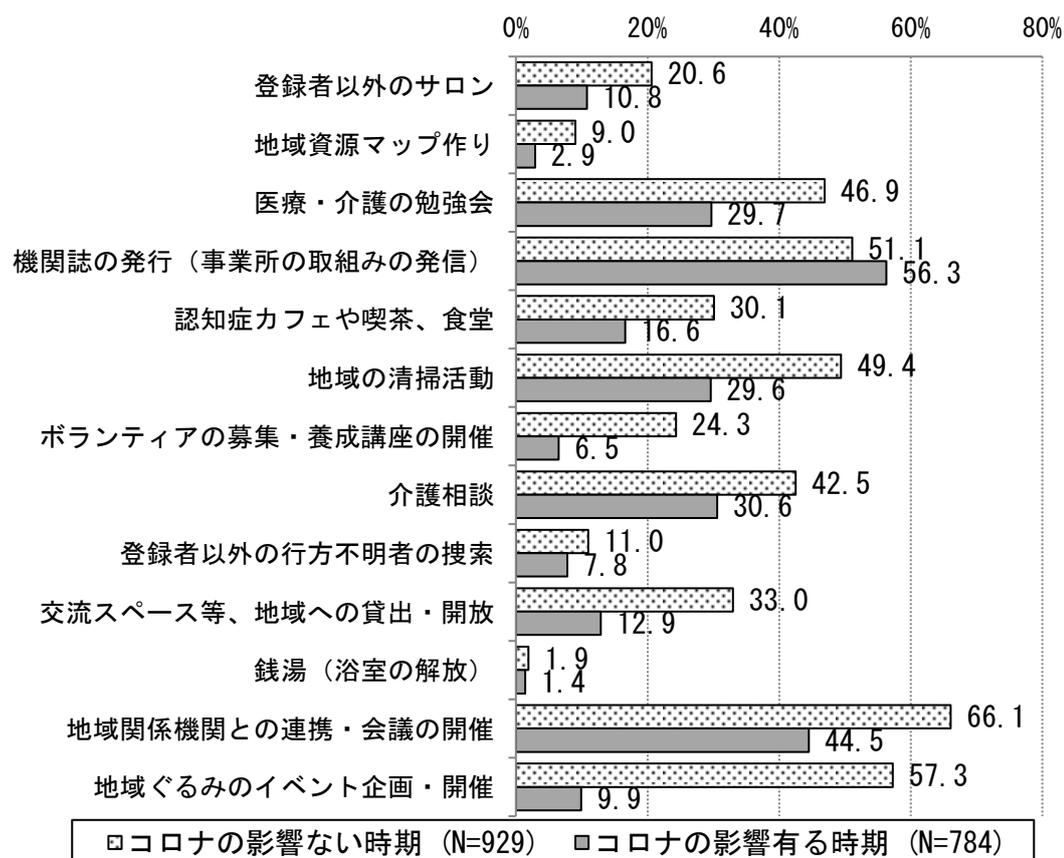
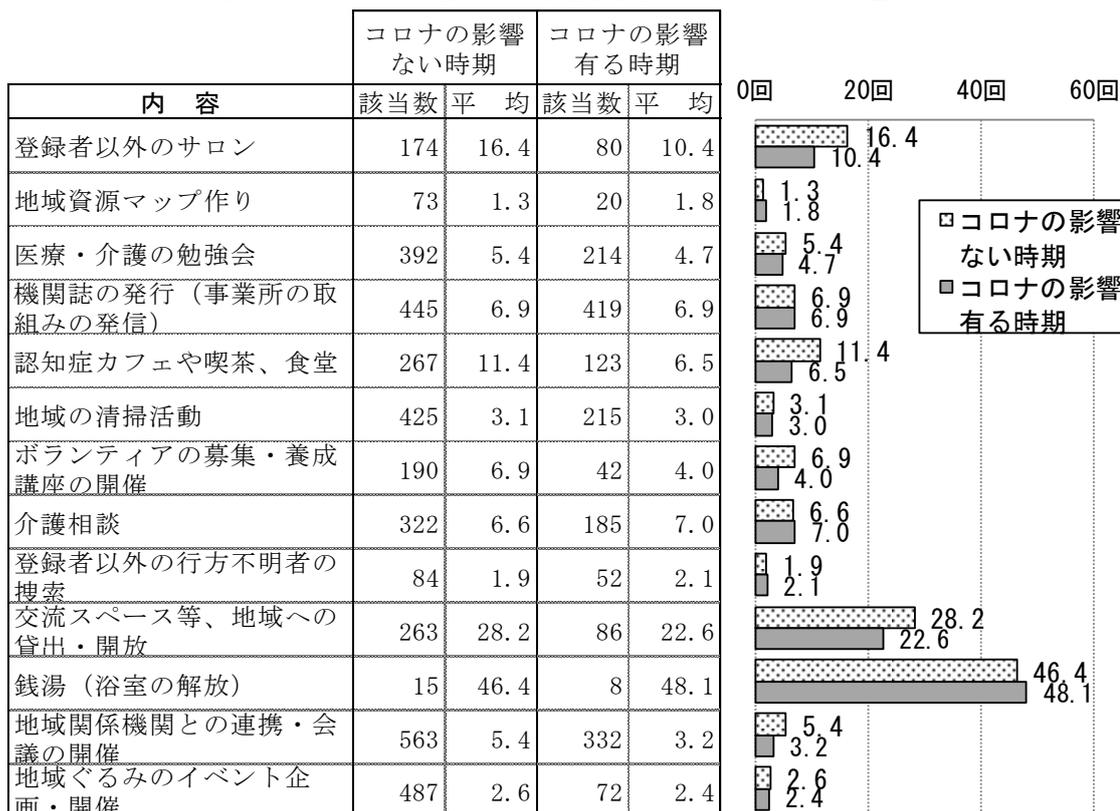


図 2.9-4 介護保険サービス以外の事業や取組みの年間実施回数

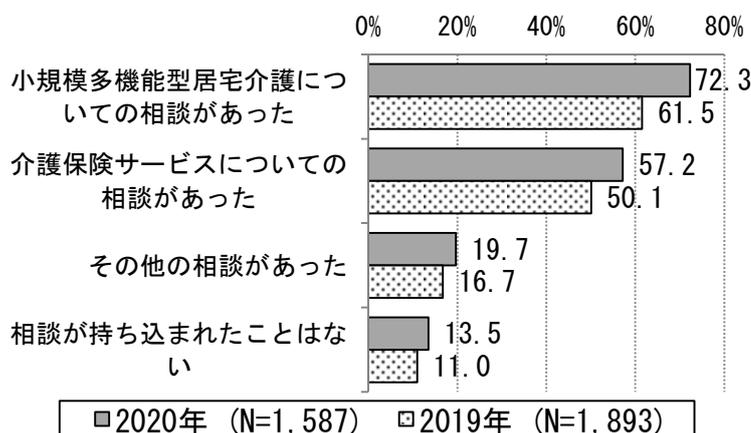


(3) 地域の方の悩みの把握や相談等の持ち込みの有無

令和元年11月1日～令和2年10月31日の1年間に地域の方からの悩みを把握した、もしくは相談等が持ち込まれた経験については、「小規模多機能型居宅介護についての相談があった」事業所は72.3%、「介護保険サービスについての相談があった」事業所は57.2%となっており、「その他の相談があった」事業所も19.7%であった。

前回と比べてみると、「小規模多機能型居宅介護についての相談があった」事業所の割合は約10ポイント、「介護保険サービスについての相談があった」事業所の割合は約7ポイントの増加となっているものの、なんらかの相談が持ち込まれた割合は86.5%と前回よりもやや減少していることから、一つの家族から複数の相談を受けるケースが増えていると考えられる。

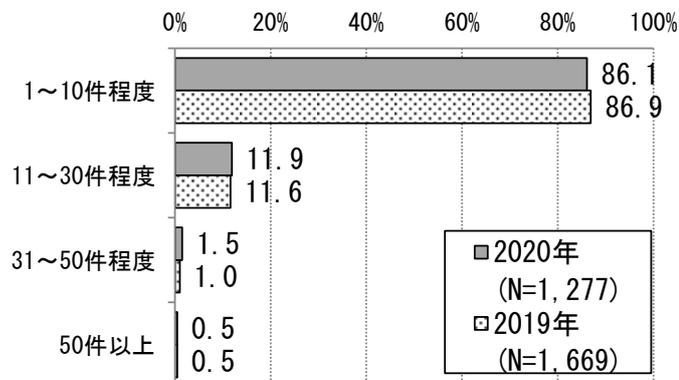
図 2.9-5 地域の方からの相談等の持ち込み



(4) 地域の方の悩みを把握あるいは相談等が持ち込まれた件数

また、地域の方から相談等のあった事業所に対し、相談等の件数をたずねたところ、「1～10件程度」が86.1%を占めているが、50件以上の相談を受けていた事業所もわずかだがみられる。

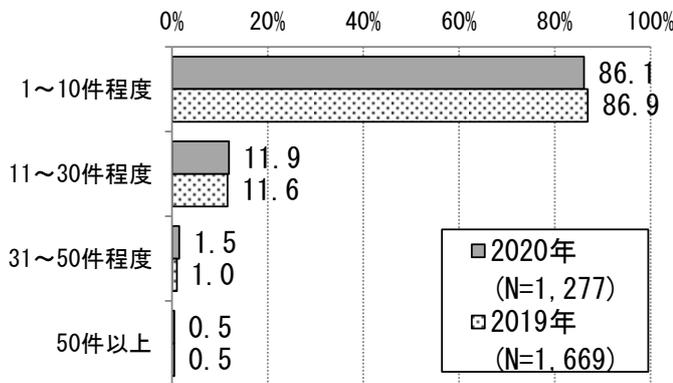
図 2.9-6 地域の方からの相談等の持ち込み件数（年間）



(4) 地域の方々の悩みを把握あるいは相談等が持ち込まれた件数

また、地域の方から相談等のあった事業所に対し、相談等の件数をたずねたところ、「1～10件程度」が86.1%を占めているが、50件以上の相談を受けていた事業所もわずかだがみられる。

図 2.9-6 地域の方からの相談等の持ち込み件数（年間）



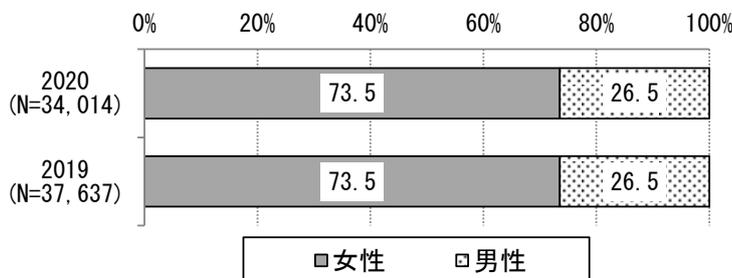
2.10 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 34,072 人（1,617 事業所）を分析の対象とし、調査項目ごとに、有効回答を用いて分析を行った。

(1) 男女の割合

女性が 73.5% を占める。

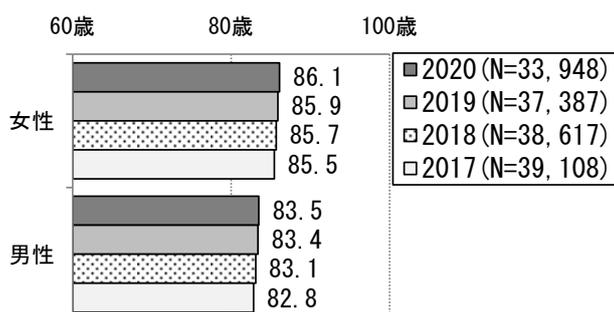
図 2.10-1 利用者の男女比



(2) 平均年齢

女性利用者の平均年齢は 86.1 歳、男性の平均年齢は 83.5 歳となっている。2017 年以降でみると、男女ともわずかであるが平均年齢は年々上昇しており、2017 年と比較すると女性で 0.6 歳、男性で 0.7 歳上昇している。

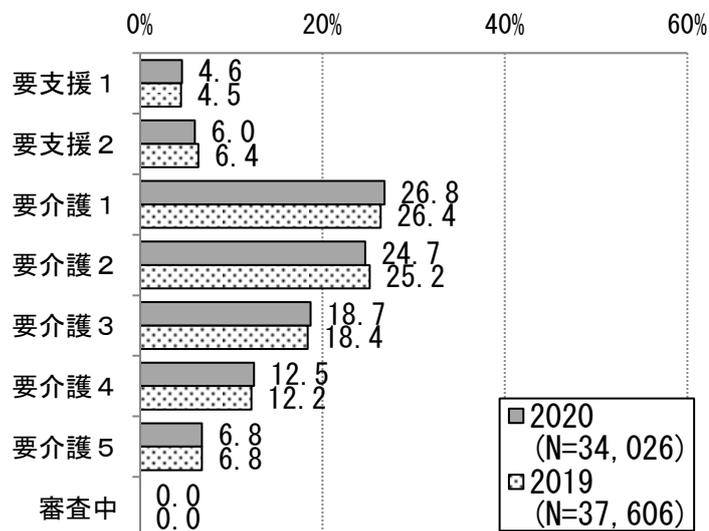
図 2.10-2 利用者の平均年齢



(3) 要介護度

要介護度の状況をみると、最も多いのは「要介護1」で26.8%、次いで「要介護2」が24.7%、「要介護3」が18.7%などとなっており、前回とほぼ同様の傾向である。

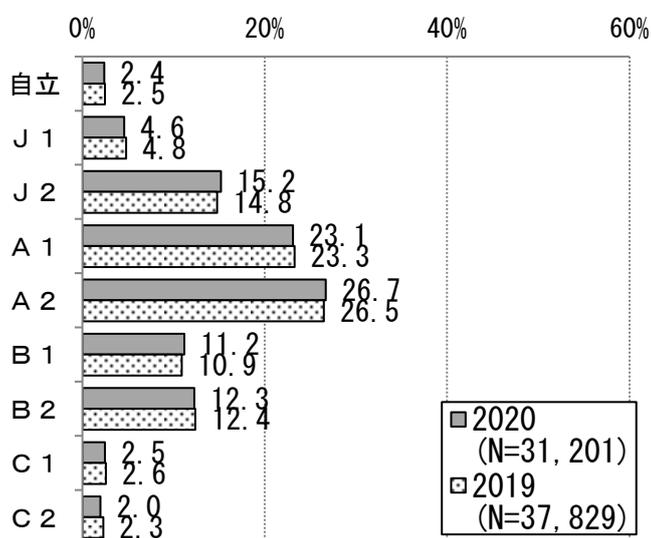
図 2.10-3 利用者の要介護度



(4) 日常生活自立度

最も多いのは「A2」で26.7%、次いで「A1」が23.1%、「J2」が15.2%などとなっており、前回と傾向は変わらない。

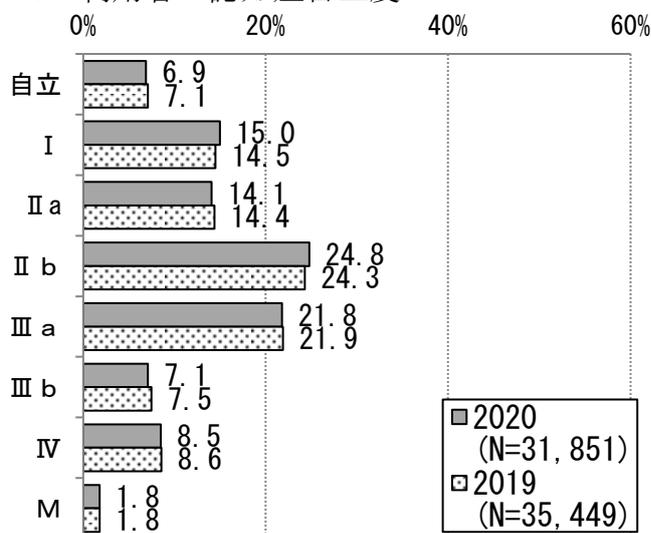
図 2.10-4 利用者の日常生活自立度



(5) 認知症の日常生活自立度

最も多いのは「Ⅱb」で24.8%、次いで「Ⅲa」が21.8%、「Ⅰ」が15.0%、「Ⅱa」が14.1%などとなっており、前回とほぼ同様の傾向である。

図 2.10-5 利用者の認知症自立度



(6) 要介護度と日常生活自立度

最も多いのは「要介護 2-A2」の利用者で、次いで「要介護 1-A1」、「要介護 1-A2」となっており、組合せ別の割合については前回と大きな変化はみられない。

表 2.10-1 要介護度（縦軸）と日常生活自立度（横軸）

	該当数	(上段：人数) (下段：割合)								
		自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
全体	31,179 100.0%	763 2.4%	1,430 4.6%	4,730 15.2%	7,197 23.1%	8,316 26.7%	3,499 11.2%	3,842 12.3%	773 2.5%	629 2.0%
要支援 1	1,413 4.5%	117 0.4%	230 0.7%	441 1.4%	339 1.1%	231 0.7%	40 0.1%	14 0.0%	1 0.0%	0 0.0%
要支援 2	1,866 6.0%	108 0.3%	211 0.7%	525 1.7%	482 1.5%	428 1.4%	85 0.3%	25 0.1%	2 0.0%	0 0.0%
要介護 1	8,333 26.7%	325 1.0%	567 1.8%	2,017 6.5%	2,485 8.0%	2,303 7.4%	435 1.4%	179 0.6%	16 0.1%	6 0.0%
要介護 2	7,786 25.0%	140 0.4%	274 0.9%	1,163 3.7%	2,173 7.0%	2,593 8.3%	917 2.9%	464 1.5%	51 0.2%	11 0.0%
要介護 3	5,817 18.7%	54 0.2%	102 0.3%	447 1.4%	1,227 3.9%	1,803 5.8%	1,067 3.4%	965 3.1%	116 0.4%	36 0.1%
要介護 4	3,864 12.4%	14 0.0%	38 0.1%	108 0.3%	378 1.2%	722 2.3%	717 2.3%	1,439 4.6%	302 1.0%	146 0.5%
要介護 5	2,100 6.7%	5 0.0%	8 0.0%	29 0.1%	113 0.4%	236 0.8%	238 0.8%	756 2.4%	285 0.9%	430 1.4%
審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

※割合は該当数の“全体”値を100としたもの。

(7) 要介護度と認知症日常生活自立度

最も多いのは「要介護1-Ⅱb」の利用者で、次いで「要介護2-Ⅱb」、「要介護3-Ⅲa」となっており、組合せ別の割合については前回と大きな変化はみられない。

表 2.10-2 要介護度（縦軸）と認知症自立度（横軸）

(上段：人数)
(下段：割合)

	該当数	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	IV	M
全体	31,829 100.0%	2,183 6.9%	4,761 15.0%	4,487 14.1%	7,911 24.9%	6,950 21.8%	2,262 7.1%	2,713 8.5%	562 1.8%
要支援1	1,436 4.5%	361 1.1%	576 1.8%	197 0.6%	201 0.6%	77 0.2%	15 0.0%	4 0.0%	5 0.0%
要支援2	1,864 5.9%	527 1.7%	837 2.6%	267 0.8%	185 0.6%	36 0.1%	8 0.0%	2 0.0%	2 0.0%
要介護1	8,533 26.8%	457 1.4%	1,357 4.3%	1,770 5.6%	2,862 9.0%	1,461 4.6%	320 1.0%	222 0.7%	84 0.3%
要介護2	7,988 25.1%	444 1.4%	1,035 3.3%	1,180 3.7%	2,507 7.9%	1,835 5.8%	489 1.5%	397 1.2%	101 0.3%
要介護3	5,936 18.6%	202 0.6%	544 1.7%	631 2.0%	1,263 4.0%	1,856 5.8%	639 2.0%	672 2.1%	129 0.4%
要介護4	3,939 12.4%	136 0.4%	331 1.0%	338 1.1%	690 2.2%	1,149 3.6%	507 1.6%	684 2.1%	104 0.3%
要介護5	2,133 6.7%	56 0.2%	81 0.3%	104 0.3%	203 0.6%	536 1.7%	284 0.9%	732 2.3%	137 0.4%
審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

※割合は該当数の“全体”値を100としたもの。

(8) 日常生活自立度と認知症自立度

最も多いのは「A2-Ⅱb」の利用者で、次いで「A1-Ⅱb」、「A2-Ⅲa」となっており、組合せ別の割合については前回と大きな変化はみられない。

表 2.10-3 日常生活自立度（縦軸）と認知症自立度（横軸）

(上段：人数)
(下段：割合)

	該当数	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	IV	M
全体	30,760 100.0%	2,109 6.9%	4,620 15.0%	4,344 14.1%	7,673 24.9%	6,668 21.7%	2,191 7.1%	2,614 8.5%	541 1.8%
自立	756 2.5%	254 0.8%	125 0.4%	108 0.4%	116 0.4%	99 0.3%	27 0.1%	20 0.1%	7 0.0%
J 1	1,404 4.6%	232 0.8%	486 1.6%	220 0.7%	245 0.8%	144 0.5%	36 0.1%	29 0.1%	12 0.0%
J 2	4,669 15.2%	401 1.3%	945 3.1%	892 2.9%	1,341 4.4%	715 2.3%	170 0.6%	142 0.5%	63 0.2%
A 1	7,085 23.0%	422 1.4%	1,093 3.6%	1,114 3.6%	2,148 7.0%	1,448 4.7%	371 1.2%	393 1.3%	96 0.3%
A 2	8,212 26.7%	395 1.3%	1,034 3.4%	1,121 3.6%	2,235 7.3%	2,091 6.8%	603 2.0%	588 1.9%	145 0.5%
B 1	3,468 11.3%	221 0.7%	466 1.5%	452 1.5%	774 2.5%	875 2.8%	330 1.1%	306 1.0%	44 0.1%
B 2	3,797 12.3%	153 0.5%	375 1.2%	363 1.2%	672 2.2%	980 3.2%	495 1.6%	670 2.2%	89 0.3%
C 1	755 2.5%	17 0.1%	69 0.2%	58 0.2%	93 0.3%	191 0.6%	106 0.3%	192 0.6%	29 0.1%
C 2	614 2.0%	14 0.0%	27 0.1%	16 0.1%	49 0.2%	125 0.4%	53 0.2%	274 0.9%	56 0.2%

※割合は該当数の“全体”値を100としたもの。

(9) 登録年（利用開始年）

利用者の登録年（利用開始年）をみると、2020年が最も多く27.9%となっている。

なお、平均利用年数は2.4年であり、前回よりも0.2年増加している。

図 2.10-6 利用開始年別にみた利用者数の割合

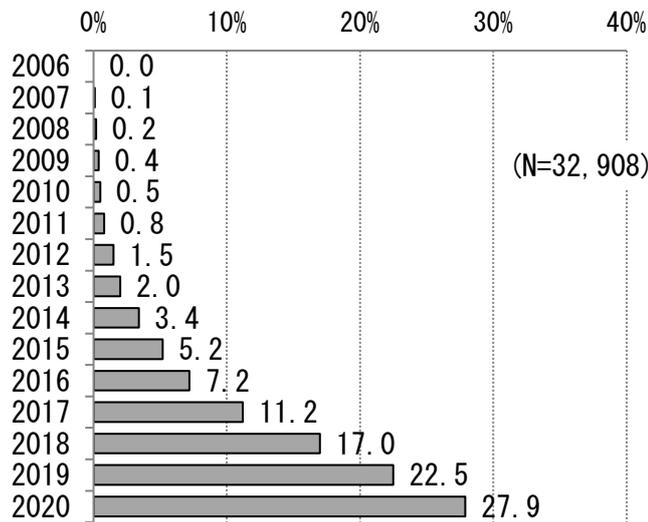
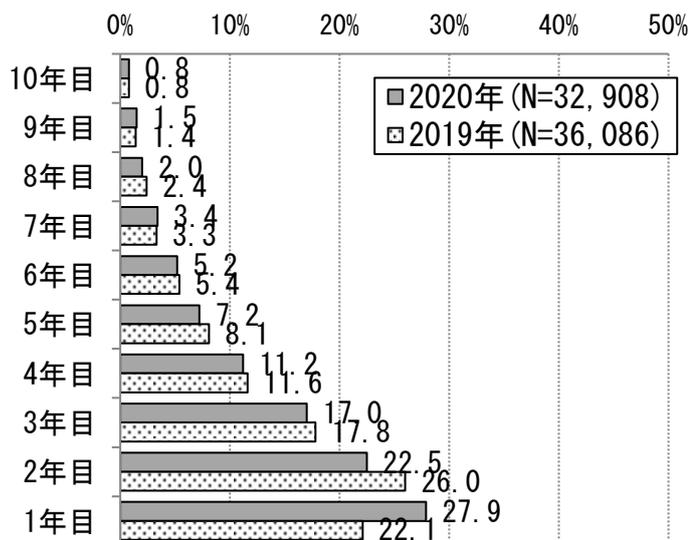


表 2.10-4 利用者の平均利用年数

調査年	人数	平均利用年数
2020	32,908	2.4年
2019	36,456	2.2年
2018	37,835	2.2年

また、利用年数別に利用者数の割合を前回と比較すると、3年目以上の利用者では割合に差はみられないが、前回調査では2年目が26.0%と1年目（22.1%）よりも多く、逆に今回調査では1年目（27.9%）が2年目（22.5%）を上回っている。

図 2.10-6 利用年数別にみた利用者数の割合の変化

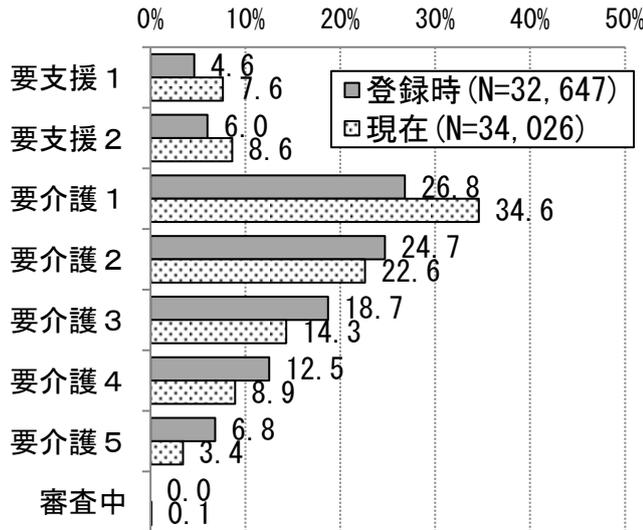


(10) 登録時の要介護度

登録時の要介護度の状況をみると、最も多いのは「要介護1」で26.8%、次いで「要介護2」が24.7%、「要介護3」が18.7%などとなっており、「要介護1」は現在の方が34.6%と8ポイント上回っており、いる。

現在の要介護度別の割合を登録時と比べてみると、「要支援1」～「要介護1」の軽度者では登録時を上回っており、それ以外は登録時よりも少なくなっている。

図 2.10-7 利用者の登録時の要介護度



(11) 要介護度の変化（登録時の要介護度と現在の要介護度）

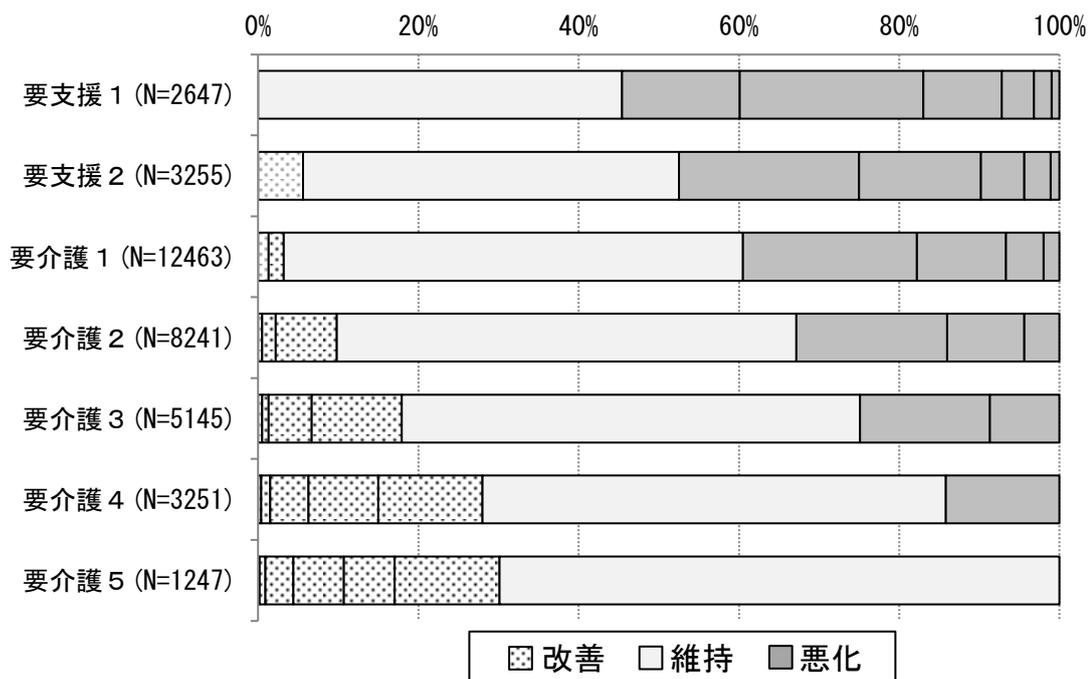
登録時の要介護度別に現在の要介護度の状況をみると、現在の要介護度よりも軽度に変化した利用者があることがわかる（表内点線色の部分）。例えば、登録時の要介護度が要介護5の利用者のうち30.1%が、また登録時に要介護4の利用者のうち28.0%が登録時よりも軽度になっている。

表 2.10-5 要介護度の変化（登録時と現在）

		現在の要介護度								
		該当数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	審査中
登録時の要介護度	全体	32,623 100.0%	1,481 4.5%	1,950 6.0%	8,718 26.7%	8,115 24.9%	6,090 18.7%	4,066 12.5%	2,203 6.8%	0 0.0%
	要支援1	2,484 100.0%	1,114 44.8%	328 13.2%	584 23.5%	257 10.3%	111 4.5%	66 2.7%	24 1.0%	0 0.0%
	要支援2	2,793 100.0%	143 5.1%	1,266 45.3%	626 22.4%	449 16.1%	178 6.4%	93 3.3%	38 1.4%	0 0.0%
	要介護1	11,289 100.0%	134 1.2%	182 1.6%	6,461 57.2%	2,399 21.3%	1,303 11.5%	570 5.0%	240 2.1%	0 0.0%
	要介護2	7,378 100.0%	50 0.7%	97 1.3%	615 8.3%	4,210 57.1%	1,371 18.6%	742 10.1%	293 4.0%	0 0.0%
	要介護3	4,659 100.0%	26 0.6%	33 0.7%	243 5.2%	476 10.2%	2,721 58.4%	713 15.3%	447 9.6%	0 0.0%
	要介護4	2,897 100.0%	11 0.4%	32 1.1%	152 5.2%	257 8.9%	324 11.2%	1,743 60.2%	378 13.0%	0 0.0%
	要介護5	1,094 100.0%	1 0.1%	9 0.8%	35 3.2%	62 5.7%	75 6.9%	134 12.2%	778 71.1%	0 0.0%
	審査中	29 100.0%	2 6.9%	3 10.3%	2 6.9%	5 17.2%	7 24.1%	5 17.2%	5 17.2%	0 0.0%

(上段：人数)
(下段：割合)

図 2.10-8 要介護度の変化の状況（3区分）



要介護度の変化について利用年数の長さで比較してみると、利用年数が7～8年の利用者では、登録時で要介護5の利用者のうち46.5%が、同じく要介護4の利用者のうち37.0%が、また要介護3の利用者のうち22.8%が登録時よりも軽度になっている。

一方、利用年数が3～4年の利用者では、登録時で要介護5の利用者のうち44.8%が、同じく要介護4の利用者のうち32.2%が、また要介護3の利用者のうち21.3%が登録時よりも軽度になっている。

表 2.10-6 利用年数による要介護度の変化（登録時と現在）

【利用年数が7～8年】

		現在の要介護度								
		該当数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中
登録時の要介護度	全体	1,079 100.0%	33 3.1%	61 5.7%	172 15.9%	256 23.7%	212 19.6%	176 16.3%	169 15.7%	0 0.0%
	要支援 1	105 100.0%	22 21.0%	14 13.3%	27 25.7%	16 15.2%	14 13.3%	10 9.5%	2 1.9%	0 0.0%
	要支援 2	107 100.0%	6 5.6%	24 22.4%	15 14.0%	37 34.6%	13 12.1%	6 5.6%	6 5.6%	0 0.0%
	要介護 1	347 100.0%	2 0.6%	10 2.9%	97 28.0%	89 25.6%	72 20.7%	47 13.5%	30 8.6%	0 0.0%
	要介護 2	221 100.0%	2 0.9%	6 2.7%	23 10.4%	75 33.9%	51 23.1%	40 18.1%	24 10.9%	0 0.0%
	要介護 3	149 100.0%	1 0.7%	2 1.3%	6 4.0%	25 16.8%	35 23.5%	31 20.8%	49 32.9%	0 0.0%
	要介護 4	92 100.0%	0 0.0%	3 3.3%	3 3.3%	7 7.6%	21 22.8%	31 33.7%	27 29.3%	0 0.0%
	要介護 5	58 100.0%	0 0.0%	2 3.4%	1 1.7%	7 12.1%	6 10.3%	11 19.0%	31 53.4%	0 0.0%
	審査中	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

（上段：人数）
（下段：割合）

【利用年数が 3～4 年】

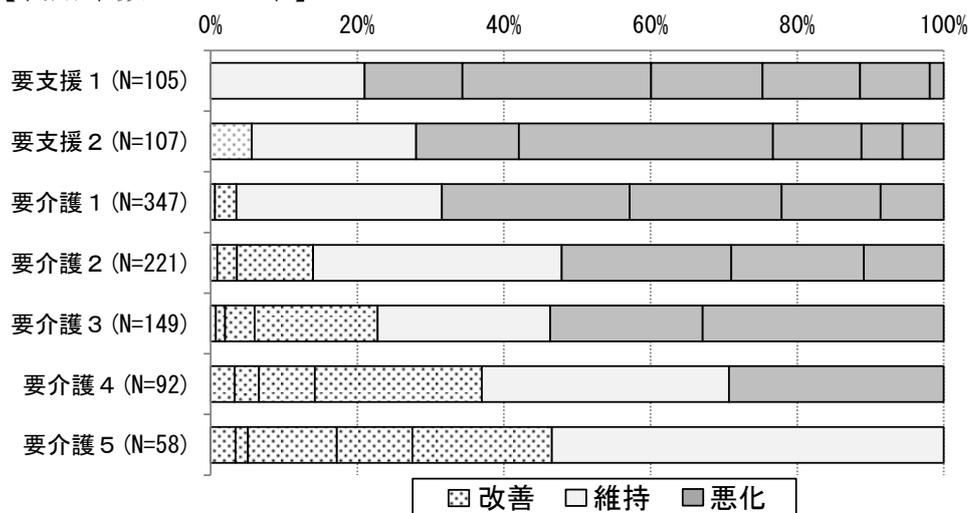
(上段：人数)

(下段：割合)

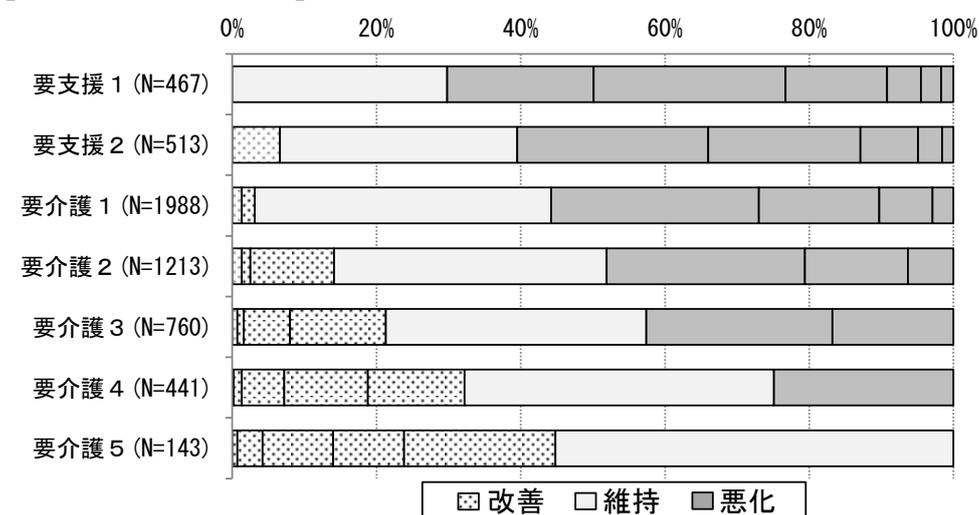
		現在の要介護度								
		該当数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中
登録時の要介護度	全体	5,528 100.0%	221 4.0%	327 5.9%	1,298 23.5%	1,372 24.8%	1,077 19.5%	766 13.9%	467 8.4%	0 0.0%
	要支援 1	467 100.0%	139 29.8%	95 20.3%	124 26.6%	66 14.1%	22 4.7%	13 2.8%	8 1.7%	0 0.0%
	要支援 2	513 100.0%	34 6.6%	169 32.9%	136 26.5%	108 21.1%	41 8.0%	17 3.3%	8 1.6%	0 0.0%
	要介護 1	1,988 100.0%	26 1.3%	35 1.8%	817 41.1%	573 28.8%	332 16.7%	147 7.4%	58 2.9%	0 0.0%
	要介護 2	1,213 100.0%	16 1.3%	15 1.2%	141 11.6%	458 37.8%	334 27.5%	173 14.3%	76 6.3%	0 0.0%
	要介護 3	760 100.0%	5 0.7%	7 0.9%	49 6.4%	101 13.3%	274 36.1%	196 25.8%	128 16.8%	0 0.0%
	要介護 4	441 100.0%	1 0.2%	5 1.1%	26 5.9%	51 11.6%	59 13.4%	189 42.9%	110 24.9%	0 0.0%
	要介護 5	143 100.0%	0 0.0%	1 0.7%	5 3.5%	14 9.8%	14 9.8%	30 21.0%	79 55.2%	0 0.0%
	審査中	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%

図 2.10-9 要介護度の変化の状況（3 区分）

【利用年数が 7～8 年】



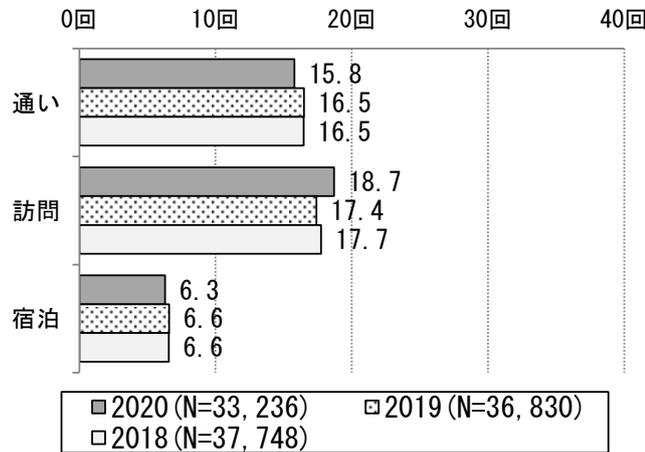
【利用年数が 3～4 年】



(12) サービス別にみた平均利用回数（日数）

令和2年10月1日～31日の1か月間における「通い」「訪問」「宿泊」それぞれの利用平均をみると、「通い」は15.8回、「訪問」は18.7回、「宿泊」は6.3回となっている。過去2年と比較すると、「通い」が微減、「訪問」微増となっており、「宿泊」はほぼ変わらない。

図 2.10-10 サービス別にみた利用の状況（1か月の平均回数）

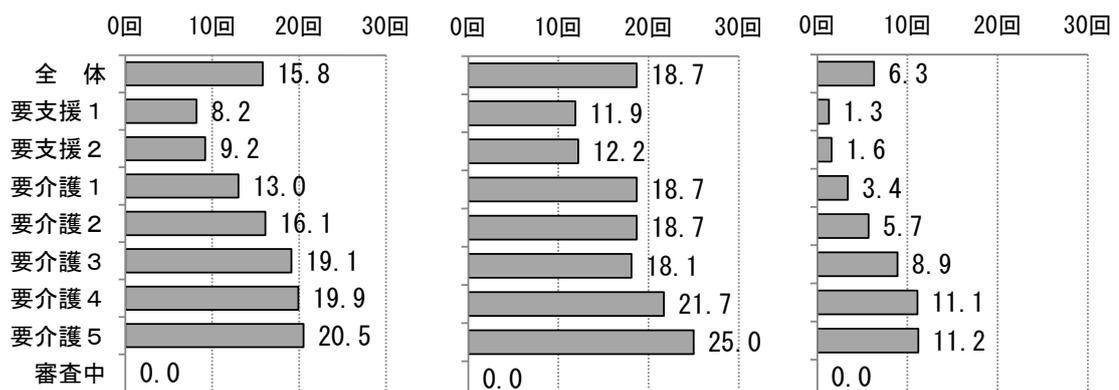


ここで、要介護度別の平均利用回数をみると、訪問、通い、宿泊とも、要介護度が重くなるにつれて利用回数多くなる傾向がみられる。

表 2.10-7 要介護度別のサービスの利用回数平均

	通い		訪問		宿泊	
	該当数	平均回数	該当数	平均回数	該当数	平均回数
全体	33,241	15.8	32,451	18.7	32,181	6.3
要支援1	1,523	8.2	1,498	11.9	1,456	1.3
要支援2	1,987	9.2	1,933	12.2	1,877	1.6
要介護1	8,927	13.0	8,754	18.7	8,553	3.4
要介護2	8,246	16.1	8,036	18.7	7,976	5.7
要介護3	6,224	19.1	6,037	18.1	6,080	8.9
要介護4	4,105	19.9	4,015	21.7	4,033	11.1
要介護5	2,229	20.5	2,178	25.0	2,206	11.2
審査中	0	0.0	0	0.0	0	0.0

図 2.10-11 要介護度別のサービスの利用回数平均



また、訪問について住居形態別、世帯構成別の平均利用回数をみると、住居形態別では一戸建てや集合住宅では少なく、サ高住や有料老人ホームでは多くなっており、世帯構成別では、独居で多くなっている。

図 2.10-12 住居形態別の訪問回数

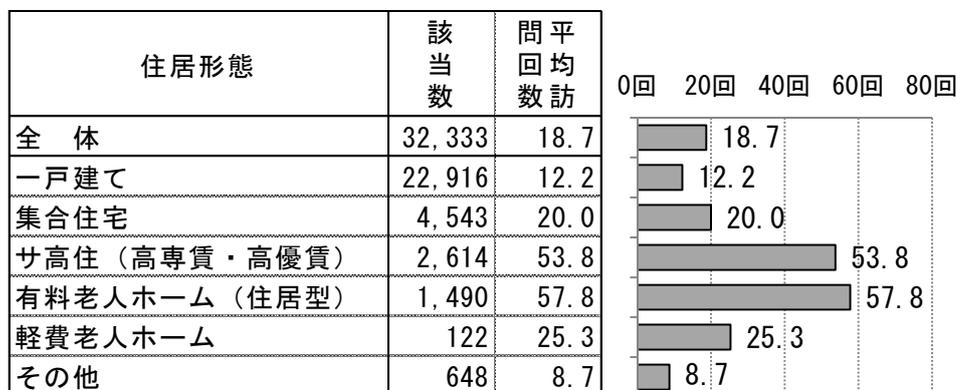
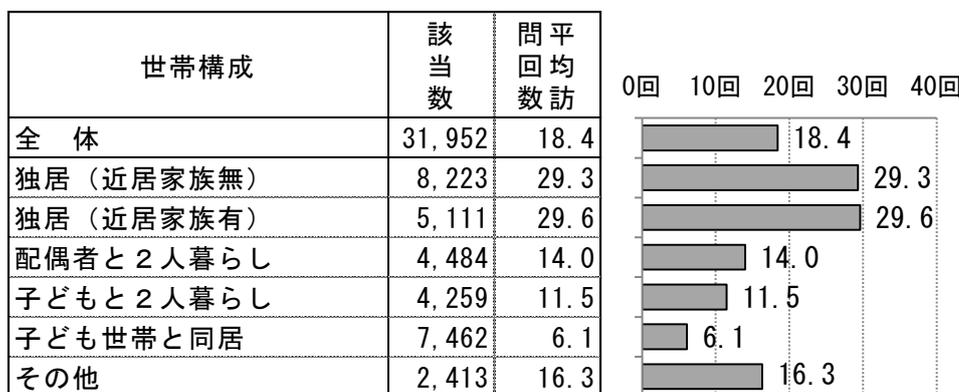


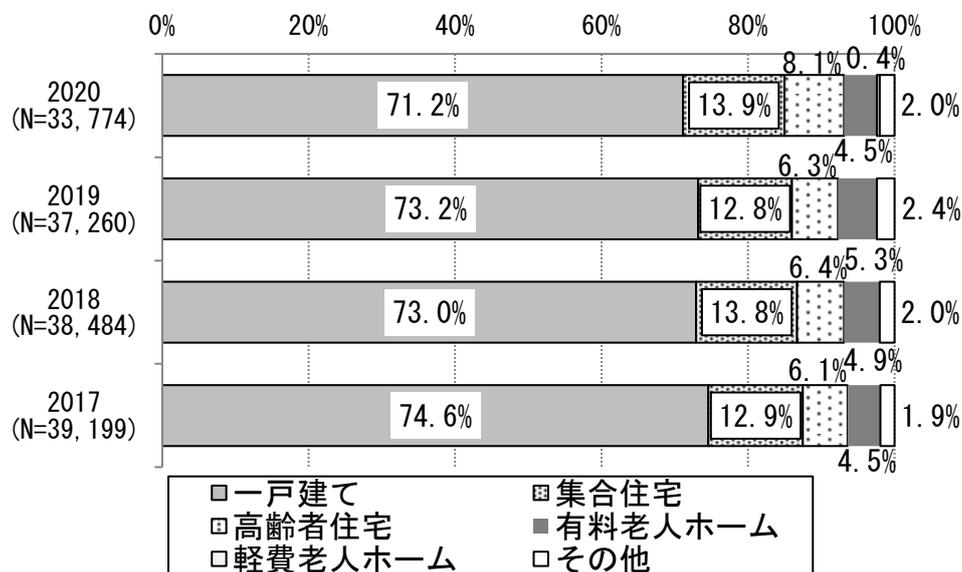
図 2.10-13 世帯構成別の訪問回数



(13) 利用者の住居形態

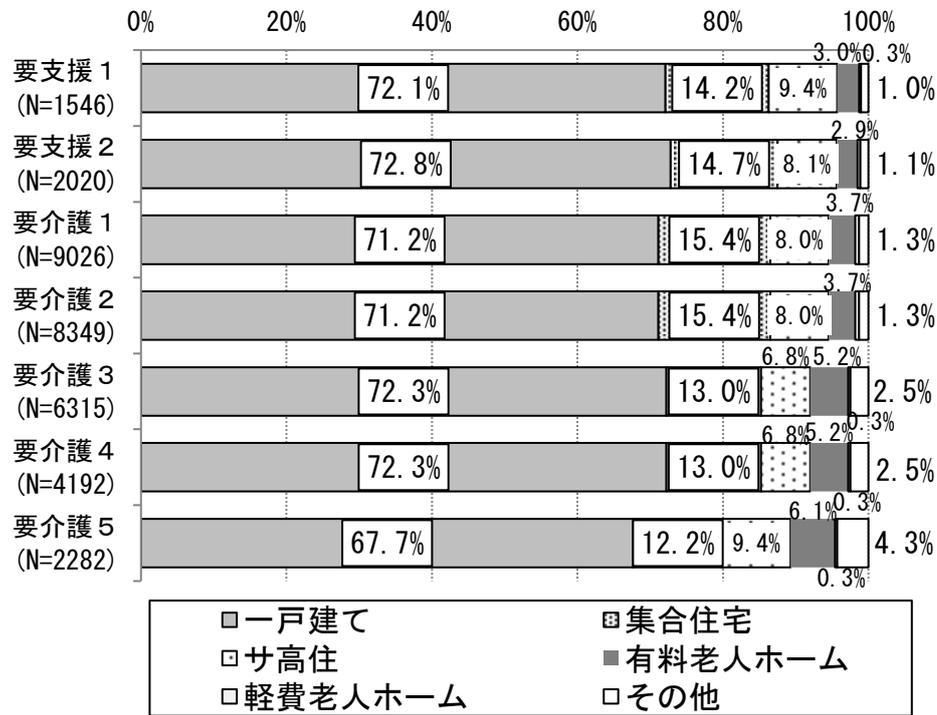
利用者の住まいの形態をみると、「一戸建て」が71.2%と最も多いが、2017年と比較すると、3.4ポイントの減少である。

図 2.10-14 利用者の住居形態（調査年別）



要介護度別に住まいの状況をみると、要介護度3～5では、有料老人ホーム（住居型）が他の要介護度に比べてやや多くなっている。

図 2.10-15 要介護度別にみた居住形態

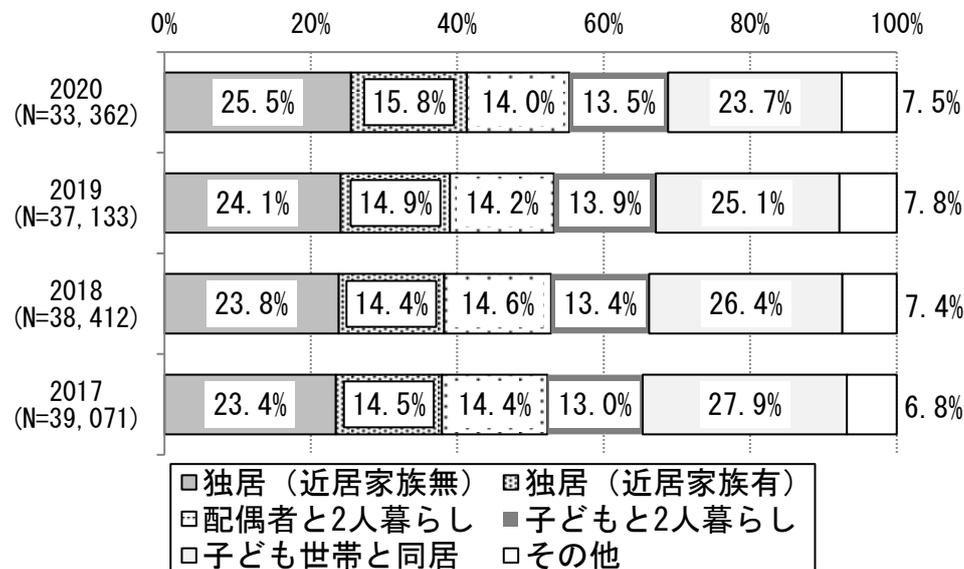


(14) 利用者の世帯構成

最も多いのは「独居（近居家族無）」で25.5%となっており、微増傾向がみられる。同じく、「独居（近居家族有）」も微増傾向にあり、独居の割合が増加傾向にある。

一方、「子ども世帯と同居」は23.7%であるが、年々減少傾向にあり、2017年と比較すると4.2ポイントの減少となっている。

図 2.10-16 世帯構成の状況（調査年別）

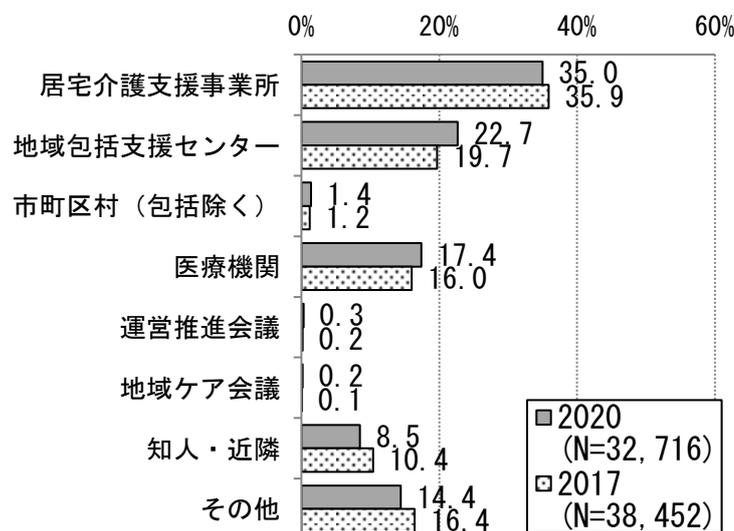


(15) 利用者の紹介経路

最も多いのは「居宅介護支援事業所」で35.0%、次いで「地域包括支援センター」が22.7%、「医療機関」が17.4%などとなっている。

2017年調査と比べ、「地域包括支援センター」がやや増加しているが、全体的に大きな差はみられない。

図 2.10-17 利用者の紹介経路



※2018年、2019年は調査していない。

(16) 役割発揮の場

利用者が地域の中で自身の役割を発揮する場については、「事業所内で」が62.5%と最も多く、次いで「自宅で」が57.4%、「地域で」が12.4%となっており、「役割発揮の場はない」利用者は8.5%であった。

役割発揮の場を要介護度別にみると、「自宅で」や「地域で」の割合は要介護度が重くなるにつれて少なくなっているが、「事業所内で」は要介護3や要介護4でも60%超となっており、要介護度が重くなっても事業所内に役割の場を持つケースが少なくない。

図 2.10-18 役割発揮の場

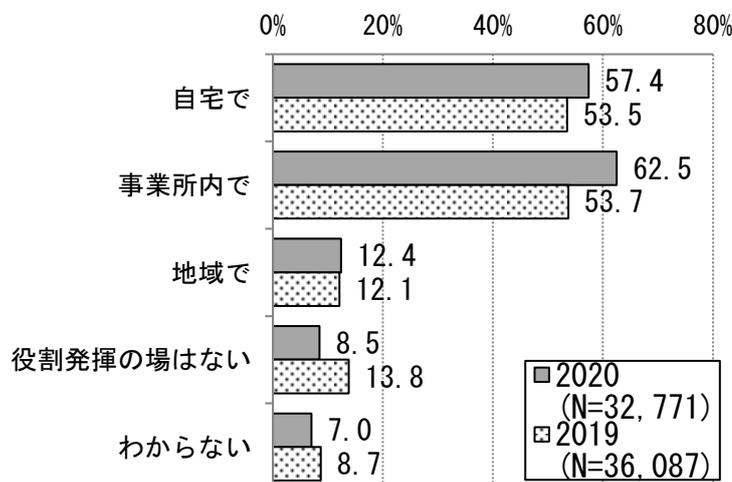


表 2.10-8 要介護度別の役割発揮の場

(上段：人数)
(下段：割合)

	該当数	自宅で	事業所内 で	地域で	役割発揮 の場はな い	わから ない
全体	32,730 100.0%	18,797 57.4%	20,470 62.5%	4,060 12.4%	2,773 8.5%	2,276 7.0%
要支援 1	1,505 100.0%	1,176 78.1%	852 56.6%	431 28.6%	31 2.1%	64 4.3%
要支援 2	1,954 100.0%	1,564 80.0%	1,119 57.3%	535 27.4%	49 2.5%	82 4.2%
要介護 1	8,748 100.0%	6,084 69.5%	5,506 62.9%	1,474 16.8%	358 4.1%	421 4.8%
要介護 2	8,113 100.0%	4,861 59.9%	5,426 66.9%	918 11.3%	526 6.5%	451 5.6%
要介護 3	6,140 100.0%	2,865 46.7%	3,986 64.9%	418 6.8%	650 10.6%	526 8.6%
要介護 4	4,059 100.0%	1,538 37.9%	2,480 61.1%	203 5.0%	633 15.6%	406 10.0%
要介護 5	2,211 100.0%	709 32.1%	1,101 49.8%	81 3.7%	526 23.8%	326 14.7%
審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(17) 役割発揮の場と要介護度の変化

要介護度の変化について、役割を發揮する場の有無でみると、役割發揮の場がある場合、登録時から軽度になる割合は要介護 5 で 33.5%、要介護 4 で 30.4%、要介護 3 で 18.6%となっている。

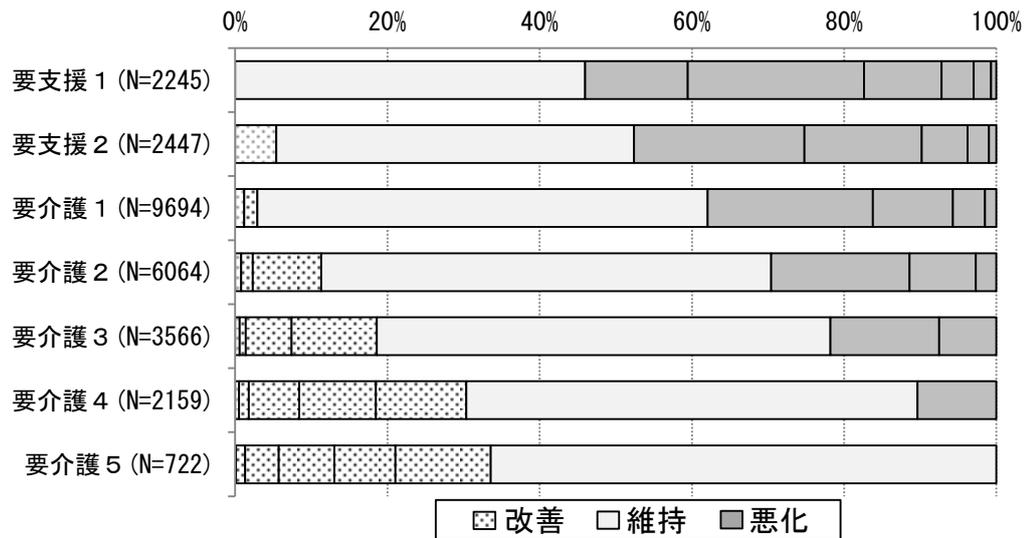
一方、役割發揮の場がない場合、登録時から軽度になる割合は要介護 5 で 16.6%、要介護 4 で 13.8%、要介護 3 で 9.4%と、役割發揮の場がある方が要介護度が軽度に向かう割合が高くなっており、この傾向は昨年度と同様である。

表 2.10-9 要介護度の変化

【役割發揮の場あり】

(上段：人数)
(下段：割合)

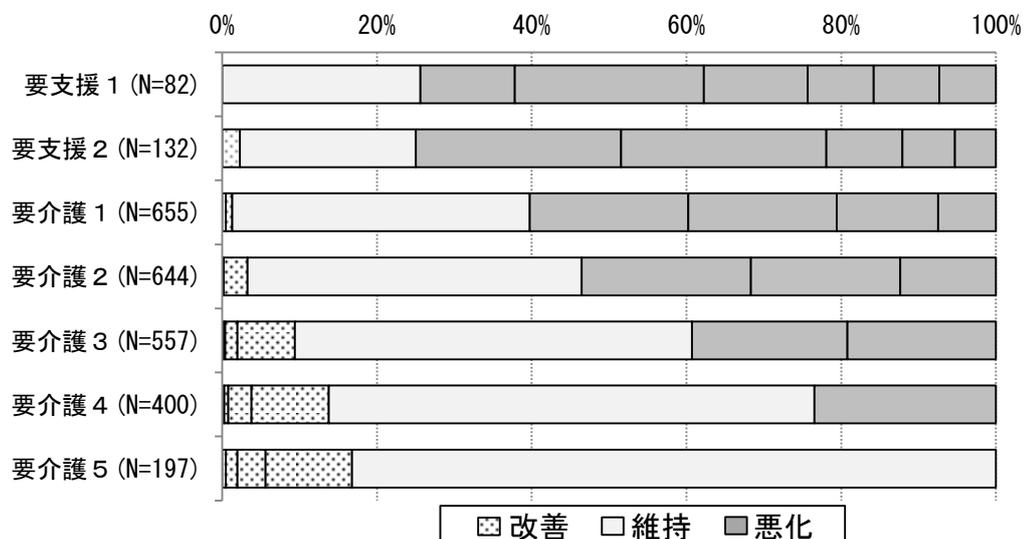
		現在の要介護度								
		該当数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中
登録時の 要介護度	全体	26,917 100.0%	1,365 5.1%	1,778 6.6%	7,730 28.7%	6,962 25.9%	4,815 17.9%	2,942 10.9%	1,325 4.9%	0 0.0%
	要支援 1	2,245 100.0%	1,032 46.0%	303 13.5%	521 23.2%	228 10.2%	95 4.2%	51 2.3%	15 0.7%	0 0.0%
	要支援 2	2,447 100.0%	131 5.4%	1,150 47.0%	548 22.4%	378 15.4%	147 6.0%	69 2.8%	24 1.0%	0 0.0%
	要介護 1	9,694 100.0%	120 1.2%	164 1.7%	5,729 59.1%	2,103 21.7%	1,022 10.5%	411 4.2%	145 1.5%	0 0.0%
	要介護 2	6,064 100.0%	46 0.8%	92 1.5%	543 9.0%	3,582 59.1%	1,106 18.2%	529 8.7%	166 2.7%	0 0.0%
	要介護 3	3,566 100.0%	23 0.6%	30 0.8%	214 6.0%	398 11.2%	2,123 59.5%	509 14.3%	269 7.5%	0 0.0%
	要介護 4	2,159 100.0%	11 0.5%	28 1.3%	142 6.6%	217 10.1%	257 11.9%	1,280 59.3%	224 10.4%	0 0.0%
	要介護 5	722 100.0%	1 0.1%	9 1.2%	32 4.4%	53 7.3%	58 8.0%	90 12.5%	479 66.3%	0 0.0%
	審査中	20 100.0%	1 5.0%	2 10.0%	1 5.0%	3 15.0%	7 35.0%	3 15.0%	3 15.0%	0 0.0%



【役割発揮の場なし】

(上段：人数)
(下段：割合)

		現在の要介護度								
		該当数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中
登録時の要介護度	全体	2,671 100.0%	29 1.1%	47 1.8%	340 12.7%	515 19.3%	620 23.2%	612 22.9%	508 19.0%	0 0.0%
	要支援 1	82 100.0%	21 25.6%	10 12.2%	20 24.4%	11 13.4%	7 8.5%	7 8.5%	6 7.3%	0 0.0%
	要支援 2	132 100.0%	3 2.3%	30 22.7%	35 26.5%	35 26.5%	13 9.8%	9 6.8%	7 5.3%	0 0.0%
	要介護 1	655 100.0%	3 0.5%	5 0.8%	252 38.5%	134 20.5%	126 19.2%	86 13.1%	49 7.5%	0 0.0%
	要介護 2	644 100.0%	1 0.2%	0 0.0%	20 3.1%	278 43.2%	141 21.9%	124 19.3%	80 12.4%	0 0.0%
	要介護 3	557 100.0%	1 0.2%	1 0.2%	9 1.6%	41 7.4%	286 51.3%	112 20.1%	107 19.2%	0 0.0%
	要介護 4	400 100.0%	0 0.0%	1 0.3%	2 0.5%	12 3.0%	40 10.0%	251 62.8%	94 23.5%	0 0.0%
	要介護 5	197 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	7 3.6%	22 11.2%	164 83.2%	0 0.0%
	審査中	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%



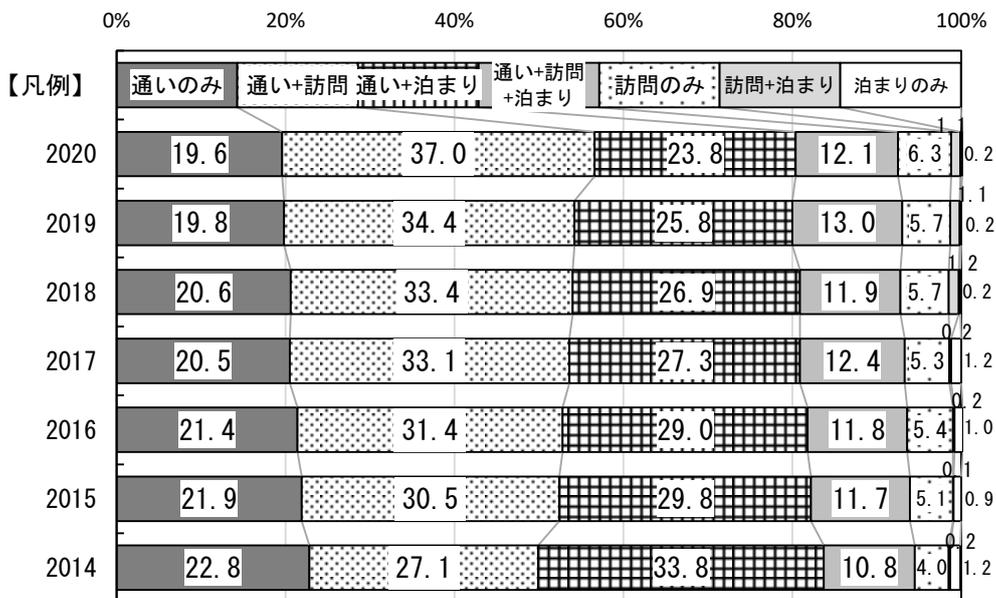
(18) サービス利用の類型化

各サービスの利用状況から利用タイプを類型化し、他の項目との分析を試みた。

前回と同様に「通い+訪問」が37.0%と最も多いタイプで、次いで「通い+泊まり」が23.8%、「通いのみ」が19.6%となっている。

2014年からの傾向をみると、「通いのみ」及び「通い+泊まり」が減少傾向、「通い+訪問」が増加傾向となっており、訪問が充実してきていることがわかる。

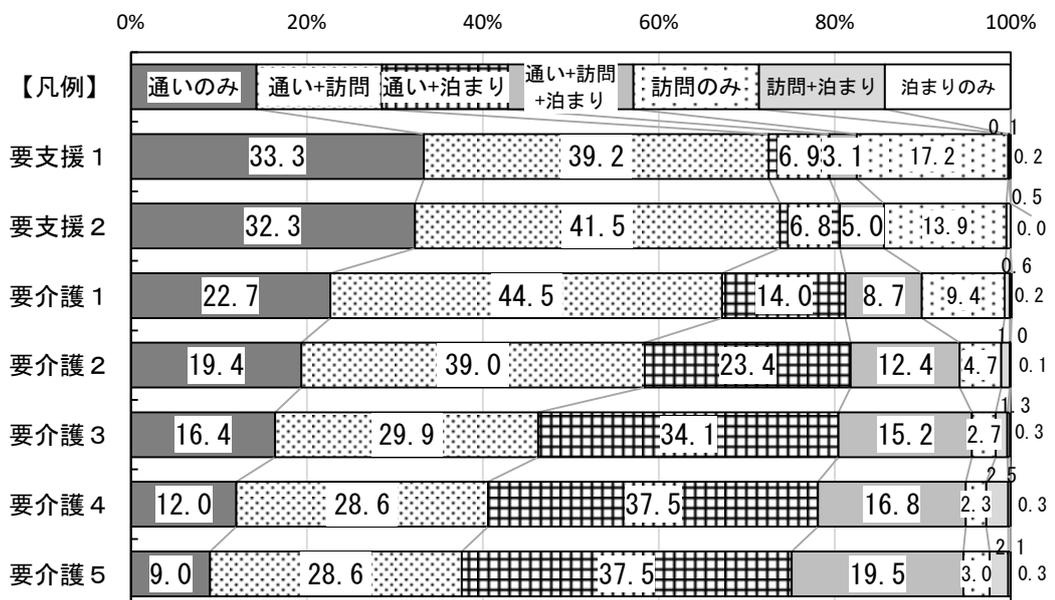
図 2.10-19 各サービスの利用タイプの状況



ア) 利用タイプと要介護度の関係性

要介護度が重度になるにしたがい「通いのみ」、「訪問のみ」や「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」及び「通い+訪問+泊まり」の割合が増加している。

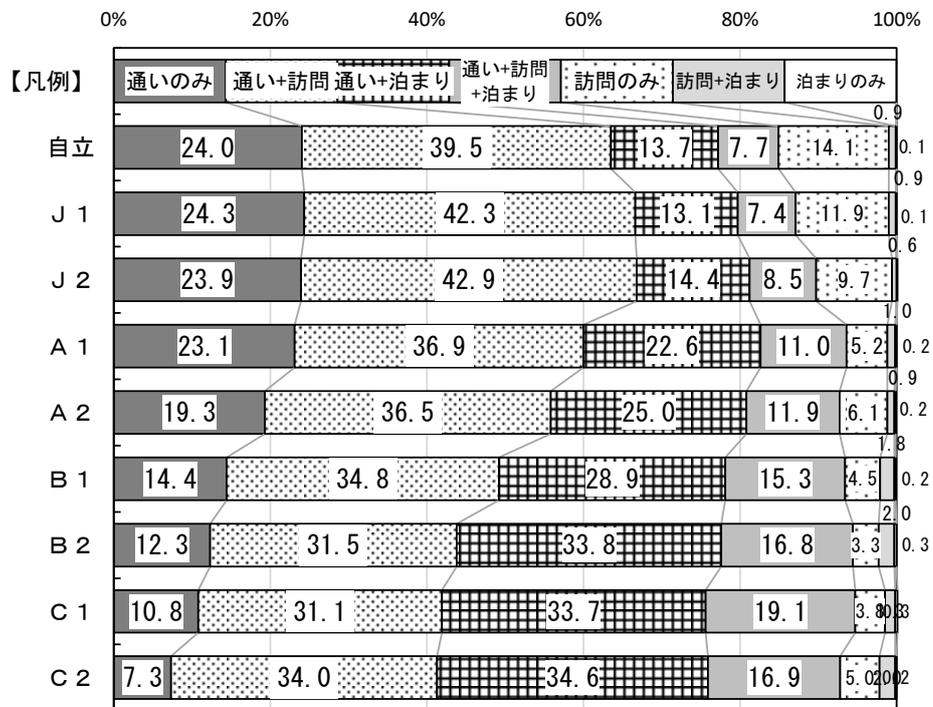
図 2.10-20 要介護度別にみた利用タイプ



イ) 利用タイプと日常生活自立度の関係性

自立度が低くなるに従い「通いのみ」、「通い+訪問」、「訪問のみ」の割合が減少し、「通い+泊まり」、「通い+訪問+泊まり」の割合が増加する傾向がみられる。

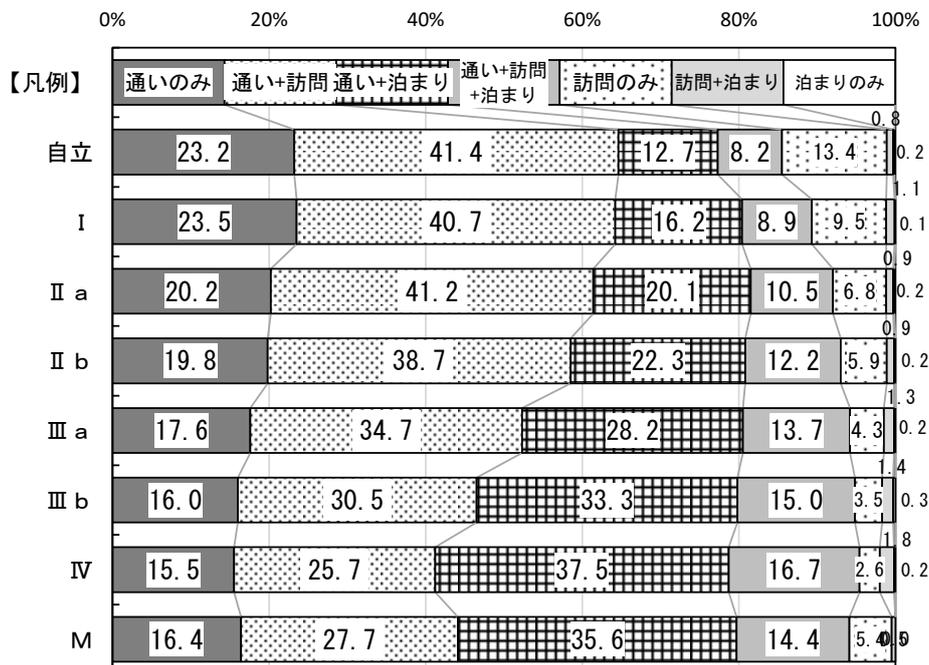
図 2.10-21 日常生活自立度に応じた利用タイプ



ウ) 利用タイプと認知症自立度の関係性

認知症自立度が重度になるに従い「通いのみ」、「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」、「通い+訪問+泊まり」の割合が増加する傾向がみられる。

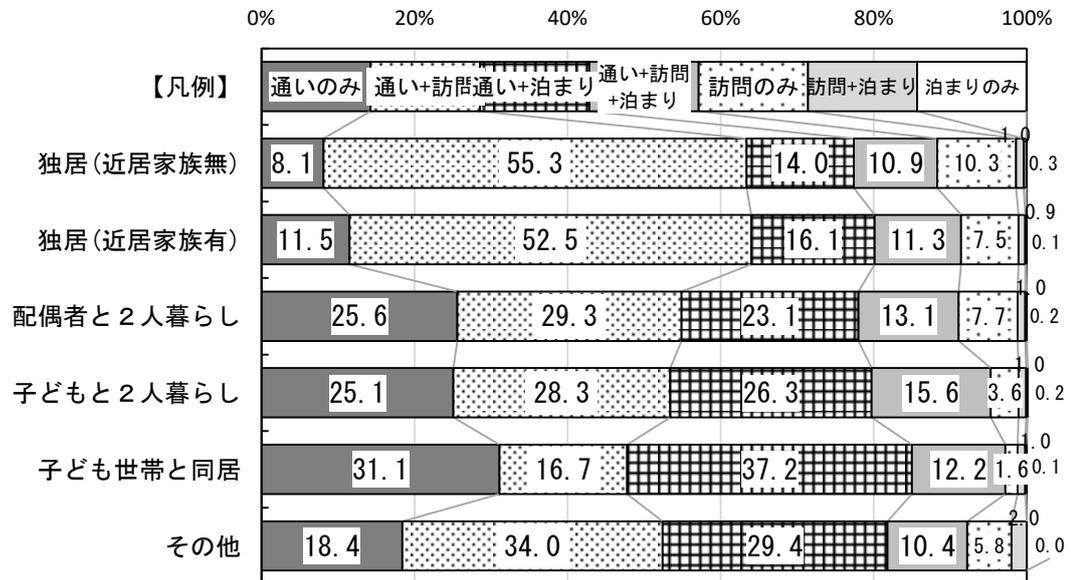
図 2.10-22 認知症自立度に応じた利用タイプ



エ) 利用タイプと世帯構成の関係性

世帯構成が「独居（近居家族無）」及び「独居（近居家族有）」の利用者では「通い+訪問」が中心となり、「子ども世帯と同居」では、「通いのみ」や「通い+泊まり」が中心となる傾向がみられる。

図 2.10-23 世帯構成別にみた利用タイプ



第2章

本人支援のための人材育成・地域拠点づくり

1. 在宅の包括報酬型サービスである小規模多機能型居宅介護

1.1 背景（在宅の包括報酬型サービスの創設と2015年の高齢者介護）

2006年（平成18年）4月、地域密着型サービスが創設され、小規模多機能型居宅介護が誕生した。在宅サービスではじめての包括報酬である。従来のケアマネジメントによる資源の組み合わせによるサービスから、包括報酬型のサービスへの転換である。

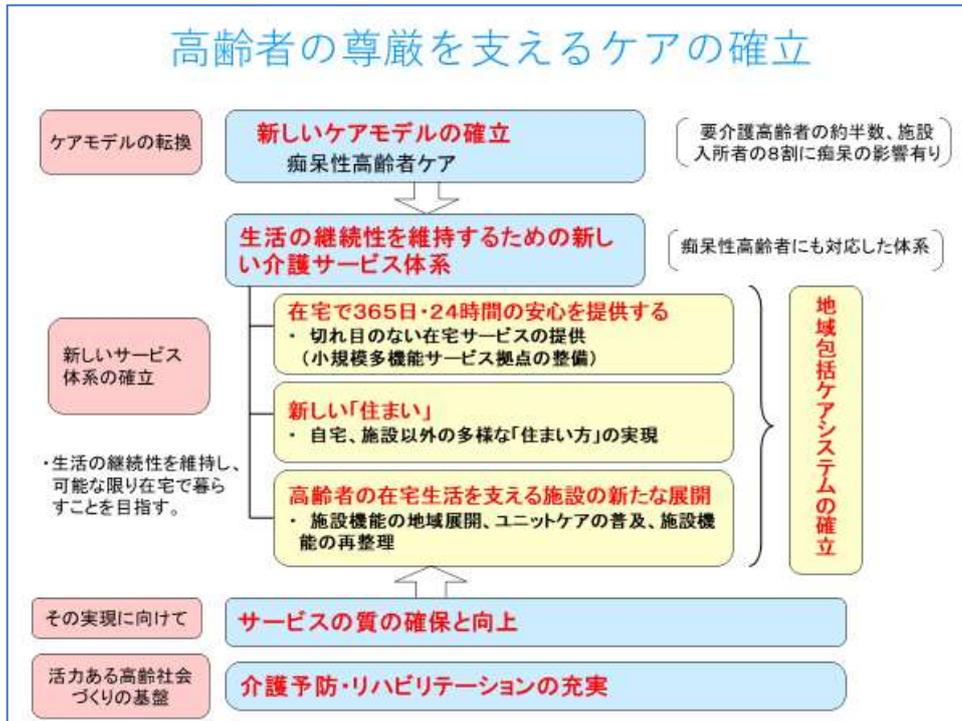
その出発点となったものが「2015年の高齢者介護（厚生労働省老健局長の私的研究会、2003年）」である。冒頭の「はじめに」には以下のように記されている。

◆はじめに（一部抜粋）

- その姿を描くに当たっては、これからの高齢社会においては「高齢者が、尊厳をもって暮らすこと」を確保することが最も重要であることから、高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指すことを基本に据えた。
- 本報告書は、「尊厳を支えるケアの確立」のため、求められる施策をとりまとめたものであるが、その前提として、介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要である。この3年間の実施状況を見ると、高齢者の増加のスピードを大幅に上回ってサービスの利用が伸びており、この事態が続けばこれからの介護保険財政は極めて厳しい状況に直面することが予想される。
- そこで、自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが、国民的課題である。

2015年の高齢者介護は「ケア」を実現するための議論がなされ、地域密着型サービスや小規模多機能型居宅介護が創設された流れに結びつくものである。平成12年に介護保険制度が創設され、従来の在宅3本柱が居宅サービスの中心であったが、さらに小規模多機能型居宅介護を創設した形となる。よって、通所介護、訪問介護、短期入所生活介護を組み合わせたサービスと同様の効果では、新たなサービスとしての位置づけを確立できるものではなく、包括報酬化によって3つの機能にプラスアルファとして生まれる機能が付加されることで「尊厳を支えるケア」を提供するサービスとして期待されたサービスである。

高齢者の尊厳を支えるケアの確立



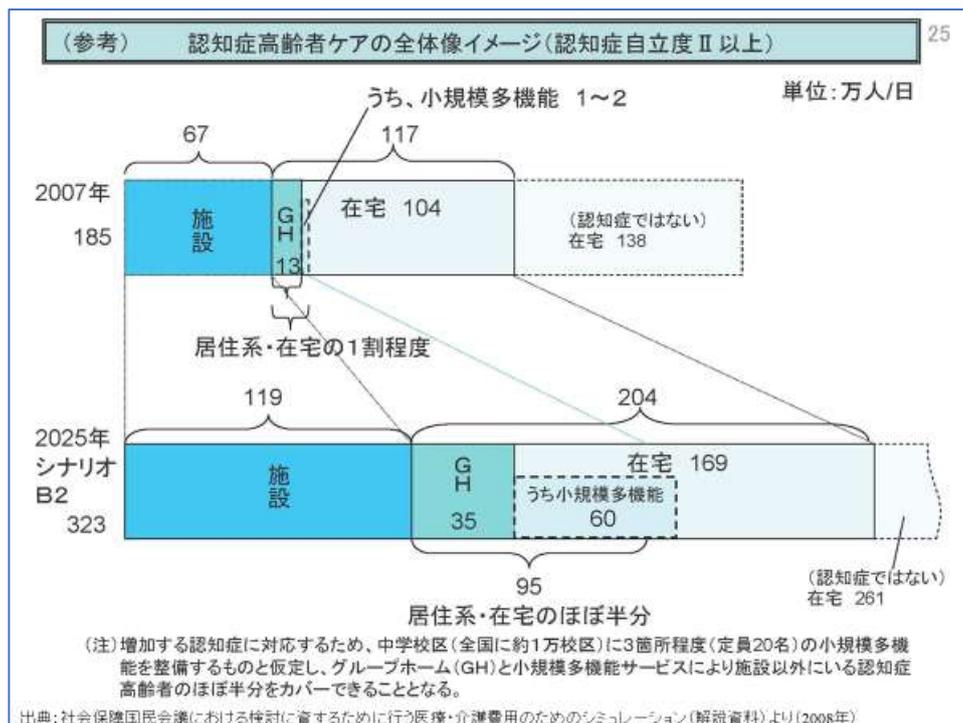
2015年の高齢者介護 資料（平成15年）

1.2 社会保障国民会議（H20）から社会保障・税一体改革関連まで、議論を継承

2008年（平成20年）に取りまとめられた社会保障国民会議では、2025年を見据え、より踏み込んだ改革の議論がなされており、小規模多機能型居宅介護はB1、B2、B3のどのシナリオにおいても60万人分を確保するような改革案が示されている。

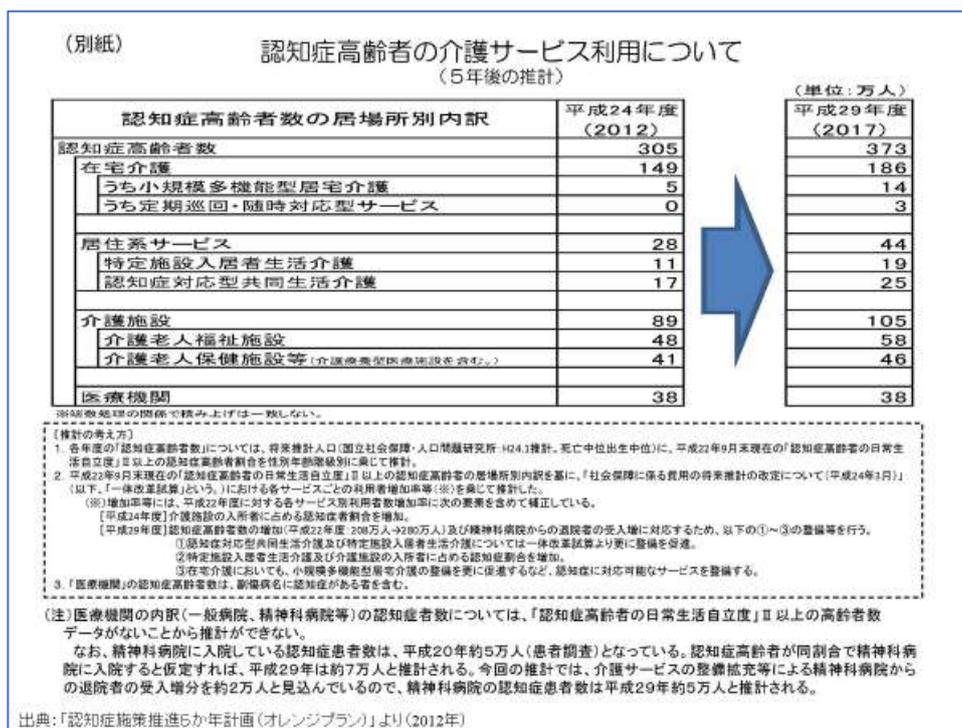
改革シナリオと現状投影シナリオの比較			
Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (さらに進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133万床 平均在院日数 20.3日	急性期医療 急性病床80万床(重点化) 平均在院日数12日(短縮)	急性期医療 急性病床67万床(重点化) 平均在院日数10日(短縮)	急性期医療 高度急性病床26万床(重点化) 平均在院日数16日 (困難事例・短縮)
人員数 現状のまま	人員数 58%増(増員) (急性病床の20%増)	人員数 100%増(増員)	人員数 116%増(増員) (このほか、その他の一般急性病床は、49万床、在院日数9日、人員80%増を込む。)
介護施設 169万人分	介護施設 146万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)
居住系 47万人分 うちグループホーム 25万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分
在宅 小規模多機能 数万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日
マンパワー(医療介護職員計) 551.1~563.8万人	マンパワー(医療介護職員計) 627.8~641.3万人	マンパワー(医療介護職員計) 663.7~678.7万人	マンパワー(医療介護職員計) 669.1~684.4万人
効率化 織り込んでいない	効率化(上記以外) 効率化プログラム等を踏まえ ・予防効果(外来32万人減等) ・毎年0.1~0.3%効率化 ※(伸び率ケース①の場合)	効率化 (同左)	効率化 (同左)

出典: 社会保障国民会議(2008年)



2012年(平成24年)に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では、地域包括ケアシステムの構築に向け「できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続性を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組むとされ、今後のサービス提供の方向性として、在宅サービス・居住系サービスの強化の項目では、切れ目ない在宅サービスにより、在宅生活の限界点を高めるための24時間の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させると指摘されている。

同年(2012年/平成24年)に、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによって取りまとめられた「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」では、ますます増大する認知症高齢者に対するニーズに対して「今後目指すべき基本目標『ケアの流れ』を変える」を掲げ、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」という不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標としている。



小規模多機能型居宅介護に続く新たな在宅の包括報酬型サービスとして、2012年(平成24年)には、「複合型サービス」「定期巡回・随時対応訪問介護看護」が創設された。「社会保障・税一体改革大綱」において指摘されている「24時間の訪問サービス」と、医療との連携強化において指摘されている「小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する」を受けてのものである。このとき創設された「複合型サービス」では、上記に示しているとおりの「小規模多機能型居宅介護」+「訪問看護」の組み合わせとして示されているが、複合型サービスの枠組みとしては、現在の看護小規模多機能型居宅介護のほかにも、様々な組み合わせができる制度設計がされていることも見逃せない。今後の介護保険サービスの統合(複合化)も見据えての設計であろう。

社会保障・税一体改革でも継続的に議論されているとおり、ケアの質の向上を図るだけでなく、制度の持続可能性においても在宅介護サービスにおいては、包括報酬型サービスを強化していくことが重要であるという認識をもっていることがうかがえる。

また、令和3年度介護報酬改定では、療養通所介護についても包括報酬化されることが決定しており、在宅の包括報酬型サービスが一層強化されようとしている。

1.3 地域包括ケア研究会と小規模多機能型居宅介護

平成20年の最初の地域包括ケア研究会報告書が取りまとめられた際、「小規模多機能型居宅介護は地域包括ケアを実現するための重要なサービスと捉えられているが、あまり普及していないとの指摘もある。小規模多機能型居宅介護の普及のために、具体的にどのような措置を講ずるべきか」と指摘されたことに始まり、平成30年の報告まで過去7回、研究会の報告がなされているが、そのプロセスを踏まえ、

一部を紹介したい。

【地域における支援】（一部抜粋）P22

○2025年の認知症を有する高齢者数は323万人（65歳人口比9.3%）との推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと指摘がある。また、介護サービス基盤をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門デイサービス及びグループホーム等の整備をさらに促進すべきではないか。

（平成21年度 報告書）

2. 要介護者等向けのサービス（個別の介護保険給付）のあり方（一部抜粋）P26

○在宅での家族介護に対する支援を強化するという観点からも、平成24年度から導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、在宅生活継続を実現する上で重要なサービスであり、今後も普及・拡大していく必要があるのではないだろうか。

（平成24年度 報告書）

2. 支援のあり方（一部抜粋）P31

○現状の介護保険サービスから、このような仕組みを構築するためには、「住まい」での生活が継続できるよう、地域の「養生」のための支援や「居宅サービス」の機能強化が求められる。「居宅サービス」については、第二部で述べた「介護・医療・予防の一体的な提供」を実現するため、各種サービスを一体的に提供する定期巡回・随時対応訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスを、地域包括ケアシステムの中核的サービスとして普及させていく取組が期待される。

■総合的にケアを提供する中核的なサービス（一部抜粋）P33

○このため、小規模多機能型居宅介護については、

➢「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化してはどうか。

➢登録される利用者だけでなく、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、従事者の兼務用件の緩和等を行ってはどうか。

（平成25年度 報告書）

■地方都市における単一事業者が高いシェアを占める状況について（一部抜粋）P25

○すでに大規模な社会福祉法人等が、地域の中で多様な介護サービス事業を展開し、包括的にサービス提供を行い、地域住民から強い信頼を得て利用者を確保している状況がみられる。特に、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などは、単一事業者が一定の地域を担当する方が、運営が効率的であり、また地域に密着したサービス展開が可能になるため、望ましい結果につながるケースもあると考えられる。

（平成27年度 報告書）

■各サービスの強みを活かした一体的提供の実現が必要（一部抜粋）P24

○いうまでもなく小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護といった地域密着型サービスは、こうした一体的な提供体制を支える中核的サービス形態として提示されている。そして、これらのサービスを提供する事業者の中には、生活支援サービスや通い、泊まりなど、介護保険内外のサービスや地域の支援の組み合わせにより、在宅生活を支えるより柔軟で、かつ強固な体制を構築しつつある。
(平成28年度 報告書)

これら過去の地域包括ケア研究会でも、小規模多機能型居宅介護や包括報酬型サービスの在宅サービスにおける有用性が示され、さらなる普及促進の必要性が報告されている。

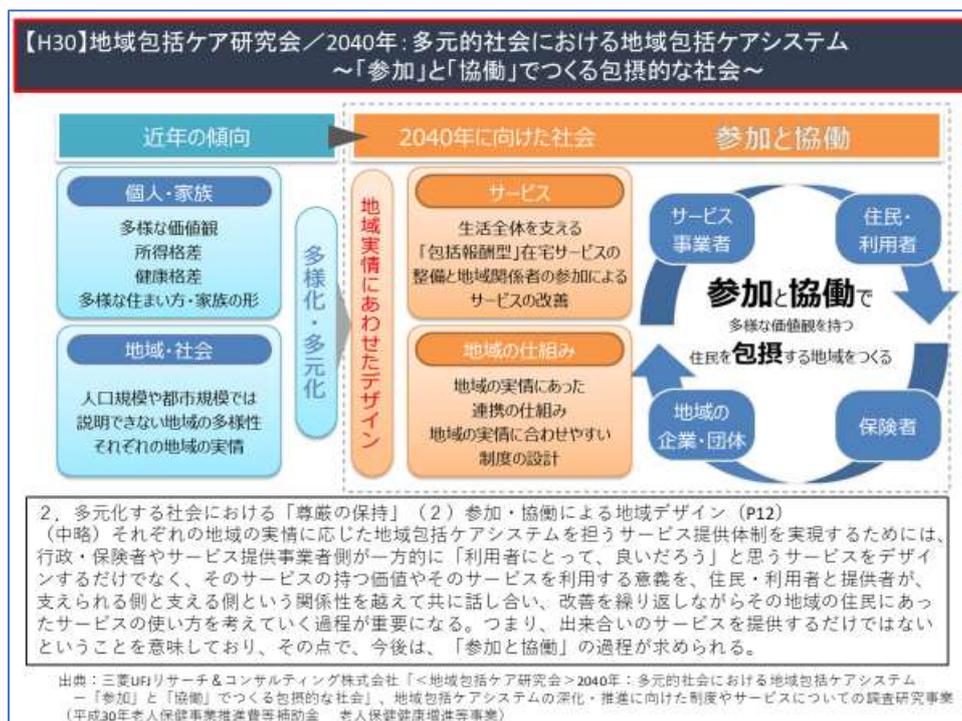
また、後述の先駆的地域における実践にもあるとおり、利用登録者のみならず、地域の拠点として日常生活圏域において地域の高齢者の中核的なサービスとして取り上げられ、さらにそこでは住民の主体性と参画が自宅や地域での暮らしを豊かなものになっている。

このような取組は、平成30年度の地域包括ケア研究会の報告書でさらに取り上げられ、ケア拠点であるだけでなく地域づくり拠点としての期待が盛り込まれている。

2. 「包括報酬型」在宅サービスと地域社会との融合（P15）

■生活支援と社会的なつながりをどのように組み込むか（一部抜粋）

○例えば、小規模多機能型居宅介護は、通いの場を中心にデザインされてきたが、専門職サービスは訪問でサービス提供しつつ、地域の中に要介護者が通える住民主体の「通いの場」や「居場所」にも参加するといった形もすでに実現している。



■地域との親和性の高い小規模多機能型居宅介護 (P17)

- 小規模多機能型居宅介護の最大の特徴の一つは、地域とのつながりの中で在宅生活を継続できることであろう。広域型の介護保険施設の場合でも、職員は利用者の入所前の生活を知ることができるが、それはいわば「かつての在宅生活時の情報」であり、入所後はそれまでの地域とのつながりから切り離されるのが一般的である。
- 小規模多機能型居宅介護では、利用者が元気だったころの近所との付き合いや生活リズム、あるいは居住空間も含め、利用者はありのままの情報を、いわば「地域や在宅から引き連れてサービス事業者にやってくる」と表現してもよい。つまり小規模多機能型居宅介護は、地域との継続性を保ちやすい特徴があるといえるだろう。
- また、小規模多機能型居宅介護は、訪問単体のサービスとは異なり、「通い」という物理的な拠点施設を持つため、地域住民との交流に適したデザインともいえる。例えば、福岡県大牟田市内の小規模多機能型居宅介護事業所では、そのほとんどに併設された住民交流施設で、町内の会合などが開催され、自然に地域交流の拠点となっている。人口約11万5千人の市内に26か所の小規模多機能型居宅介護事業所が整備されており、中学校区よりも小さい圏域をそれぞれの事業者がカバーしている。こうした体制が発展していくことで、地域の社会的・文化的資源を生活の中に組み込んでいく可能性も広がっていく。

■小規模多機能型居宅介護を地域づくり拠点と考える (P17)

- 小規模多機能型居宅介護が、専門職サービスと地域住民をつなぐ役割を果たせるのであれば、事業所がその地域の支援拠点として機能しているといえる。特に小規模多機能型居宅介護は、地域包括支援センターよりも小地域に計画的に整備されている場合もあり、地域づくりの拠点として機能するのであれば、現在の地域包括支援センターには難しいより小地域の地域社会と連続性を持つこともできるだろう。
- とりわけ人口減少が進む中で、行政職員確保も困難になっており、直接的なケアを提供する事業所が地域づくり機能を兼ね備えることも今後は想定していくべきであろう。また、地域包括支援センターのブランチとして小規模多機能型居宅介護が機能すれば、事業所職員は、介護サービスだけでなく地域づくりや高齢者以外の地域課題に向き合う機会を得ることになり、人材育成の観点からも効果的なOJTが期待される。特に、これからは生活全体を支えるケアが求められる時代となる中で、地域の様々な資源とのコミュニケーションを活かせる人材は、地域共生社会を支える人材として期待されるだろう。

平成30年度 地域包括ケア研究会報告書

※各年度の地域包括ケア研究会の出典は「三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社」による老人保健健康増進等事業より一部抜粋。

1.4 小規模多機能型居宅介護の15年

2015年の高齢者介護を出発点とし、これまで、自宅や地域で生活する高齢者等の支援を必要とする方の暮らしを第一に、その支援内容やサービス形態を利用者の生活に合わせる利用者主体のサービスとして実践されてきた。「住み慣れた地域で暮らす」介護保険が提唱する地域包括ケアを実現するための中心的な役割を担ったサービスとしての役割である。

介護保険が2000年に施行され、措置から契約へサービスのあり方は変化したものの、措置時代の三大介護重視や施設ケアを主体とした補完機能としての在宅サービスの域を脱しないケアのあり方は、大きく変わることはなかった。

前述のとおり小規模多機能型居宅介護の創設は、新たな介護保険サービスの創設という側面よりもむしろ在宅の限界点を高めるための認知症高齢者の支援を中心とした新たなケアの必要性から生み出された。日本の高齢者介護のあり方を新たなステージへの導くためのケアのあり方である（在宅の限界点を高めるケア）。

そのため小規模多機能型居宅介護は、在宅サービスで初めての包括報酬や運営推進会議、サテライト事業、運営推進会議を活用したサービス評価など、次々と新たな仕組みを導入し、より利用者や地域に身近なサービスとして進化してきた。

2018年（平成30年）の介護報酬改定では、共生型サービスが創設され、日常生活圏域の拠点として、小規模多機能型居宅介護の果たす役割が広がった。またケアのあり方も、生活を送るうえでの補完機能としての介護から、最後まで生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるためのケアへと変化してきている。認知症であっても障がいがあっても持っている力を発揮するために必要な機能としての深化である。ケアとマネジメントを兼ね備えた小規模多機能型居宅介護の強みを生かす次なるケアのステージへ進むものである。

「共生社会」の実現に向け「高齢者」「子ども」「障がい者」等も含め、年齢や障がいの有無に関わらず、地域の住民がこれまで大切に積み重ねてきた価値観を尊重しつつ、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や地域に必要な「機能」を、住み慣れた地域拠点としてともに検討していく役割がある。

1.5 包括報酬型在宅サービスとしての小規模多機能型居宅介護の強み

(1) 包括報酬型サービスだからこその即時性と柔軟性

従来の在宅サービスは「居宅介護支援」「通所介護（デイサービス）」「短期入所生活介護（ショートステイ）」「訪問介護（ホームヘルプ）」などが別々の事業所として独立し、在宅で暮らす高齢者の暮らしを分業して支えている。時間や場所、内容ごとに分業することで担当範囲が狭まり、同じことを繰り返すことで従業者の練度が上がる。一見すると効率よく支援できる仕組みに見えるが、誰にとって何が効率的になったのであろうか。それはあくまでも事業者側の業務の効率性であり、在宅で暮らす高齢者の生活ニーズに応えるための効率性ではない。分業することで、それぞれの支援者は地域での本人の暮らし全体が見渡しにくくなり、何を目的に支援しているのかが掴みにくいといった弊害がある。それにより従業者は日常

の仕事に「やりがい」を感じにくくなると同時に、家族をはじめ地域の人々にとっても「介護が必要になっても地域でともに暮らし続ける」ことの喜びや価値を感じる機会を失ってしまうことが危惧される。

そこで期待されるサービス形態が、利用する高齢者にとって効率的で在宅で暮らす高齢者を支えるために必要な機能がパッケージ化されている小規模多機能型居宅介護である。なぜなら、それぞれの機能が相互に密接につながりあうことで生まれる相乗効果は、「その人らしい生活」を実現するための有効性に優れているからである。

在宅で暮らす高齢者の尊厳を支え、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会」を実現するためには、「こんなふうに過ごせたらいいな」「大切にしたいことはなんだろう」と本人や家族・介護者、事業所、関係者が話し合いながら、本人が望んでいる暮らしの実現に向けて協働することが大切である。そして、毎日の暮らしの中で変化する本人の思いをくみ取り、本人が必要としていることを家族・介護者や事業所、関係者が連携して即時的かつ柔軟に支えることが求められる。

その点、事業形態ごとに担っている時間や場所が異なり、支援する人も異なる従来の在宅サービスと違い、ソーシャルワークとケアワークが一体で提供できる小規模多機能型居宅介護は、本人を取り巻く関係者をつなぎ、必要な支援方法の立案することから日々の直接支援までをワンストップで提供できるため家族・介護者との連携が図りやすい。24時間365日を同じケアチームでかかわることで、時間や場所を限定して支援する従来の在宅サービスの従業者では見えにくかった、毎日の暮らしの中で変化する心身機能や本人の思いが「見える化」され、その変化に応じて即時に通い、訪問、宿泊サービスの組み合わせを柔軟に変更が可能となるため、利用者、家族・介護者にとって便益性の高いサービスといえる。

この即時性と柔軟性が小規模多機能型居宅介護の強みであり、「その人らしい生活」を実現するための支援「ライフサポートワーク」を可能にしている。

(2) 包括報酬型サービスだからこそその生活ニーズを把握する精度の高さ

また、ソーシャルワーク機能とケアワーク機能が一体となっていることで、利用者の生活ニーズ全体を把握する精度が上がり、生活目標を達成するまでの効率性が高まることが期待できる。

なぜなら、包括報酬型サービスでは事業ごと（デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプなど）の運営基準や経営主体ごとの考え方の違いに囚われることなく、「毎日の暮らしの中で変化する本人の心身機能や思い」を軸に、「こんなふうにしたらもっと良いかな」とケアチームで話し合い、「早速、試してみよう！」と支援を展開することができる。

その毎日の積み重ねにより生活ニーズの精度があがり、生活目標や支援方法がより具体化されるからである。この好循環は本人の在宅生活の満足度を高め、家族・介護者にとっても在宅介護を続ける上での安心感につながり、事業所に対する信頼

を深めてくれる。

例えば、一般社団法人 人とまちづくり研究所による「新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービス事業所調査】調査結果報告書」によると、利用者・家族の希望による利用控えや事業所等の判断による受け入れの自粛の有無など新型コロナの事業所運営への影響（令和2年4月末まで）の問いに対して、サービス/都道府県区分別にみると、「いずれもあてはまらない」とした割合は、サービス区分では全体で「施設・居住系（47.4%）」>「多機能系（34.9%）」>「訪問系（18.4%）」>「通所系（14.8%）」という結果が出ている。また、自宅に訪問して実施する支援について「訪問回数・時間数の縮小」となった割合が訪問系全体で29.5%、「訪問回数・時間数の増加」があった割合は訪問系全体で10.8%に対して、多機能系全体では「サービス提供日・提供時間の縮小」が多機能系全体で20.5%、「訪問回数・時間数の増加」があった割合は多機能系全体で15.2%であったという結果が出ており、他の在宅系サービスと比べ新型コロナ感染症の影響を抑えられていることが読み取れる。

事業所に対する信頼感は容易に数値化できるものではなく、即座に事業所の評価として得られるものではない。コロナ渦という非常事態において、他の在宅サービスと比べ事業所運営への影響が低く抑えられているのは、これまでの地道な取り組みにより、本人や家族・介護者との信頼関係が構築されてきた結果ではないだろうか。

（3）包括報酬型サービスだからこそ見えてくる本人の暮らしの全体像

小規模多機能型居宅介護では、高齢者の生活全体を「生命」「生活・暮らし」「人生」の3つの側面から捉え、そのための支援やマネジメントのあり方をライフサポートワークと呼び生活全体を支援する視点を説いている。

なぜなら、人は自分のことは自分の考える方針・方法で日常生活を営み、長年積み重ねてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物に囲まれて暮らしている。それら社会生活を構成する要素全般から得られる満足感、安心感、幸福感といった精神的な豊かさの相乗の結果が「その人らしい生活」だからである。したがって要介護高齢者が地域で暮らし続けるためには、本人の心身状態だけを見れば良いということではない。本人の主体性が回復あるいは再構築され、本人の望んでいる暮らしに近づくためには、家庭内での本人の役割、地域社会での役割など、本人を取り巻く人々や地域社会に積極的にかかわることで得られる情報も重要である。本人の周囲に広がる地域とのつながりやつながる意味も見据えた、ケースマネジメントが必要ということである。

このような人と状況の全体性を意識した支援は、小規模多機能型居宅介護に限らず、すべての在宅サービス、施設サービスでも求められる。

しかし、入所することで自宅から暮らしの場が離れてしまう施設サービス、事業形態ごとに担っている時間や場所が異なり、支援する人も異なる従来の在宅サービスでは、本人の生活を構成する様々な場面に思いを馳せ、生活全体を把握することや本人の培ってきた関係力を生かした支援の輪を地域に広げることの難しさは想像

に難くない。

その点においてもソーシャルワーク機能とケアワーク機能が一体となり、24 時間 365 日を支える小規模多機能型居宅介護では、「通い」「訪問」「宿泊」の機能が本人と地域をアセスメントする機会となり、ライフサポートワークの実践を助けてくれる。なお、令和元年度にライフサポートプランの補助様式として新たに追加された「軒下マップ」は、本人と地域との関係性を視覚化してケアにかかわる関係者の理解を深める手助けとなることを意図している。

この他にも運営推進会議や運営推進会議を活用したサービス評価といった、日頃から地域とつながるヒントが運営基準に盛り込まれており、在宅で暮らす高齢者の「その人らしい生活」を支えることを第一義に、現場の声を基に形作られた新たなサービス形態だからこその強みと言える。

（４）包括報酬型サービスの強みを活かすために必要なアクション

しかしながら包括報酬型サービスである強みは、それぞれの機能が相互に密接につながりあい、家族・介護者をはじめとする関係者が本人の「その人らしい生活」とは何かということを考え協働することではじめて発揮される。それにはまず小規模多機能型居宅介護の従業者自身が「通い」「訪問」「宿泊」の組み合わせに終始するのではなく、自宅や地域で暮らしを支えるためのツールの一つでしかないということを理解し、生活者としての本人の思いに耳を傾ける必要がある。そして、自宅や地域で暮らし続けるための課題を解決するために、その背後にある社会的環境との関連をも見据え、毎日の暮らしの中で変化する心身機能や本人の思いを「見える化」し、本人とかかわりのある地域の専門職以外の人への「見せる化」が大切である。

なぜなら、「見える化」によって顕在化させた本人の生活全体のニーズが、「見せる化」によって地域の専門職以外の人が参画する内容やタイミングが明らかにされることで、利用者の困りごとを解決する手助けを得るチャンスになるからである。そればかりでなく、手助けに参画することで「他人の困りごと」ではなく、地域住民にとっては「将来の自分の困りごと」と捉える機会になり、住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには「今、何をすべきか」「将来どのような取組が必要なのか」ということを自らが考えるきっかけになるからだ。利用者本人や地域住民が安心して暮らせるよう、地域の専門職以外の人や小規模多機能型居宅介護の従業者が互いに協力して地域の困りごとの解決に取り組む姿は、まさに地域福祉の具体像といえる。

日本の高齢者介護を取り巻く状況は、団塊の世代が 75 歳に達する 2025 年問題、その先には団塊ジュニア世代が 65 歳に達し、人口減少による課題も露呈する 2040 年問題と少子高齢化問題を抱えている。2040 年には 1.4 人の現役世代（生産年齢人口）が 1 人の高齢者を支えなければならない状況が、将来人口の推計結果（国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口 平成 29 年推計、出生中位（死亡中位）推計）から読み取ることができる。高齢者人口は増え続けるが、支え手側が減少する時代である。今以上に介護の担い手の確保が厳しくなる中、支援が分業化された

従来の在宅サービスよりも包括化された小規模多機能型居宅介護への期待は、益々高まっていくに違いない。だからこそ「利用者と自宅や地域を紡ぐケアマネジメント」を通じた「地域づくり」は、地域の専門職以外の人への「見せる化」のチャンスであり、遠くない将来に備えて事業所と地域の多様な人材とを結ぶ接点の役割も果たしてくれる。まさに地域に根差した事業所になるために必要なアクションといえる。

1.6 包括報酬型サービスの強みを活かす参考となる先行実践

昭和20年代から30年代にかけて取り組まれた「生活改善普及事業」にみる農村部の主婦の生活改善においては「生活改良普及員」、社会福祉協議会の地域福祉活動の基礎のひとつとなった「山形会議」では「社会福祉協議会の職員」が実践した、ともに女性や世帯の生活の質を向上させるためのアプローチに、包括報酬型サービスとしての小規模多機能型居宅介護の取組との類似性を確認できる。この2つの取組みのキーワードは「全体性」「柔軟性」「環境改善」である。先駆的な取組から小規模多機能型居宅介護のあり方を考察する。

(1) 生活改良普及員から見る「変わるべきは本人ではなく『環境』を変える」

農村部における「かちゃ9時運動」や「1時間早上がり運動」（昭和20年～30代の生活環境改善運動）に見るように、家事育児、農業、地域活動という女性の三重役割に悩む農村部の主婦の安定を図るための取組のひとつとして「パン食の普及」がある。家事や育児に加え、重要な担い手としての農業への従事、さらに婦人会や町内会などの地域活動など、息つく暇もない生活を送らざるを得ない農家の主婦の負担と疲労の軽減として、かあちゃんたちに「9時になったら寝よう」という運動を展開したものである。しかしながら、家庭生活の中心を担う主婦が9時になったら寝ると提唱しても周囲はもちろん当事者である本人たちも9時には到底寝られない悩みを抱えていた。

当時の価値観や時代背景から言っても、いくら提唱しても普及するものではない。また、当事者がそのような意識になることも憚られる、そのような状況の中で取り組まれたのがパン食の普及である。稲作をする農家では、米以外を受け入れることもスムーズではない。よって、田植えの昼休憩時に、それまではおにぎりを食べていたものをパンにするところから始められた。小麦やイースト菌も厳選されたおいしいパンである。すると「パンも悪くない」「消化がいい」「おいしい」「1日1食くらいはパンでもよい」など、主婦よりも家族や周囲へパン食を受け入れる土壌を整えていく取組につながった。よって生活改良普及員は家庭でのパン食の導入のため、パン作りの普及活動を推進。消化の良い食事を提供することから取組始めることで、あくまで「9時に寝る」という手段に固執するのではなく、疲労・負担軽減を図る手立てのひとつとしてパン食を導入していったことが、結果として農家の主婦が担っていた衣、食、住、家庭管理など様々な分野の生活改善の入口として取組まれることとなった。

(2) 社会福祉協議会の「社会福祉」の取組

戦後の社会福祉協議会の礎を築いてきた渡部隆剛士氏（元社会福祉法人山形県社会福祉協議会 事務局長）の手記である「山で暮らす母ちゃんたちの怒りと社会福祉」の一文を紹介する。

東北では、雪が降り始める年末になると、家庭や故郷を離れ、半年ほど働きに出る「出稼ぎ」が始まる。

山形県社会福祉協議会が「出稼ぎ問題」に取り組んだ昭和 39 年当時の資料によると、当時、山形県の総人口は約 120 万人、そのなかで 6 万～7 万人の「出稼ぎ者」があったというから大変な数である。

半年、家庭や地域を留守にする「出稼ぎ」は、家庭や地域の暮らしに、さまざまな変化をもたらす。保育所では、出稼ぎ家庭の子どもが多くなって来る。母子寮では、出稼ぎによる母子家庭が増え、養護施設では、出稼ぎ孤児や非行を犯した少年の数が増えてくる。一方、地域では男手がなく、消防団がなくなったり、緊急の病人への対応も困難になった中山間部も現れた。また、豪雪地帯では、独居老人や障害者、病人世帯の除雪が大きな課題となる。働き手を奪われた出稼ぎ留守家庭では、小さな子どもに学校を休ませ、牛や鳥の世話は年老いた老人が担うといった家庭が、どこにも見られた。

ある小学校の教師の手記に、こんなものがある。「顔を洗わないでくる子ども、散髪や爪切りは勿論、下着は汚れっぱなし、4 月になっても冬の綿入れのまま登校する子どもあり…」。

山形県社会福祉協議会が「出稼ぎ対策専門委員会」を設置して、「出稼ぎに伴う家庭福祉上の問題と当面の対策」という答申書を出して世に問うたのは、昭和 40 年だった。この答申書は、議会や国会でも話題となった。そのとき、一部の方から「出稼ぎ問題は、農政の問題だ。社会福祉がなぜ口を出す」という声があった。

出稼ぎ者のなかには、行方不明者も出る。無保証のまま障害者となって帰る人も続出する。福祉施設に送り込まれてくる人が増える。

こうしたなかで、いつも社会福祉とは何か。誰が、何をすべきかを問われてきた。

当時の社会福祉の取組は、貧困救済や母子寡婦対策など、支援を必要とする当事者を救済することを主としていた。渡部は、起こった現象に対して対処するだけでなく、起こる要因は何か、根本の原因や周辺への影響も含めた全体に目を向け、それらすべてを「問題」と捉え、出稼ぎ、子どもの非行、母子家庭、障がいを負った世帯主などの「課題」をひとつずつ解決していくことが、社会福祉の本来あるべき姿と指摘している。

(3) 小規模多機能型居宅介護との類似性

上記 2 つの取組は、戦後の混乱期から高度経済成長期における都市部と農村部の経済格差から生じた過去の社会問題への取組みとして、一見すると現代の抱える認知症高齢者介護の問題との関連性は見いだせないかもしれない。しかし、支援を必要とする「人」に焦点をあてるだけでなく、地域での生活全体を俯瞰し環境に働

1.7 人づくり、地域拠点としての小規模多機能型居宅介護

在宅生活の可能性を広げる支援のために、人づくり（人材育成）と地域づくり（地域拠点やその機能）を充実させている市町村も増えてきている。平成30年度の地域包括ケア研究会の報告にもある通り、小規模多機能型居宅介護に地域包括支援センターのブランチを設置する取組やライフサポートワーカーのように、独自に仕組みを作り人材育成している市町村もある。

その取組として、5つの市町を対象に市町村の取組及び小規模多機能型居宅介護の実践事例を収集し、拠点機能のあり方や地域デザイン、本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネートのあり方について明らかにした。ヒアリング調査の実施にあたっては、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、一部対面でのヒアリングも実施したが、おおくはオンラインでのヒアリングとなった。

◆対象地域

(1) 美瑛町（北海道）

市街地中心の介護体制整備から、拠点機能を4つの生活圏域に分散する「地域分散型サテライト構想」によるケアの地域へのアウトリーチに関する取組

(2) 川崎市（神奈川県）

生活支援コーディネーターを市内の（看護）小規模多機能型居宅介護に配置・育成し、小地域における住民等との協働による地域の生活課題解決や閉じこもりの予防への取組

(3) 加賀市（石川県）

入所系施設重視の政策から、地域密着型サービスへの転換と、小規模多機能型居宅介護を中心とした地域密着型サービス事業所に地域包括支援センターブランチ&地域福祉コーディネーターの配置・育成

(4) 福岡市（福岡県）

認知症の人やその家族がいきいきと暮らせる認知症にやさしいまち「認知症フレンドリーシティ」を目指し、プロジェクトが立ち上げられ、認知症ライフサポートワーカーによる地域づくりの取組

(5) 霧島市（鹿児島県）

行政と事業者の協働による地域包括ケア・ライフサポートワーカーの養成と身近な地域の中での「よろず介護・生活相談支援」「新たな関係づくり・たまり場づくり」等を通じ、地域共生社会の実現に向けた取組

2. 美瑛町（地域分散型サテライト構想・ケアと生活の地域へのアウトリーチ）

1.1 地域分散型サテライト構想

美瑛町にある社会福祉法人美瑛慈光会（以下、「慈光会」という）では、特別養護老人ホーム美瑛慈光園を町の中心に設置し、美瑛町内をサービス提供地域として事業展開してきた。美瑛町は北海道の中心に位置し、人口約 1 万人、農業や酪農といった第 1 次産業と観光が盛んな地域であり、東西 44 キロ、南北 26 キロ、面積 667.16 平方キロメートルで、東京 23 区とほぼ同面積となる広大な面積の町である。

美瑛町市街地中心部に拠点のある慈光会ではあるが、利用者は町内全域におり、沢づたいに集落が分散し、遠い集落では片道 30 分、雪の季節になれば 1 時間を優に超える地域もある。

地域密着型サービスが創設された平成 18 年には、美瑛慈光園は築年数 30 年近くとなり老朽化への対応が必要となる。また、ケアのあり方も宅老所やユニットケアを積極的に導入し、大規模集団処遇から、小規模個別ケアへと転換する時期と重なった。

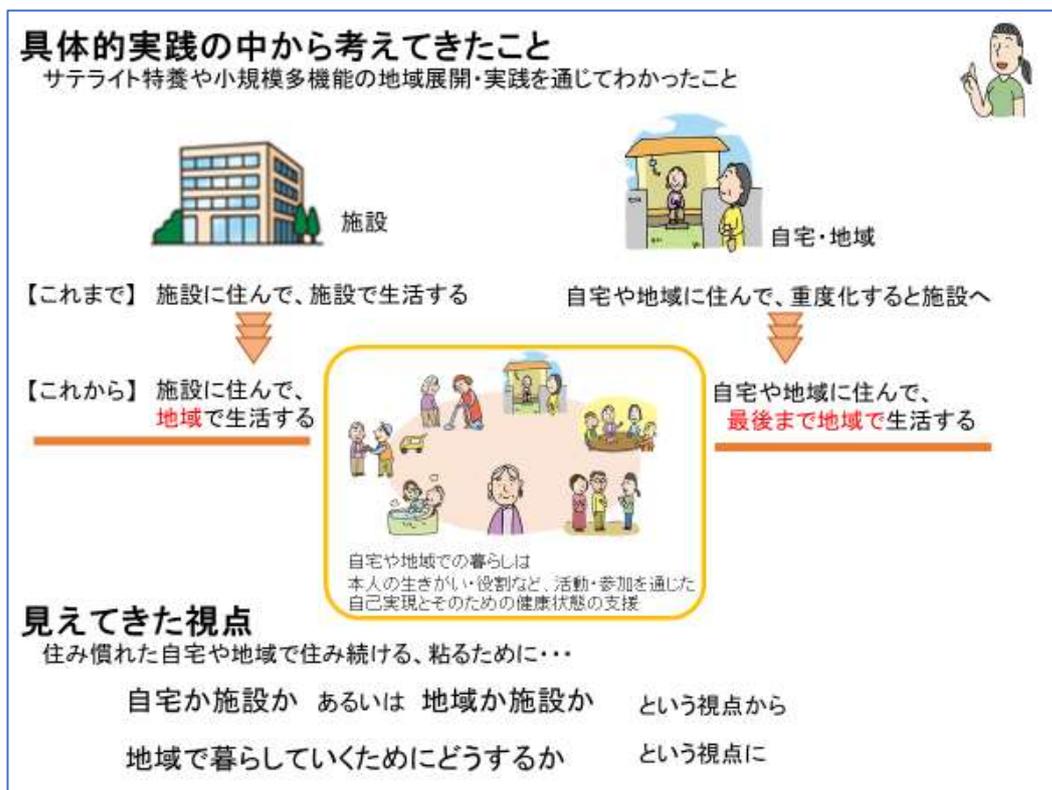
このような背景から、慈光会は大きく転換していくこととなる。これまでの市街地中心部に集約していた介護機能を、4 地区に分散する。基幹機能としての「市街地・周辺地域圏域」として慈光園、それ以外に「旭・美田圏域」「朗根内圏域」「美馬牛圏域」の 3 つを加え、町を 4 つの日常生活圏域として展開していくこととなる。



老朽化した定員 100 名の特別養護老人ホームは、サテライトを建設し、本体から一部を地域に引っ越し、特別養護老人ホームの定員を減らすことで個室・ユニット化するとともに、これまでの施設ケアの中から、より明確になった地域生活支援の必要性とその実践課題を 3 つの圏域に分散化した各日常生活圏域に小規模多機能型居宅介護を設置し、特別養護老人ホーム利用の高齢者が生まれ育った地域に戻ることができる素地を整えるとともに、今後、介護のために住居を町の中心部に移動しなくて済むケアのあり方を模索することとなる。

地域分散構想の実践の中で、見えてきたのは施設のあり方と在宅のあり方との違いと、共通点である。これまでは、施設に住んで施設で生活するという施設内完結型

だった支え方が、拠点が住み慣れた地域にできたことで、施設に住んでいても、いつでも戻れ、自宅や知人・友人・ご近所と交流することができる地域で生活することが可能となった。実践から見てきた視点は、住み慣れた自宅や地域で住みつづける、粘るために「自宅か施設か あるいは 地域か施設か」という視点から「地域で暮らしていくためにどうするか」という視点への転換である。



1.2 なぜ「地域」に旗を立てるか（自治体、住民との協働）

地域に拠点を分散していく構想は、事業展開から生まれたものではなく、そこで暮らす人々のライフスタイルの変化や地域の変貌によって生まれた住民ニーズから発想されている。慈光会の安倍信一理事長がまとめた手記を紹介したい。

美瑛町は、戦後、引揚者の受け皿となり、人の手によって開拓された周辺地域である。かつてはにぎやかだった集落の人口が、高齢化と離農という現実の中で櫛の歯が欠けるように一人、又一人と減っていった。集落にあった小学校は次から次へと閉じられ、生産や消費、そして人的交流の拠点でもあった農協の支所(店舗)も閉じられていった。人口の減少とともに暮らしに必要なサービスが地域から次から次へと抜けていくため、集落で暮らす人々の危機感は大きい。

なぜ地域から人が抜けて行くのか

高齢になり土地を基盤とした生産から離れ、夫婦のみの世帯、時には一人暮らしになることもある。積雪寒冷のこの地で、且つ、周辺に商店もない周辺地域においては介護の問題ばかりではなく、独力で暮らしを維持するための買い物、除雪、通院など、生活上の課題は多い。それができなくなった人たちに対して、行政や我々事業者にできること(生活支援サービス等)には間違い

町内会との関係も、単に町内会に加入して会費を納めるということではなく、住民として参加するという認識でいる。ひなたは、町内会の一員として、町内会の住民の方々と大変近い関係が築けている。事業所の管理者が美馬牛の住民となり、班長、町内の会議の出席、葬儀の手伝い、会館の掃除地域の祭り、ソフトボール大会、地域のあらゆる行事に参加する中で、自分も地域に住んでいる方を知ることができ、町内会の人たちから見て、事業所の所長というより、同じ町内の〇〇ちゃんとして認識されている。

生活圏域の拠点として地域での活動実践では、運営推進会議の中で、民生委員の方の提案から議論が始まり、農村部であるこの地域で、隣の明かりが見えない場所も多く、地域の中での交流が希薄になってきている現状の中で、この地域の中で『孤独死』を出したくない！という思いから、「美馬牛地区生活ネットワーク」が発足している。ひなたの運営推進会議で集まるメンバーは、地域の区長や民生委員、老人会の会長、役場福祉課の職員など、地域の代表者が集まっており、地域での見守りネットワークを作っていこうというつながりである。

美馬牛地区生活支援ネットワーク

1. 会員

希望する人の登録制

会員カードに、氏名・住所・電話番号・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』を将来的に目指し、当面の間は、ひなた運営推進会議の中で行っていく。事務局は当面はひなたに置く。

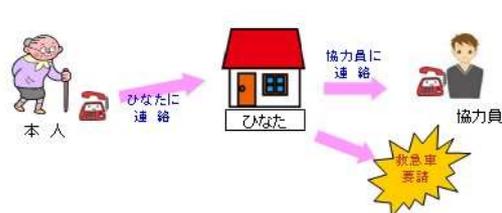
4. 具体的活動

- 日常の相談、安否確認
・・・協力員が中心に行う。
- 緊急時の対応

① 家族が、本人の安否を確認できない



② 体調が悪くなったとの連絡が入った



このように、圏域に拠点を整備するだけでなく、広い意味でその地域で暮らす住民を地域で支えていくことを重要視している。

1.4 地域の拠点としての総合事業の整備

美瑛町において、小規模多機能型居宅介護と総合事業との関連を語る際には、第3期介護保険事業計画(平成18年～)を検討する際に定めた『3つの理念』とサービス提供拠点に対する『整備方針』に触れておく必要がある。

その理念とは次のようなものだった。

【美瑛町における今後の介護・高齢者施策の展開】

- ①市街地を拠点とした一極型の介護サービス提供から生活圏域ごとのサービスへの転換が必要
- 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が必要
- ③地域住民との協働による支えあう地域づくりの推進

また、新たに周辺地区に整備するサービス拠点に対する整備方針は…

- ①市街地を中心としたサービス提供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(3か所を予定)
- ②圏域の設定においては、中学校区、市街地からの距離、地域の生活形態などを考慮して設定を検討
- ③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、認知症高齢者の在宅生活を支える
- ④高齢者や地域住民の参画による地域のコミュニティの推進

以上の4点だった。

都市部とは異なり、美瑛町のような過疎地域を抱える小さな町や離島などでは、そもそもそこで暮らす住民たちの様々な生活課題に対して、縦割りの制度ごとに生活圏域内にサービスを整えていくことは事実上不可能だと思われる。

また、生活圏域から遠く離れた市街地区にサービス拠点を集約的に配置しても問題の根本的な解決には結びつかない。広大な面積を持つ美瑛町においてその点は、介護給付サービスであろうが総合事業であろうが同様である。

周辺地区の生活圏域にサービス拠点を整備するのであれば、そこは、地域コミュニティの再生や予防に資する諸活動を含めた多様な使い方ができるようにデザインされていてこそ真価が発揮されるはずと考えたからだ。

前項目「1.3 地域展開と小規模多機能型居宅介護」で述べた通り、住民たちの希望や願いもそこにあった。

従って、美瑛町において整備されるサービス拠点については、小規模多機能型居宅介護を提供するばかりではなく、総合事業を含めた様々な取り組みが推進できるよう予め『初期設定されていた』とあって良い。

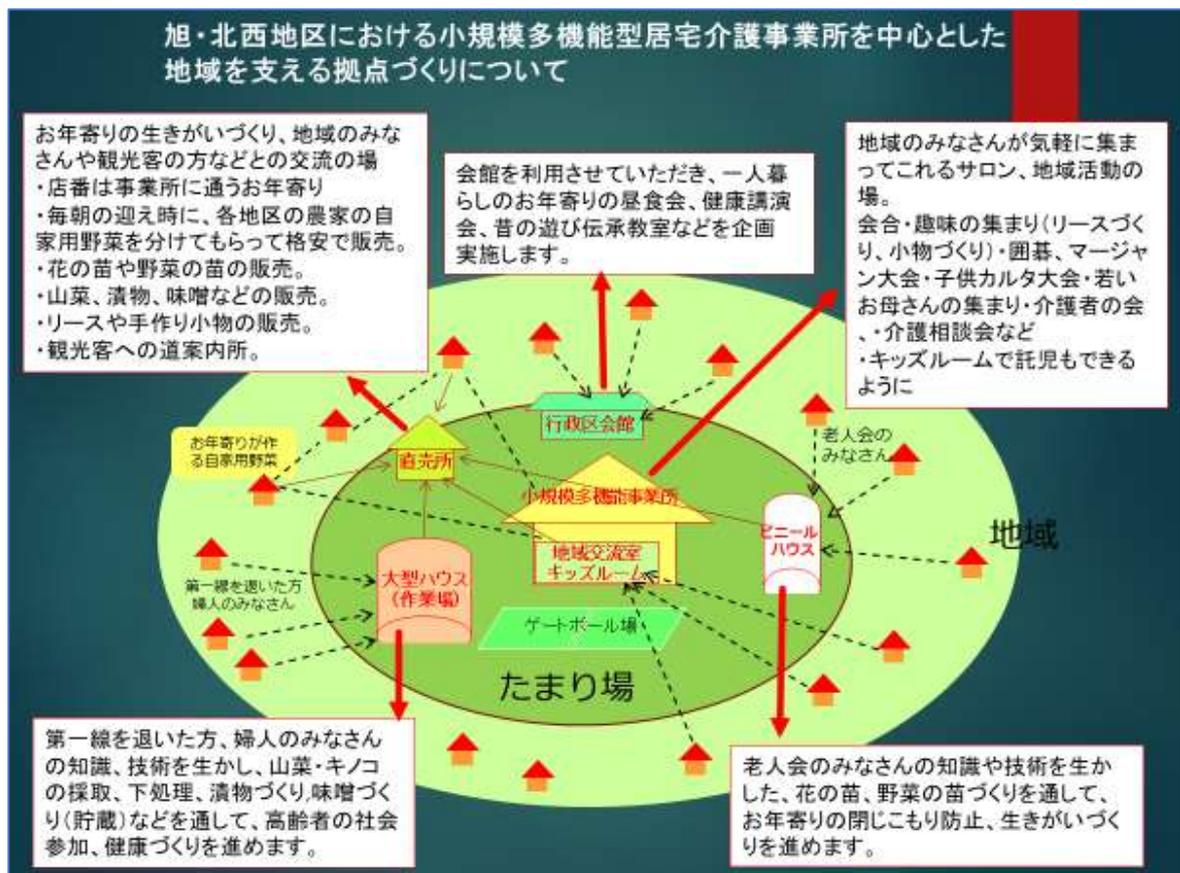
その“初期設定”により、周辺地区に立ち上げられた3か所の事業所においては、立ち上げ後の早い段階で、『食事交流会』の開催や『老人クラブの定例会(サロン活動)への参加・協力』、『利用登録外高齢者の事業所利用』等々、様々な取り組

みが積極的に進められていた。

また、『ほたる』という事業所を開設する際には「住民たちの意見（図1）」をもとに次のような「デザイン（図2）」が描かれることとなり、「その実現（図3）」について町が整備費補助を上乗せする形で支援する形がとられていた。

住民説明会で話し合われた意見						
子供たちのために	こんな事業所に	こんな場所があったら	こんな施設欲しい	生活の中で...	地域について...	移動が大変...
子育てサロン、保育園、学校が終わってから預	蓄くても利用したい 夫婦で入れる施設	酒が飲める所がいい 編み物や小物づくりがで	コンビニがほしい 温水プール等、運動施設	安い施設 年中、大規模、安い、町内	死ぬまで元気でありたい 親の介護が必要になっ	子供は保育園があるが バチンコ屋まで移動した
地区の農家に隣りで乗る時は、都会から来るので、つながりがないの	登録してなくても利用 人数制限のない施設が	カラオケができるといい ゲートボールができる	マクドナルドがほしい まわりの施設が充実し	元気なうちは家庭菜園やっている、冬は常にい	学校がなくなって交流が 少ない人がいない	隣まで歩いていけない、 足腰が悪くなった後の移
学校がなくなり、子供がいなくなった、お祭りを事業所でやれば、子	長期に泊まれる個室 介護が必要になっても、	目的なくても集まれる場 ヒマな時に、ふらっと行	図書館のようなもの グラウンド	一人暮らしの人は元気 老人クラブ、友人同士で車に乗せて、遊びに連れて行く場合、事故の後	隣近所のつながりがうす 専任スタッフが定期的にパイタルチェック	独り暮らし高齢者の方を誘って、事業所で遊 気晴らしに集まって、送迎が
伝統的だった、祖傳(こども)を事業所でやっ	しきいが高いとだめ とけこみやすい	交通できる場所 気をつかわなくても行け	歩いて買物いける場所 映画見られるような場所	年寄りが年寄りを見る体制なのでカバーでき 気がねなく参加できるよ	一人暮らしには定期的にまわっていただける体制が	足腰元気なうちはいいが 車がないと交通手段が
たあげをする	通いのみよりは、総合的	宿泊できる所があわせ 休み慣れた地域で最後を迎えることができるよ	狭い敷地でも集まれる場所 赤ちょうちんがほしい	町内に作ってほしい、 介護スタッフに...	道路の段差が多い 道が悪い	現在、スクールバスで移 送迎ができる
子供と老人一泊をする 子供が遊べる場所が少	知り合いや友達がいると 保育所の子供と交友を	元気な人も集まれる場 楽しい事ができる場所(サロン活動)地域活動	売店があったらよい(生活用品)、自分達で作っ パークゴルフ場、ゲート	職員に怪傷してほしい 施設にいきたがらない	マッサージに来てほしい 暑いから涼みにいきたい	3・6まで移動、飲みにい 畑に飲みに行かれて
子供カルタをする	開放が安心 カラオケ設備を置いてほ	車の運転もできなくなっ た時で、元気な高齢者で	ずっと住む場所がほし	三大介護をしっかりと 子供より、親と仲良し	給食の配達 農繁期に食事だけで利	その他の意見 年寄りは、昔、仲がよいと 本当に可能なのか? (田 舎ある、施設、事業所を 将来的にどこまでやって 女性の意見を多く聞いて

「住民たちの意見（図1）」



「デザイン（図2）」



「その実現(図3)」

これら住民たちと協働する取り組みは、後の総合事業の展開の中で、モデル事業としての実施期間を経た後、正式に総合事業のメニューとして取り上げられるという経過をたどった。(下記①②)

また、周辺地区3事業所における『運営推進会議』の活動についても同様に、総合事業における『第2層協議体』として位置付けられることとなり、一定の委託費のもとにその活動が担保されることとなった。

令和3年度においては、更に『第一層の生活支援コーディネーター』についても法人にその任を託されることになっている。(下記③)

現在の美瑛町において、小規模多機能型居宅介護事業所と総合事業との主な関りは次の通りである。

①地域サロン活動推進事業

周辺地区3つの生活圏域の住民会館を会場に定例でサロン活動(昼食交流会等)を開催。

②介護予防・生活支援サービス事業 (その他生活支援サービス)

【訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供】

これは『通い』や『訪問』を一体的に提供することによって、地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援するサービスである。

このサービスは要介護認定によるものではなく、町が行う『チェックリスト』による判定により利用することができ、現在9名の方達が、通常の利用登録者(介護給付)とは別の『総合事業のサービス』として小規模多機能型居宅介護を利用している。

③生活支援体制整備事業(R3～)

この事業の目的として町は、第1層協議体(町地域福祉総合連携会議)、第2層協議体(町地域福祉圏域連携会議)の設置及び『第1層生活支援コーディネーター』、『第2層生活支援コーディネーター』の配置による体制整備の推進、ということを挙げている。

具体的には、次のような内容となる。

- ア) 『第1層生活支援コーディネーター』について、法人が委託を受けその任に当たる。(法人の地域密着型サービス統括部長が担当する)
- イ) 第2層において活発な活動を続けていた3事業所の『運営推進会議』が、『地域福祉圏域連携会議』としての役割を担う。
- ウ) その流れに沿う形で、『第2層生活支援コーディネーター』についても3つの事業所の所長たちがその役割を担う。

こうして事業所に『初期設定』されていた『地域コミュニティの推進』という役割は、第3期の計画建てから17年という時を経て『総合事業』という形で展開され続けているといえる。

2.1 生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援

～本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネートのあるあり方～

美瑛町における地域分散型サテライト構想が、単に市街地中心部に集約した福祉機能を地域に分散しただけでなく、そこで暮らす人々のニーズから生まれ、住民に育てられている実践としてどのように取り組まれているか、小規模多機能型居宅介護の利用者への取組から考察したい。

(1) それまでの地域での関係を切らない支援

本人の思いと家族の思い、お互いの思いに折り合いをつけた支援事例

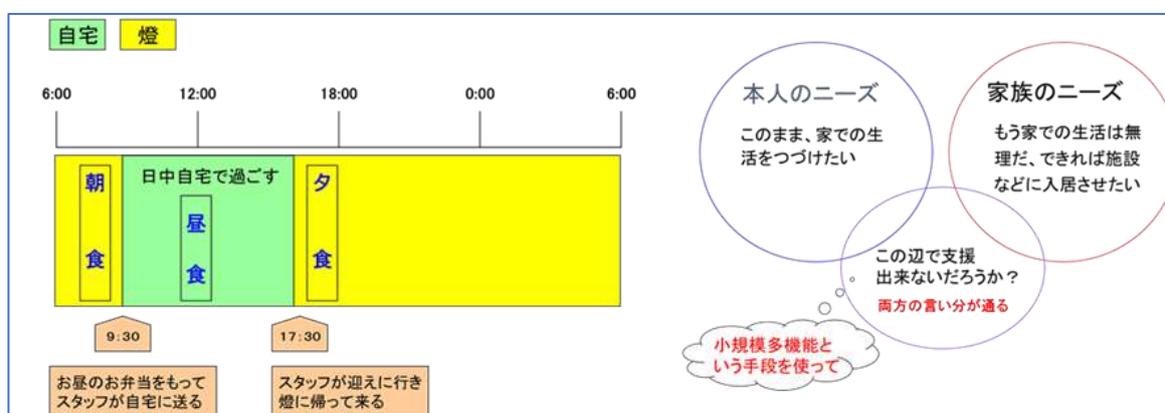
安藤さん（仮名）87歳、女性。5年前にご主人を亡くされ、市街地の1軒家で一人暮らしをしていた。とても社交的な安藤さん、とくに踊りの会のみなさんとの付き合いが多く、練習や発表会、隣町のデパートへの買物、食事など週に3日から4日は出かけていた。家にいる時は、自宅裏の野菜畑や花壇の世話と楽しい日々を送っていたが、1年ほど前から物忘れがひどくなり、また腰痛など身体的にも大変と、小規模多機能「燈」を利用することとなった。

支援が始まって半年ほど経った頃、消防車が出動する小火騒ぎを起こしてしまう。

隣町に住む子どもたちは「もう一人暮らしは無理」と、施設入居を希望された。当面、小規模多機能「燈」の泊りを利用することになったが、本人は、家に帰り今まで通りの暮らしを続けたいと思っていた。

そこで、本人、家族との話し合いを行い、以下のような支援が決定した。

朝、事業所で朝食を取った安藤さんは、9時30分ごろ、お昼のお弁当を持って、スタッフが自宅に送る。安藤さんは今まで通り、踊りの会や買物に出かけたり、畑や花壇の手入れをして過ごす。夕方、スタッフが迎えに行き、事業所に戻る。家族とは、家では火を使わないことで了解いただいた。



安藤さんの支援では、家族や周囲の不安要素を並べてみると「小火騒ぎ」「物忘れ」「腰痛」「独居」「夜間」が浮かび上がってくる。すなわち課題である。小規模多機能「燈」では、この課題に目を背けるのではなく、課題を上回る「できること」「したいこと」に焦点が当てられての支援である。課題を解決するための心身の状況把握及び支援はもちろんのこと、「火」「夜」「独居」に対してのアイデアとして不安を低減させるための「宿泊」を活用し、かつ日中の見守りは自宅で安藤さんのつながりを生かした知人・友人のネットワークで役割分担したことで、これまでの暮らしを失わない支援を実現した。

従来このような場合、短期入所生活介護のロングステイであったり、施設入所に対応するケースも考えられるが、24時間拘束しないしなやかな対応が、小規模多機能だからこそできた支援である。

(2) その人の暮らしぶりが変わらないで済んだ事例

一人暮らしの支援が13年間続く97歳女性の事例

高木さん（仮名）97歳、女性、【登録時】要介護1→14年間→【現在】要介護3。

10年前にご主人を亡くし、一人暮らしを続けていたが、火の不始末、物忘れなど、少しずつ認知症が進行し、2008年1月から小規模多機能を利用することとなった。高木さん84歳の時である。サービス開始時の介護度は要介護1、週2回の通いと訪問で支援が始まった。本州に住む娘さんが、毎朝本人に電話する。隣町に住む息子さん夫婦が毎週土曜日、おかずを持って訪問する。隣の奥さんが何かあったら事業所に電話をくださるといった連携の中で支援が行われていった。

認知症の進行や身体機能の低下に合わせて、随時、支援内容が検討されていく。

利用開始から4年目には要介護3の認定を受けたが、それ以降97歳になる現在まで、老いとともに進む認知症や機能の低下はとても緩やかで、毎日の通いと朝の起床・夜の就寝介助、週3回の夕食の配食、掃除などのための訪問という生活が8年以上続いている。

その人の暮らしを大切に、生活環境や生活習慣、支援する側の関係を変えることなく支えてきたこと、そして子どもたちとの連携がしっかりと取れてきたことで、在宅生活が維持できている事例である。

今年、97歳になる高木さん、風邪など体調が悪い時は事業所の泊りを利用して、今も一人暮らしが続いている。

週間スケジュール表								
	日	月	火	水	木	金	土	その他
7:00								
8:00	訪問 (起床・食事準備)							
9:00	通い							
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00	訪問 (就寝・明日の準備)							
20:00								
<<備考>>								

マイナス 20 度、積雪も一晩で 1 メートルを超えることもあるような厳しい冬のある美瑛町において、13 年もの間、在宅での一人暮らしが実現できている事例である。登録時の要介護度 1 から現在の要介護 3 まで、加齢とともにゆるやかに状態像は低下しているが、元気のお過ごしいただいている高木さんの姿が浮かぶ。

(3) 小規模多機能らしいかかわりや支援と感じた支援事例 親なき後の息子を心配する高齢の親子を支援する事例

宮田さん（仮名）69 歳、92 歳の父親と二人暮らし。糖尿病で 1 日に 3 回インシュリンの自己注射をしているが、視力低下が進み自己注射が難しくなり、小規模多機能に相談、サービス利用となる（2014 年 5 月）。家事全般を介護者である父親がすべて行い、買物や宮田さんの通院も父親が車を運転し行っていた。

初めて訪問した際に、お父さんから「自分に何かあった時に息子のことが心配だ。できれば施設に入れたいと考えている。」という話があった。小規模多機能として、「お父さんに何かあった時には他のご兄弟とも相談し、しっかり支援しますから」と伝え、小規模多機能の支援が始まる。

2017 年 8 月、お父さんがゲートボールの最中に熱中症で救急搬送されそのまま入院、宮田さんは急遽小規模多機能に泊まることになった。

入院したお父さんは肺炎を併発し、別の病気も見付きり入院が長引き、12 月の末にやっと退院の許可が出たが、長期の入院生活の中で下肢筋力も低下し、自力歩行

もできず、要介護 5 の認定を受け、移動は歩行器を使う状態であった。これから冬に向かっていく中、このまま家に帰るのは難しいため、お父さんも小規模多機能の泊まりを利用することになった。

病院とは違い、小規模多機能は居室からリビング、トイレの導線も短く、家庭のような小さな空間という生活環境である。その中でお父さんの身体機能は少しずつ回復し、翌年 3 月には要介護 1 まで改善、家に帰る準備がはじまる。



最初に、お父さんが家に帰るために遠方にいる息子さんと連絡を取り、家の片づけを手伝ってもらい、お父さんは身体を慣らすことを目的に、お弁当を持って日中家で過ごす日々を数日続け、4 月に入って家に帰ることができた。中旬には宮田さんも家に帰り、事業所や父親の支援を受けながら、以前のような二人での生活に戻ることが可能となった。

以前と変わったのは、お父さんが車の運転をやめたこと。そのことで小規模多機能としては買物や宮田さんの通院介助が増えた。

お父さんからは、「小規模多機能を使っていて、本当に良かった」と。

小規模多機能では、宿泊室として続き部屋を準備した。もともと夫婦で利用することも想定していたことから、個室ではあるものの続きで使えるようなしつらえとしていたことが宮田さん親子に活用することができた。

また、入院環境から在宅復帰に向けての小規模多機能の利用では、本人（お父さん）にとって身近な環境を準備する（家庭的なしつらえ）ことや、目的を明確にしたかわりの支援が在宅復帰に向けてのポイントになった。医療機関から自宅へではハードルが高いものの、小規模多機能を経由することで、「以前のような自宅での息子の暮らし」の実現に向けた準備期間とリハビリを実施することができた。



宮田さん自身も、父との暮らしのイメージを本人、父親、離れて暮らす息子、さらに事業所とが共有し、父のリハビリに励む姿が以前の暮らしぶりを取り戻そうとする意欲が湧く結果につながった。

親子で時間と場所を共有することで、視力は低下しても、互いに意欲を高め合う関係を構築できた在宅復帰の事例である。

(4) 小規模多機能を利用する前と現在の違い

小規模多機能を利用することで、まわりの住民との関係が大きく変わった事例

小規模多機能の裏の道路を挟んで建つ、町営住宅の2階に住む、鈴木義男さん77歳、妻の佳子さん66歳（ともに仮名）。

義男さんは、リウマチで両上肢の関節の変形マヒにより、日常生活に介助が必要。両下肢の筋力低下で歩行が出来ず車いすを使って移動。佳子さんは知的障がいがあり、金銭管理や部屋の片づけ、ゴミの分別など日常の生活に支援が必要な状況である。

子どもさんは二人、長女は結婚して本州に、次女は隣町の施設で生活している。

義男さんは、以前まで利用していた通所介護（デイサービス）を止め、小規模多機能を利用することになった。

佳子さんは、ゴミ出しなどで、町営住宅の住民の方々と度々トラブルとなり、住民たちは、役場に行って「自分たちはとても迷惑している、佳子さんを施設に入れるべきだ」と直談判に行ったりしている状況であった。役場福祉課の相談もあり、小規模多機能で佳子さんの支援も行うことになった。

家の掃除やゴミ出しの手伝い、佳子さんには、事業所の畑の草取りなどをお願いすることで、週に2回事業所に来てもらい、少しずつ事業所の職員との関係が築かれて行く。町営住宅の廊下の掃除当番や月に1度の町内清掃も職員が佳さんを誘って行く。

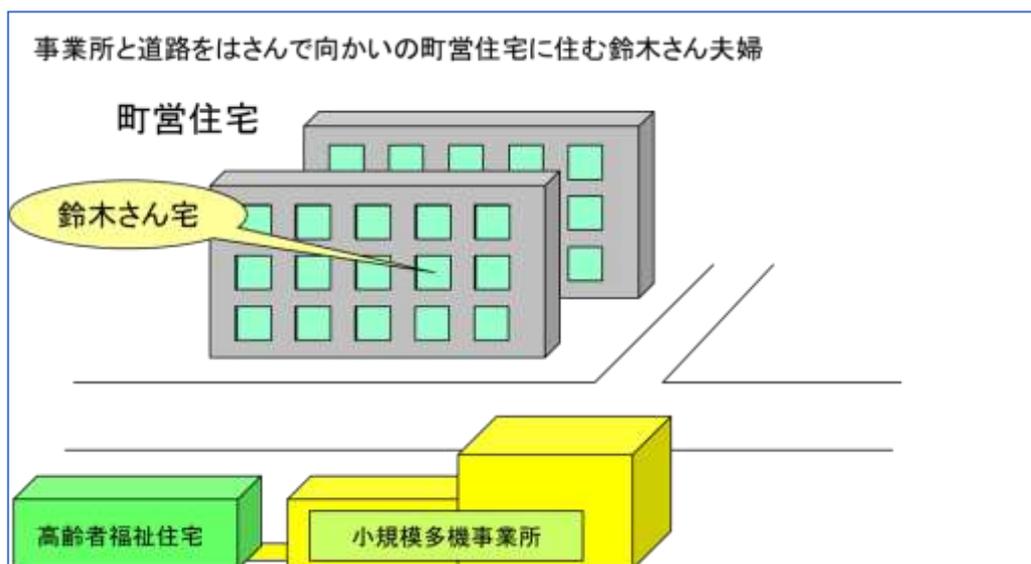
町内会長にお会いして、事業所が佳さんの支援を行うことになった旨を伝え、何かあったら連絡をお願いしている。

こうした事業所の鈴木さん夫婦への関わりの中で、町営住宅の住民の方々の鈴木さん夫婦に対する見方も変わり、協力的になっていった。

これを機会に町内会長には運営推進会議の委員になっていただき、さらに関係が強くなった。

この事例を通して、鈴木さん夫婦と町営住宅の住民との間に事業所が入ったことで、住民の方々が安心し、鈴木さん夫婦への見方が変わっていった。

長女さんとお会いした時に、「うちの両親は二人で一つなんです。どちらが欠けても今の暮らしを続けていけないと思っています」と言われたことに、事業所の所長が「大丈夫です。最期までお二人を支援します」と即答、娘さんが思わず涙を流されていた。



鈴木さんご夫婦の事例では、事業所にお越しただいてどんな介護をするかというよりおむしろ、鈴木さんと周囲との関係調整に焦点をあてた支援を行っている。身体状況が改善しても「出て行ってくれ」という周囲の不安を払しょくできなければ在宅生活は継続できないのが現実である。

鈴木さんはご近所から嫌われたくてゴミの分別ができていないわけではない。ご近所も出て行ってもらうことが目的ではない。「互いに困っている」のである。この互いの困りごとを小規模多機能が介在することで周囲との軋轢のクッション材となり、さらに町内会長を巻き込んでいく。在宅生活におけるケアとは何かを考える好事例である。

3. 川崎市（小規模多機能型居宅介護と生活支援コーディネーター）

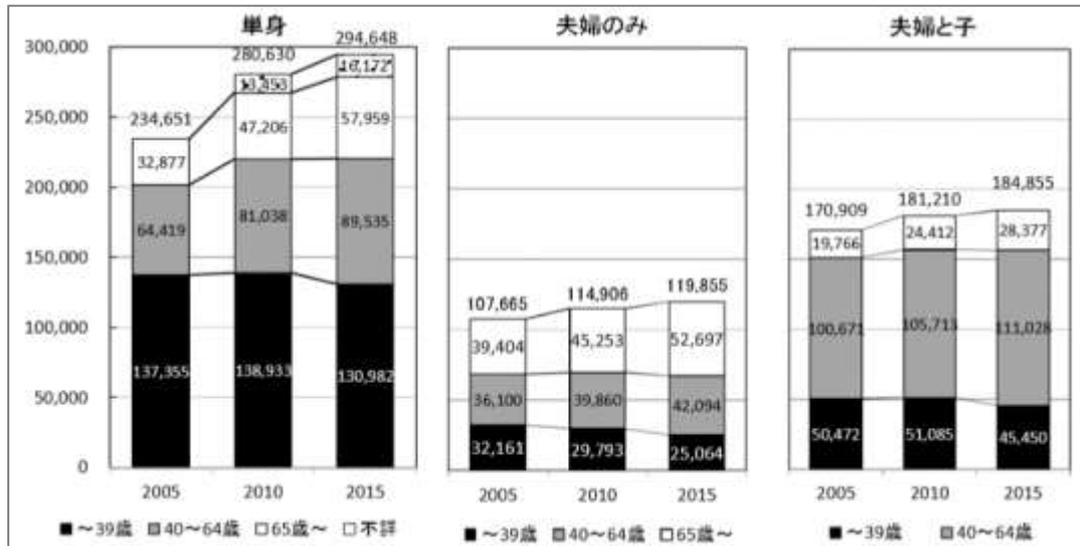
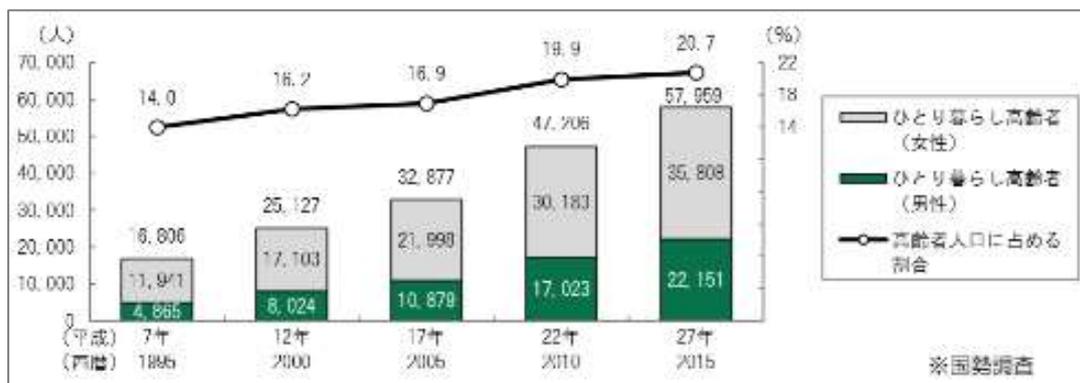
1.1 要介護高齢者の在宅生活の継続が困難になる要因

（参考：令和元年度小地域における生活支援体制等整備モデル事業 報告書）

（1）生活支援の充実が必要な背景

多くの都市が人口減少局面に入っている中で、川崎市では人口の増加が続いているが、総人口は2030年をピークに減少に転じる見込みである。一方で、高齢者数の増加は当面続く見込みとなっており、後期高齢者数が今後急増する見込みである。

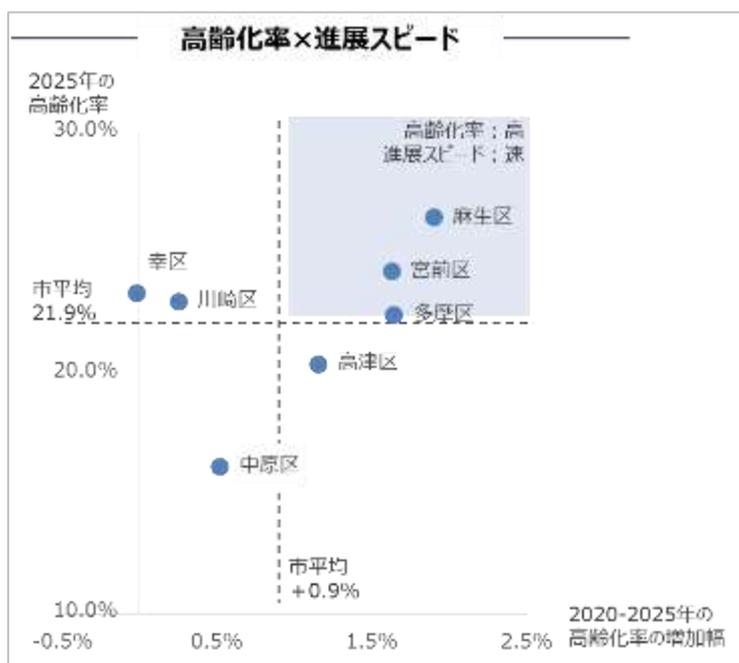
特に、ひとり暮らしの高齢者が過去20年で急増しており、高齢者人口に占める割合は2015年時点で20.7%と全国平均（17.7%）よりも高い。また、高齢夫婦のみの世帯も近年増加傾向にある。



第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画「かわさきいきいき長寿プラン」から引用

このような世帯構成等の変化により、家族の支援が見込めないひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加していることから、今後、高齢化の進展を上回るペースで生活支援ニーズが増加することが予想される。

また、高齢化率の変動は区ごとに大きく異なっており、その他世帯構成や周辺環境も地域ごとに異なる。



「川崎市総合計画第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」「第7期かわさきいきいき長寿プラン」をもとに作成

このことから、生活支援については全市一律のサービスによる対応は難しく、その地域の状況に応じた対応策を行政・地域住民・事業者等の協働によってデザインすることが必要になると考えられた。

1.2 小地域における生活支援体制等整備モデル事業の取組

川崎市においては、超高齢社会が進展する中で、高齢者だけでなく、障害者や子ども、子育て中の親など、すべての市民を対象とした地域包括ケアシステム構築に向けた取組を推進しており、平成30年度から、第2段階の「システム構築期」として、2025年に向けて「意識づくり」「仕組みづくり」「地域づくり」の取組を進めている。

こうした中で、「地域づくり」の取組として、多様な主体による日常的な生活支援の充実や、住民の社会参加促進による健康づくり・介護予防、生活課題解決のための住民同士の互助を支える仕組みづくりを進めてきた。

今後ますます多様化する住民の生活支援ニーズ等に対応するためには、より小さい地域単位において、「個別支援」と「地域支援」を有機的につなぎ合わせ、人と場、さらには人の生活と地域をつなぐ取組が求められている背景から、地域の（看護）小規模多機能型居宅介護に生活支援コーディネーターを配置して、小地域にお

ける住民等との協働による地域の生活課題解決や閉じこもりの予防に取り組む「小地域における生活支援体制等整備モデル事業（以下「モデル事業」）」を令和元年度に実施することとなった。

モデル事業を実施するにあたっての議論では、川崎市の背景や現状を踏まえ、どのように事業を育てていくのかの議論が重ねられた。

◆「ねらい」の検討事項◆

- *住民主体で取り組むのか、住民参画で取り組むのか（自転していく仕組み or 参画を促す仕組み）
- *お互いさまの関係づくり（我が事・丸ごと）
- *横展開を図る上で「社協型（小地域福祉活動）」or「事業型（個別ケースアプローチ）」で行くのか
- *ワンストップサービスとして、一定の事柄を小地域で完結する仕組みを目指すのか
- *住民の「生活、暮らし」を理解することで、利用者（要援護者）の支援の質の向上（ケアの質の向上への連動）
- *「目指す姿（目標）」のイメージ化

1.3 モデル事業の概要

①対象エリア

事業所所在地を中心として、概ね小学校区程度の範囲を基本とする。なお、実際の事業実施にあたっては必ずしも小学校区にとらわれず、住民の意識・地域文化を反映した生活圏域を対象エリアとすること。

②生活支援コーディネーターの配置

延べ20時間以上／1週間あたり

③生活支援コーディネーター業務

- i 対象エリアにおける社会資源（住民の交流、活動場所の状況）の把握
- ii 生活支援や閉じこもり予防等を必要とする対象者の把握・支援
- iii 対象者（家族含む）の生活状況、生活支援ニーズ等の把握・支援
- iv 対象者（家族含む）と、地域の関係者等による支援・サービスのマッチング
- v i からivを実践するために必要な地域の関係者との関係づくり
- vi 地域の関係者等との協働による生活支援サービスの検討を行い、可能な場合は実践を試みる
- vii i からviの実践で得た経験を活かした、行政が実施する地域診断・地域分析等への協力

1.4 生活支援体制づくりで（看護）小規模多機能型居宅介護に着目した理由

生活支援体制構築にあたり、生活支援コーディネーターを（看護）小規模多機能型居宅介護に配置することとした。

その狙いは、（看護）小規模多機能型居宅介護の持つ強みや在宅の包括報酬型サ

ービスの特徴を発揮することが、川崎市において身近な地域単位での体制づくりに適し、生活支援コーディネーターの武器として活用できると想定したからである。

【小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の強み】

○本人支援（個別支援の強み）

ケアをする場は事業所だけでなく自宅や地域まで様々な場面があり、そのかわりは朝から夜までと、ケアをする場と時間を問わない強みがあり、かつ、生活支援、身体的支援を行うだけでなく、本人の持つ力を発揮する役割や生きがいを尊重した支援と力を引き出すための声かけや見守りもケアとして取組むことができる包括報酬型サービスであること。

○家族支援・地域支援（地域支援の強み）

本人の自宅や地域での生活を支えるため、一番身近な家族を支える（家族支援）だけでなく、民生委員や自治会など地域の世話役と本人のつながりが切れないような支援をすることで地域に受け入れやすくする土壌づくり（地域支援）を行い、制度創設当初から運営推進会議という地域との結びつきをより強固なものとする装置を兼ね備えている。

○計画上の強み

小規模多機能型居宅介護は、保険者である市町村が指定権者となり日常生活圏域に計画配置されている事業として整備を進めている事業である。事業の偏りを最小限にし、住民にとって身近な地域に存在する事業であること。

1.5 モデル事業の取組内容

初年度となる令和元年度は、3つの事業所（エリア）が決まり、取組みが始まった。なお、令和2年度以降も順調に事業所数は増加し、令和2年3月現在で10事業所がモデル事業に取り組んでいる（令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、活動は最小限にとどめられている）。

令和元年度／取組み事業所とエリア

中幸エリア

（特定非営利活動法人「楽」小規模多機能型居宅介護ひつじ雲／幸区）

岡上エリア

（株式会社リンデン看護小規模多機能型居宅介護サテライトゆらりん家／麻生区）

菅エリア

（株式会社日本アメニティライフ協会 花織たま北／多摩区）

3つのエリアからの事業展開となったモデル事業では、定例会のほか担当エリアの社会資源マップ作りなども取組んだ。1エリアずつ地図を見ながら、支援を必要とする方をチェックした



り、サロンにいられている方、サロンの担い手、高齢者が集まる場所、公的機関など、さまざまに色分けしたシールを張り分けていく中で、改めて気づくことがあったり、他エリアの方にも説明しながら全員でチェックしていくことで、改めて自エリアを見直す機会につながったようである。

モデル事業の具体的な取組としては、特定非営利活動法人楽 ひつじ雲（幸区 中幸エリア）では、人が場をつなぎ、場が人をつなぐことを目指した中幸エリアでの「人」と「場」づくりのための「交流会」及び「交流拠点」づくり、株式会社リンデン ゆらりん家（麻生区 岡上エリア）では、飛び地である「岡上」における日常的な地域のつながりを持つための「岡上の新しい居場所づくり」が行われた。

特定非営利活動法人楽 ひつじ雲（幸区 中幸エリア）

(1) 取組概要
人が場をつなぎ、場が人をつなぐ。人と人とのつながりが少なくなった都会でも、求めるつながりは日本全国同じなのではないか。中幸エリアでの「人」と「場」づくりへ「交流会」及び「交流拠点」づくりの実践

(2) 中幸エリアでの「交流会」「交流拠点」づくり大事にしてきたこと

- ◆ 知り合いの少ない地域。知り合いの方との繋がりを更に強く
- ◆ 知り合いの知り合いを紹介してもらう
- ◆ 地域の協力者となれそうな方を紹介してもらう
- ◆ 集える機会を作り、今後、櫻田さんとの縁が深められる準備をする
- ◆ 壁の高い町内会との繋がりは、もう少し時間をかける

(3) モデル事業を通じた中幸町での取り組みから
(サクラダハウスから学んだこと)

- ◆ 「わたしの～したいの実現」「わたし発の『輪（つながり）』をつくる」
- ◆ 「挨拶からはじまる袖振り合うも多生の縁」「つながりを求めている」
- ◆ 「住民には住民のしきたりやルール、ペースがある」「急ぎたいのは事業者側」
- ◆ 「集える場、集いたくなる場」「いつもの顔が、いつもどおりにある安心」
- ◆ 「放っておかない」「巻き込む」

交流拠点：特養入所中の櫻田さんの「自宅に帰りたい」を実現するためのプロジェクトとともに、櫻田宅を「サクラダハウス」として地域交流拠点に

交流会：中幸町にある「クレッセデイサービスアップル」を活用し、サクラダハウスの改修完了を待たずに開始

「中幸町では人との縁づくりにこだわる」
「つながりが増え、深まれば、1人の願い、みんなの願いを叶えられる」
「待っている人、あきらめている人がいることに思いを馳せ、つながる努力を!!」

中幸町民にむけの 高齢者の皆様

交流会のお知らせ

本町に在住の100歳以上の高齢者の方、お住まいの町内会・地区の役員の方、お誘い合わせの上、お気軽にご参加ください。

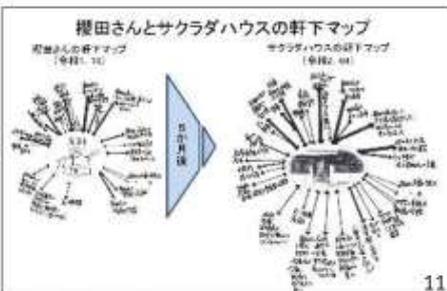
日時：令和2.1.26(日)
10時～15時

会場：あひだる 町民センター 2階

会費：無料



櫻田さんとサクラダハウスの軒下マップ



11

株式会社リンデン ゆらりん家（麻生区 岡上エリア）

(1) 取組概要

飛び地「岡上」。農地も多く、里山の景色がまだ残り、小学校が1つ、大学が1つ、町内会が2つ、公共施設が3つ（岡上分館・いこいの家・こども文化センター）、駐在所が1つ、信号が2つ。

まともにも良く、顔が見える関係も残っているが、高齢者の一人暮らし世帯も増え、日常的な地域の繋がりを持っていない人も増えてきている。「岡上の新しい居場所づくり」の実践



(2) モデル事業のコンセプト「地域の応援団探し・一人一人の応援団づくり」

林田代表がコンセプトに共感し、地域を愛するコーディネーターが見つければ…そうだなー三上さんだ！

(3) 生活支援コーディネーター「三上さん」の地域での暮らしの実績

～あみの目のように張り巡らされた人脈と地域資源とのつながり～

◆これまで企画し、担当してきた岡上分館の講座

「市民自主学級・自主企画事業」「岡上さとやま探検隊」「わが家のハザード・マップを作ろう」「ぐるめ岡上」「岡上リアルフェイスブック」「岡上の史・資料から学ぶ歴史」などなど

◆これまで地域で担ってきた役割

「岡上小学校」「地域の寺子屋」「岡上こども文化センター」「岡上小わくわくプラザ」「ふれあい子育てサポート」「麻生市民館社会教育専門委員」「元市PTA理事、元区PTA委員」「岡上分館元職員」「麻生区地域教育会議」「岡上配食ボランティア」「シニア料理サークルQキッチン」「コミュニティカフェみんなのカフェ」…まだまだある！



ゆらりん家/地域開放

【オープン時間】 日曜日 10時～16時

【対象】 新生児から、どなたでも

【内容】 未所費款（10月～2月）：668人

+ ゆらりん食堂

おとな400円 小学生以下100円

コーヒー・紅茶（お菓子付き）100円

+ 講座 フェーズフリークッキング（防災クッキング）

多様なつながりを生む「まちのひろばの可能性」

+ 歌声喫茶 第2日曜日14時～15時 無料・予約不要

+ 健康体操 第3日曜日11時～12時 無料・予約不要

+ 健康寿命を延ばすウォーク 2020年5月から、第2土曜日午前



こんな場所に⇒スタッフと来る人との間に垣根がない
支援する、支援される やってあげる、やってもらう
助ける、助けられる 教える、教えられる
だれでも役割を持てる機会がある

▶ 義務もなく、自由にその垣根を感じない関係

(4) これから目指すもの

日々の暮らしの中で、にぎわい、たのしさ、助け合える、挨拶をかわせる、知り合える、繋がれる etc
岡上の人と人、団体と団体、人と団体をつなげ、地域の人たちと共に地域課題を見出し、解決方法を考えていきたい。岡上ににぎわいとつながりの居場所を！ 12

モデル事業を展開するのなかで、毎月連絡会を開催し、会を重ねるごとに月々の変化が表れた。都市部だから人と人とのつながりが薄いかということ、そんなことはなくつながりを求めていることがわかった。

本モデル事業を通じて、人とのつながりを深め、助けてと言える日ごろのお付き合いであったり、従来の民生委員や自治会、町内会の役職者だけでなく、つながりを求めるアクティブシニアの活躍の場をつくることで、自らのまちを自らが考え、行動する機会となっている。

1.6 モデル事業を通じて/頼り頼られることができる関係づくり

関係が希薄といわれる都市部だからこそ、早く出会って長くお付き合いすることが大切である。

日常生活における困りごとの解決機能や場は、身近な地域にいつもあることが大切である。多くの高齢者は、助けてほしいと声に出すまでに時間がかかる。「もうちょっと」「まだ」「こんなことくらいで」と思っているうちに、助けを求められなくなる。気兼ねなく連絡できると思っている親族よりも、日ごろの変化に周囲が先に気づくことができるなじみの近隣にあり、高齢者本人にとって身近な存在であることが求められる（血縁よりも地縁）。

これまで数十年かけて培ってきた「お互いさま」のお付き合いを、手助けが必要になっても継続することで、見知らぬ誰かの援助ではない、手を貸す側にとって

も、借りる側にとっても安心したかわりが「生活支援」につながる第一歩なのではなかろうか。

都市部や繁華街では、近隣同士の関係が希薄であったり見えない場合も多く、近隣とのお付き合いに否定的な発想があることも否めない。他方、金銭的契約で解決できることもある。この場合、お互いさまのような関係を必要としない方もいる。拒否・放棄される方まで取り込んで体制づくりを目指すことが本事業の目的ではなく、必要としている方にとって必要なつながりを構築することが求められる。

一人ひとりを具体的に支えていく積み重ねが、「手を借りてもいいんだ」「自分にもお手伝いできることがあるんだ」という経験値となり本人（高齢者）をはじめとした個の支援からはじまるコミュニティづくりにつながる。まさに共同体として一人の支援が本人以外の支援（地域課題支援）にも関心が向いていくからである。

その人らしい暮らしを続けるための課題解決（環境整備）が、結果として生活支援体制を作ること（個の支援から面としてのあり方の検討へ）につながる（サービスづくりからではないアプローチ）と考えられる。

2.1 生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援

～本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネートのあり方～

一人ひとりを具体的に支えていく積み重ねが、「手を借りてもいいんだ」「自分にもお手伝いできることがあるんだ」という経験値となり本人（高齢者）をはじめとした個の支援からはじまるコミュニティづくりにつながる取組から、一人ひとりのその人らしい暮らしを続けるための課題解決（環境整備）が、結果として生活支援体制を作ること（個の支援から面としてのあり方の検討へ）につながるサービスづくりからではないアプローチと展開している川崎市において、小規模多機能型居宅介護の利用者への取組について調査した。

（1）本人の～したいを実現する

小規模多機能型居宅介護ひつじ雲★浅野さん（仮名）のケース

浅野さん（85歳）女性、要介護3、認知症日常生活自立度ⅢA。

長男夫婦と同居しているが日中は独居。長男は母親のことを心配していた。

出会いは7年前。出会った頃の浅野さんは、自宅の3階からほとんど降りず自室にこもっていた。皆さんとの会話にも入らないタイプ。以前は、通所介護を利用していましたが、サービス利用時でも会話や交流に参加せず、通所介護の利用を断念。日中独居の時間を回避するための場として小規模多機能型居宅介護を利用し始めたが、利用開始後、半年近くは、寡黙でじっとしていることが多かった。

生きるためにではなく、浅野さんの「暮らし」のための時間を作りたいと考えたスタッフが、浅野さんのこれまでの暮らし、つながり、趣味、行きたい場所、やりたいこと、時間をかけて丁寧に会話を続けていった。その会話の中で出てきたのが「昔、ダンスが好きでダンスホールに通っていた」という話であった。

ひつじ雲の利用者の中にはダンスのできる男性利用者もいて、職員が音楽を流すと一緒に踊った。普段、10数メートル歩くだけで、「苦しい」「疲れた」と言う浅野さんが生き生きと踊っている。長男さんは母親からダンスが好きなどと聞いたことはなかったと話していた。

車いすでひつじ雲までの行き来をしていたが、歩行器利用を勧めて行き来をするようになった。息が切れる、疲れたという言葉が度々聞くが、途中で一休みし、歩行器利用で浅野さんが好きな歌を歌いながら帰路に就くことも度々。歩行器でスタスタと歩けるようになった浅野さん。息子さんの帰宅が定時のとき等、途中まで出迎えてくれることもある。

2019年11月、階段から落ちて背部など複雑骨折をした。3か月近く入院した病院からリハビリ病院に転院しリハビリをしていたようだが、成果が上がらなく、殆ど寝たきりの状況を見た息子さんは悩んだ末「母親を退院させるのでひつじ雲さんに通っていいですか」と連絡があった。最期まで家で見てあげたい、ここで過ごすのが母親の望みだろうと息子さん夫婦が、そのような考えに至ったようだ。これまで

のように通うようになったが、硬直気味の浅野さんを階段から降ろすこと、もちろん車いすでの移動。よって当初は、車での送迎だった。何ができて、何ができないか。言葉が出てこない。一日中、眠っている。話し合い、以前の浅野さんに近づけるようになるためにどうするかを考え、ゆっくり立ち上がってもらい、ひつじ雲でトイレに行く時は歩いてもらうよう働きかけた。少しずつ、椅子から立ち上がり歩けるような機会を作った。「浅野さん、一緒に運動しよう」と声をかけて、玄関にある上がり框を使って、職員と一緒に階段を上がる、降りることを何回も、通いの日は毎回続けてきた。「浅野さん、運動しよう」の言葉に、浅野さんは自然に椅子から立ち上がり、ゆっくり玄関に向かう。

車いすは一か月くらいで手放し、歩行器に変えた。機能的な低下はあるが、歩行器で帰るのが浅野さんの日常になっている。長男の妻の言葉がけも多くなった。

川崎駅にほど近い所に住む浅野さん一家。まだ表情は戻ってこないが、歌を一緒に歌って帰っている姿に、近所の方々が「お帰り」と声をかけてくれる。昔からお付き合いのあるご近所で、浅野さんの視線も声の主を捉える。

「浅野さんがまたダンスをできるように」が、浅野さん、息子さん夫婦、スタッフともども力の源だ。浅野さんがサービスを利用する理由は、もう一度、誰かと組んでダンスするためだからだ。

(2) 深夜の緊急利用

小規模多機能型居宅介護ひつじ雲★杉田さん（仮名）のケース

杉田さん（84歳）女性、要介護2、認知症日常生活自立度Ⅱb。

老夫婦世帯。主たる介護者は夫。県内に息子はいるが、体調を崩している。

令和3年1月、1本の連絡が入る。夫が体調を崩し、緊急搬送が必要だが、夫は認知症の妻一人を置いて救急車には乗れないと救急搬送を拒否。夫の体調を考えると、一刻も早く搬送が必要だが、搬送できない。妻である杉田さんも一時体調を崩し、ようやく回復して間もなく、体力も落ちていたことから、妻を心配する気持ちも当然である。

近隣の入所系・短期入所系サービスをあたって、コロナ禍の状況で緊急利用できる施設はなく、夕方から調整をかけていたものの時間だけが過ぎていった。そこでひつじ雲での受け入れとなった。このとき日付が変わる少し前である。

今回の場合、ひつじ雲が登録定員いっぱいであったため、本来通常の登録では利用できないが、一時保護が必要な場合と捉えて、定員を超過しての受入が可能であった。

24時を回っての受入にあたっては、他の利用者への影響も考え、生活支援コーディネート業務で活用しているひつじ雲とは別の拠点「ひこーき雲」での受け入れとし、ひつじ雲より寝具や緊急の宿泊に必要な備品等を持ち込んで杉田さんを受け入れることとなった。

杉田さんも、認知症状はあるものの、ゆっくりと時間をかけて会話をすれば、意

思の疎通は可能であり、深夜の受入となったが、スムーズな受入をすることができた。

杉田さんも一時体調を崩し、横になって深い眠りが多かった模様で、起床時や移乗時に関節を支えると痛みを訴えていた。硬くなっている様子が観て取れ、できるだけ、ゆっくり立ち上がってもらい、いすでの座位時間を意図的に長くとるようにした。体力低下のためか良く眠る。数日間は食欲もなく、眠りが優先されていた。ひつじ雲の食事を運んでもらい、食べる、水分を取ることに時間をかけた。3日が経過した頃から食欲が出てきた。これまで在宅では口腔ケアに取り組めなかったようであるが、歯ブラシを持って「杉田さん、磨いてください」と声をかけると磨いてくれるようになった。「お父さんが退院したら、お父さんと晩酌できますね」と冗談話をしながら、最後、口腔内の確認をさせてもらった。気になる点が多いが、自宅に戻ったところで、ヘルパーさんに口腔ケアに取り組んでもらえたらと思っている。

ご主人は 8 日で無事に退院。ヘルパーさんの訪問をこれまで以上に細やかにし、訪問看護が必要時訪問できる契約で、在宅生活が再開されたようだ。

(3) 居場所と心のよりどころ

ナーシングホーム岡上★ゆらりん家★田中さん（仮名）のケース

田中さん（81 歳）女性、要介護 1、認知症日常生活自立度Ⅲa。日常生活自立度 A2。ご主人は社交的な方であったが、8 年前に亡くなられて、現在、田中さんは一人暮らしである。往来可能な近郊の都市に、長男と次男が住んでいる。長男嫁も 1 週間に 1 度は食べ物等の準備をしに来てくれ、家族関係は良好である。

岡上地区では田中さんは有名である。ピンクの服を着て町内を歩いていることが多く、地域の皆さんからは「ピンクのおばちゃん」と呼ばれ親しまれている。

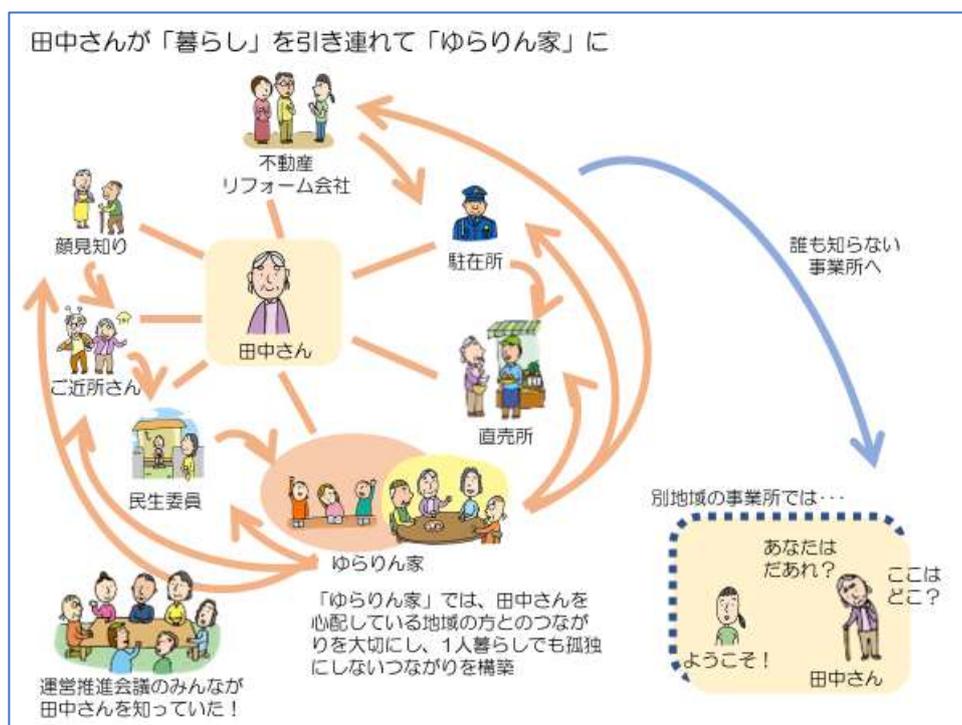
田中さんの日課は、亡くなった旦那さんの墓参り。認知症状が進み、道に迷われることもあり、息子たちが心配をし、自分たちで調べて麻生区にある認知症対応型共同生活介護（グループホーム）も併設している小規模多機能型居宅介護を利用することになる。契約をし、通いの予定を立てたものの、1 回も利用せずに終了。送迎車に乗ることを嫌がられ、通いに結び付かないためである。事業所は週に 1 回、掃除・洗濯のための訪問で介入することとなり、田中さんも受け入れた。

田中さんとしては、知らないところに通うことを受け入れられず、毎週日曜日に実施している生活支援コーディネート事業の拠点でもある「ゆらりん家」にこられた。ゆらりん家は、田中さんの自宅とお父さんのお墓の中間にあり、寄りやすい場所。交流スペースに子どもたちもおり、子どもと遊んで帰られることも多く、それ以来、顔見知りになる。それから毎日来られるようになり、お茶を飲んで帰る。

息子さん夫婦のお嫁さんが気づいて、そろってゆらりん家に来られる。お嫁さん曰く「自分で自分の居場所があった」と。「私たちの知らないところでお義母さん

は、自分でつながりを作って生活していたのね」。

日々関わっている家族の不安はある。一人暮らしをしているが、道に迷う。いずれは入所施設にも考えている。感覚が弱くなっており、暑さ寒さも感じられなくなっている。



直売所の方も 1 人暮らしにしては、たくさん買い物をしてお金を使っていることを心配している。買いすぎが心配になるとゆらりん家に連絡がある。見守ってくれる人がたくさんいる。不動産屋さんも心配して声をかけてくれる。運営推進会議ではいつも話題に出る田中さん。

憩いの家では長年、しめ縄づくりの講師をしており、田中さんの作ったしめ縄で新年を迎えている地域の家庭も少なくなかった。

田中さんの願いは、これまでどおりの生活をこれからも送ることである。

(4) 早めの出会い★つながりとつながる理由

ナーシングホーム岡上★暮らしの支援を考えるケース

佐藤さん（仮名・83 歳）男性、要介護 1、認知症日常生活自立度 I。日常生活自立度 J2。事業所では、がんの奥様を見ていたつながりがあったが、奥さんは亡くなり佐藤さんは一人暮らしとなる。佐藤さんは、岡上地区の出身ではなく、地域のつながりが以前からあった方ではない。

佐藤さんの異変を感じたのは、葬儀のときである。奥さんの葬儀に白ネクタイで出席しようとして、はじめて佐藤さんの様子がおかしいことがわかった。佐藤さんの兄弟は、北海道におり、兄弟の話では、このまま岡上地区で暮らしたいと佐藤さんが話されていることがわかる。兄弟からは、見守ってくれないかとの依頼がある。その後、要介護認定を受け、要介護 1 となる。

ナーシングホーム岡上を利用し、グランドゴルフ、憩いの家のカラオケなど、地域のあらゆるところに顔を出している。週 3 回の通い利用。駅前に買い物に行った時には、必ずここにお茶のみに寄る。

自らの力で、岡上地区での暮らしを豊かにしようしていることがわかる。ナーシングホーム岡上では、要介護高齢者として佐藤さんを捉えるのではなく、同じ地区に住む高齢者の一人として、佐藤さんの暮らし全体を俯瞰しながら佐藤さんのつながりとつながる先をフォローしている。

今後、重度化していっても、同じようにつながりを重視していきたい。

認知症の初期の段階で佐藤さんとかかわることができ、早めの出会いだからこそ、健康の保持だけでない「暮らしの支援」ができています。

生活支援コーディネーターの実践を通して、早めの出会いの重要性を再認識している。ボランティアに来られる 70 代の女性は、洗濯物たたみに来られる。ご主人を亡くして一人暮らしをされ、女性がボランティアに来る理由は「人の声が聞けるだけでいい」「そこにいさせてほしい」というニーズを満たすためだ。

生活支援コーディネーター業務によって、ますます増える独居高齢者の「孤独」や「孤立」を防止し、他の高齢者とかかわることで「老い」を受け入れることにつながったり、自らの暮らしぶりを振り返る機会ができていと感じる。ボランティアをされていた方が、いつのまには利用者になっているのが理想である。ボランティアか利用者かの別の「名札」をつけたい考える人はいない。

「暮らしの支援」は、これまで培ってきた人間関係を取り戻すことでもある。89 歳のがんの女性は、80 代後半まで町会の世話係をしてきた。長年、町会の副会長をしてきたため、地域とのつながりも深い。

独居であるこの女性は、入院していた病院からナーシングホーム岡上に戻ってきた。最後を地域で迎えるためだ。約 3 週間連続の宿泊を利用し、コロナ禍の状況の中でも 1 日複数人の面会がある。「若いときに、おばちゃんにこっぴどく怒られた男性」「町会で世話になった役員」「近所づきあいをしていた方」など、面会に来られる方の顔ぶれは様々だ。

ナーシングホーム岡上があることで、このコロナ禍の状況の中でサヨナラの機会を作ることができた。

地域とのつながりはそれぞれである。積年の関係性もあれば、最近はじまったお付き合いもある。生活支援コーディネーターを通して、人生の最期まで輝ける「居場所」を自宅や地域に作るお手伝いであることを念頭に、要介護度や認知症からその人を捉えるのではなく、身体機能や ADL は自立していなくとも、地域社会での暮らしぶりや、地域の一員としての社会に貢献する姿を応援していきたい。

4. 加賀市（地域包括支援センターランチ&地域福祉コーディネーター）

1.1 人づくりからの出発

加賀市の転機となったのは、第3期介護保険事業計画づくりである。介護保険制度創設後、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの入所系サービスの充実が図られ、市内の要介護認定を受けている方のうち、要介護3以上の方が全員入所できるほどの受け皿として入所系サービスが整備されていた。

第3期介護保険事業計画（平成18年度～平成21年度）に向けて、平成15年度より人材育成が始まった。ケアマネジメントリーダー事業、認知症ケアマネジメント研修会、チーム単位で参加する実践研修会などのケアマネジメントに特化した研修に加え、介護サービス事業所向け研修として、訪問系サービス研修、通所系サービス研修、地域密着型サービス事業所研修、入所施設職員研修などの職種別・事業所別研修に加え、地域包括支援センター職員が介護サービス事業所・施設、医療機関などの現場で全職員を対象として出前研修を実施、さらに県主催の研修で、定員枠の関係で受講できない事業所のために平成22年度からは認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を実施している。

他方、市民へのアプローチも取り組んできた。介護保険などの公的サービスだけでは対応できない、地域の高齢者の個別ニーズに応えるための人材を養成すべく、生活支援サポーター養成講座、傾聴ボランティア養成講座、市民後見人養成講座の3つを一体的に実施し、研修終了後、ボランティア登録していただき、地域包括支援センターと連携しながら、団塊の世代の地域貢献や生きがいづくりに取り組んでいる。

認知症へのアプローチについては、地域密着型サービスを中心に、キャラバンメイト養成研修を実施し、認知症高齢者が関わる社会資源に「認知症サポーター養成講座」の開催の働きかけをし、運営推進会議を拡充する形で、地域住民とのワークショップ、地域に不足する資源や取組みを介護保険事業計画に反映する仕組みをとっている。

1.2 地域密着型サービスを推進

平成18年に地域密着型サービスが創設され、これまでの入所系サービスが整備されてきた流れから、地域密着型サービス、中でも小規模多機能型居宅介護を整備していく流れに切り替えられた。その理由は、高齢者が要介護状態になっても「地域や家族と離れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならないと捉え、立地を重視すること、また、要介護高齢者のみが集まる場所でなく、元気な高齢者、子育て世帯など、地域の様々な人達が集える場を作ることを重視した。よって平成18年から小規模多機能型居宅介護の事業開設にあたっては公募制とし、その要件として「地域交流が図りやすい街中の立地であること」「介護予防拠点を併設整備し、地域の高齢者等を含めた介護予防の取組みを行うこと」「整備する町における区長会・まちづくり協議会の同意を得ること」「既存施設等（民家、空き店舗、廃業旅館等）を極力活用すること」「自主的な地域住民との交流の取組みを行うこと」な

どを掲げ、募集した。

さらに、事業所指定においては、指定事業者からマニフェストを提出してもらい、自らが自らの宣言により日々事業運営するよう、自転する仕組みを取り入れた。

令和2年4月現在、日常生活圏域は7つ、地区単位数はさらに細分化し小学校区を目安に21地区とし、14か所の小規模多機能型居宅介護事業所を整備している。

他方、地域密着型サービス事業所が、より地域に根差した実践ができるよう、地域住民への事前説明会、地域住民が出入りしやすい設計、学童クラブや地域交流スペースなどの併設、既存の社会資源や地域のしきたりを大事に、備品購入などは、できる限り地元商店で、町内会への加入と行事への参加、清掃業務などに地元住民を雇用、開設前から運営推進会議を開催などの動きを行政としても取り組んでいる。

1.3 地域包括支援センターブランチ兼地域福祉コーディネーターを配置

それまで加賀市では地域包括支援センターを直営で基幹型として運営してきた。上記にあるとおり、事業者や市民の人材育成、よりサービスや支援を必要とする方々にとって身近な拠点となるような地域に密着した事業展開などを展開してきたが、平成26年度より従来の直営1か所だった地域包括支援センターを各地に分散する試み「ブランチ」機能の展開へと発展させていくためモデル事業を実施した。

その目的として「よりきめ細やかな高齢者の見守りや相談、支援などを効果的に行うため、身近なところで相談を受け付け、地域包括支援センターにつなぐための窓口機能を有し、併せて、友人やご近所、世話焼きさん、地域団体、ボランティア等といった支援の担い手との連絡・調整や地域福祉活動の後方支援等の地域福祉コーディネートを行う（「地区高齢者こころまちセンター手引き」より）」と定義づけている。

モデル事業を行う事業所は、24時間365日の在宅を支えるサービスである小規模多機能型居宅介護において実施することを検討することとしていたことから、1年目となる平成26年度は、市内の小規模多機能型居宅介護事業所3か所の指定をし、実施することとなった。

モデル事業では、介護予防／基本チェックリスト対象者の訪問を通じて、本人の思いや暮らしぶりを知ることで、困ったときに相談できる関係づくりを目指し訪問した。訪問活動を通じ、家の中で役割を持って生活している人がいたり、健康に対する意識を高く持ち、地域の健康体操やサークル活動等に参加している方も多く見受けられた。また、支援を求めている人たちばかりではなく、地域で困っている人々を助けているかわりや状況も知ることができ、地域での住民の暮らしの営みは、支援する側される側の一方通行の関係ではなく双方向の関係で成り立っていること、ご本人が普段付き合っている方や、よく行く場所を把握することで、つながりが見える化（軒下マップの作成）し、サービス利用ありきではない暮らしの支援のあり方を探る方策を検討することにもつながった。

一般的に地域福祉コーディネート機能と捉えると、小地域を面としてとらえ活動

の場や機会を地域の中に作っていく機能をイメージしがちだが、加賀市ではこのような取り組みを通じ、最小単位である個人に目を向け、個人のつながりを地域として生かしていくようなアプローチをしていくこととなった。

このようなモデル事業の取り組みから、翌年から始まる第6期（平成27年～平成29年）以降の基盤整備方針として、加賀市総合計画における7地域拠点と整合性をとり、日常生活圏域は7圏域とするが、介護保険サービス等のハード面を中心とした基盤整備については、地域づくりに主眼を置き、圏域をさらに細分化した地区単位（21地区≒小学校区程度）で対応することとし、地域密着型サービス事業所もさらに地域特性を活かした事業展開を図るために、圏域単位の整備を念頭に地区単位での事業展開による拠点の分散化を図ることとつながっていった。

地域包括支援センターブランチと地域福祉コーディネート業務について

ブランチの主たる業務

- 地域の身近な窓口として基幹型地域包括支援センター(直営)につなぐこと
- 【事業内容】 地区の高齢者の個別相談、支援、個別の地域ケア会議等
- 【機能】 24時間365日の対応、必要時の訪問、緊急宿泊対応可能

地域福祉コーディネート業務の主たる活動内容

- 友人、ご近所、世話焼さん、地域団体等の担い手とのコーディネートや個の支援を通じて、地域づくりに繋げること
- 【事業内容】 地域資源の把握、開発、関係者間の情報共有、交流活動の開催支援
- 【機能】 高齢者と地域資源をマッチングするためのコーディネート、地域の地域福祉活動拠点等後方支援

相乗効果

- ① 早めのお会いと身近で相談しやすい拠点
⇒ 地域で身近な相談体制やすぐに駆けつけられる体制
- ② どんな状態になっても地域で暮らし続けられる体制
⇒ 介護サービス利用有無にかかわらず「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」が必要
- ③ 地域での住民主体の生活支援の体制構築
⇒ 介護問題を地域住民が自身のこととしても捉えられるような、地域全体で支える仕組み、機会の創出(高齢者の社会参加できる人はたくさんいる)

令和2年度現在15か所のブランチが設置されているが、そのうち市内14か所あるすべての小規模多機能型居宅介護事業所にブランチが設置され、地域で身近な相談窓口・活動拠点として機能している（もう1か所は地域密着型介護老人福祉施設）。

1.4 ブランチと地域福祉コーディネート業務からのフィードバック

(1) 事業所内での共有

ブランチ兼地域福祉コーディネーターが地域で訪問を重ねる中で、訪問を通じて知ったチェックリスト対象者の生き様や活動、ご近所とのかかわりなどは、地域福祉コーディネーターだけが知っているのではもったいない。この機会を事業所全体として取り組むことで、事業所職員の学びの場とすることが必要ではないかと感じ、介護保険サービスとしての小規模多機能型居宅介護と地域との関係づくりのうえで最高の「宝物」にもなりうると感じるブランチも少なくなかった。訪問から感

じた思いや体験、地域住民と関わることの喜びなど、訪問を通じて地域に職員を育てていただき、職員のスキルアップ、事業所内のチームワークを高めることにつながる還元を事業所内でも積極的に取り組んでいる。

(2) 認定率の低下

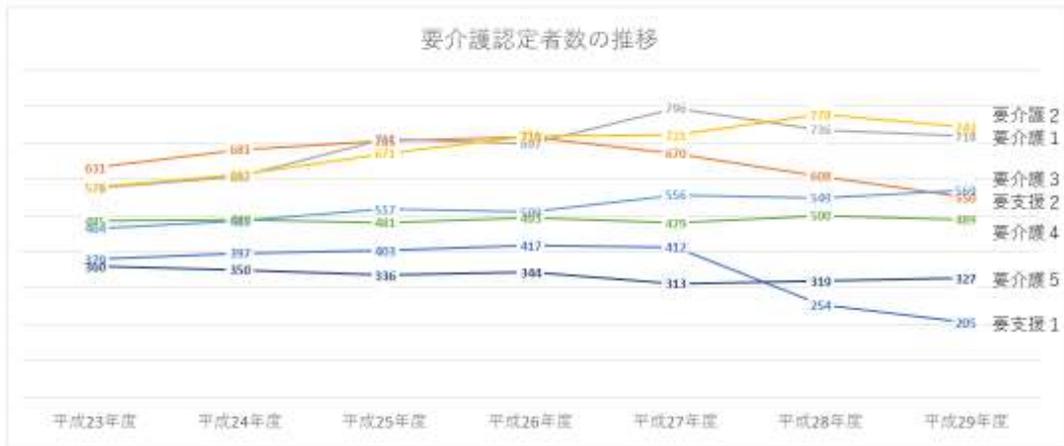
また、地域包括支援センターブランチ兼地域福祉コーディネーターの取組は、加賀市の介護保険政策への影響も少なくない。その成果は数字となって表れている。



地域包括支援センターブランチ兼地域福祉コーディネーターの取組みのみの影響だけとは考えにくいですが、高齢化率及び後期高齢化率は経過年数とともに上昇傾向にあるが、地域包括支援センターブランチ兼地域福祉コーディネーターを設置した年から、認定者数は減少傾向にあり、住民にとってより身近な拠点としての機能が有効であると推察される。

【石川県加賀市】

要介護認定者数の推移



要介護度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
要支援1	379	397	403	417	412	254	205
要支援2	631	681	705	716	670	608	550
要介護1	576	607	711	697	796	736	718
要介護2	577	612	671	719	721	778	743
要介護3	464	485	517	509	556	549	569
要介護4	485	489	481	493	479	500	489
要介護5	360	350	336	344	313	319	327
要介護計	2,462	2,543	2,716	2,762	2,865	2,882	2,846

高齢者人口は微増横ばい傾向にあるが、軽度者（要支援1～要介護1）までの認定者は減少傾向にある。要因は何か。

項目	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
65歳以上人口	19,684	20,359	21,052	21,667	22,245	22,502	22,688
65～74歳	9,632	10,124	10,671	11,245	11,605	11,558	11,431
75歳以上	10,052	10,235	10,381	10,422	10,640	10,944	11,257

出典：第6期・第7期高齢者お違者プラン

(3) 本人を自宅や地域から切り離さない支援（軒下マップ）

モデル事業から6年間で15か所のランチが開設したが、地域福祉コーディネーターが訪問活動をする際には必ず軒下マップの作成をすることが義務付けられている。軒下マップとは、これまで本人が培ってきた人間関係や役割、生きがいなどを図式化し、要介護状態になっても、だれと会いたいか、何をし続けたいか、どこに行きたいかなど、本人のそれまでの暮らしを把握するとともに、誰の支えによって今の暮らしができているのか、買い物に行く商店では、どのような声かけをしてくださっているのかなど、双方向の関係や状態を把握するためのツールである。

【石川県加賀市】

地域で支え合う体制づくり

評価項目		平成27年度	平成28年度	平成29年度	考え方		
活動指標	地区単位の地域ケア会議開催数	目標	24	36	48	住民と共に地域課題を考える機会を増やします。	
		実績	11	14	-		
	市内横断ワーキング開催数	目標	4	4	4		
		実績	6	3	-		
	地域福祉コーディネーター配置数	目標	16				
		実績	6	5	-		
	家事支援サービス人材養成講座受講者数	目標	60	60	60		地域で活動する担い手を増やします。
		実績	24	27	-		
介護用品支給事業利用者数(月当たり)	目標	350	360	370	家族介護の負担を軽減します。		
	実績	330	325	-			
家族介護支援事業開催数	目標	30	30	30	家族介護について考える機会を増やします。		
	実績	6	10	-			
成果指標	軒下マップ作成数(累積数)	目標	300	450	600	本人のサポートネットによる支援を行います。	
		実績	197	1,263	-		
	家事支援サービス人材登録数	目標	30	30	30	住民主体の生活支援体制を整えます。	
		実績	23	26	-		
	家事支援サービス利用者数(登録者数)	目標	-	28	43		
		実績	-	45	-		
家族介護支援事業参加者数	目標	600	600	600	家族介護を支える市民を増やします。		
	実績	128	216	-			

出典：第7期 高齢者お違者プラン

ある独居高齢者は、ごみ捨てはご近所の〇〇さんがかかわり、日ごろの様子は地区担当の民生委員が行い、買い物に行く商店では、支払いの際に昨日も買った同じものを買わないように声がけをしてくれるなど、生活の中でのお互いさまの関係をさらに機能させていくために、できることをできる範囲で一歩ずつ踏み込むなど、困りごとをサービスに置き換えるのではない、本人の持っている関係力を生かした支援につなげている。

加賀市では、軒下マップをランチ活動でのチェックリストのハイリスク者への対応から始まり、市内のすべての要介護認定者へ広げていく取組もしている。このような取組が、困りごとがあったら介護サービスへという流れではなく、困りごとを解決するための本人中心のパーソナルサポートネットワークを作ることが、本人の望みであり、自宅や地域から本人を切り離さない支援の生かされていると考えられる。

1.5 新型コロナウイルス感染症への取組

(1) 新型コロナウイルス感染症を地域とともに学ぶ

石川県でも第1波の2020年4月には緊急事態宣言が発出される地域となり、これまでのおたっしやサークル(住民によるサロン活動)や介護予防教室、運営推進会議など集う場が自粛され、顔を合わせたり、集う場がほとんどなくなっていった。

加賀市高齢者こころまちセンター（基幹型地域包括支援センター）でも、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止とフレイル予防の両面での対策が必要という議論が初夏の時期より活発に議論されるようになった。

本委員会委員でもある堀田聰子氏（慶応義塾大学大学院教授）の紹介により、地域を支えている小規模多機能型居宅介護の支援として、公益財団法人風に立つライオン基金（理事長：さだまさし氏）が感染予防対策の研修会を無償で実施していただける機会が実現した。その名も「ふんわりチャンポン大作戦」。理事長であるさだ氏が、ふんわり（みんなで）、チャンポン（混ぜこぜで）との思いを込めての命名である。

加賀市では、各地の地域包括支援センターランチと地区の民生委員やおたっしやサークルの世話人など、エリア内の結びつきが強いことから、このたびの研修は、介護現場の研修ではなく、地域での活動の歩みを止めずに前に進むことができるよう、ランチ、民生委員、おたっしやサークルの世話人や地域の役員等、専門職と地位住民が地域ごと一緒に研修を受講できるよう工夫することとなった。会場の確保・設営や開催案内、取りまとめは市役所、地区ごとの参加者取りまとめはランチと、それぞれが役割分担をし、実施することとなった。

当日は加賀市文化会館の会議室（262 平方メートル）を会場に、ソーシャルディスタンスを保てる人数として約 80 人の参加者により開催された。研修講師は、公益財団法人風に立つライオン基金より奥知久医師と事務局の小林憲明氏により講義いただいた。プログラムとしては、地区ごとに実践できるよう、受講も地域ごとのグループ構成とし、話し合いながら学ぶことのできる工夫が奥医師を中心に進められた。

◆当日プログラム（流れ）

1. 団体説明・自己紹介・プロジェクト説明
（講師：奥医師、ファシリテーター：小林氏）
2. グループワーク
（事業者 30 数名 住民 30 数名 市役所 10 数名 ZOOM：1 事業所）
3. 非コロナ三原則
4. 手指消毒
5. ゴーニング
6. 感染予防シミュレーション
（住民がサロンを実施する際の注意点を、会議室をサロン会場に見立ててのシミュレーション）
7. 現地視察（ニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘）

奥医師からは、新型コロナウイルスに関する基礎知識、感染症に関する注意点や工夫に加え、実際の手指消毒の仕方も実演され、参加者もそれにならい実際に手指消毒する場面も設定された。

また、実際の講義を受けて、文化会館の別会議室を住民サロンの会場に見立て、

シミュレーションする演習も行われ、民生委員やおたっしやサークルの世話人、地域の役員等が中心になり「今日は運動講師を招いてのサロンです。会場でどのように感染防止対策をしますか？」のテーマに基づき、会場での工夫の仕方や注意点を住民サロンでの運動講師役である奥医師を会場に招き入れるところから実演し、住民から奥先生に入場の際の検温、手指消毒の仕方も指導する場面も実演された。

◆シミュレーション◆今日は運動講師を招いてのサロンです。会場でどのように感染防止対策をしますか？



感染予防シミュレーション（住民がサロンを実施する際の注意点を会議室をサロン会場に見立てて住民がシミュレーションした）

運動講師役の「奥先生」も入口で検温と手指消毒しないと会場に入れません！！

皆さんをお出迎えする入口では、手指消毒の準備と、テーブルをアルコール消毒。

皆で考えた内容を発表

研修会の最後には、専門職のみを対象に事業所でのゾーニングについてのレクチャーが行われた。加賀市特有の事情として、平成18年に小規模多機能型居宅介護の整備が始まる際、既存の建物の有効活用と、住民になじみのある街中への事業展開を目的に、14か所ある小規模多機能型居宅介護の多くが既存建物の改修をした事業所であることから、通常の施設や病院のようにゾーニングしにくい和風建築の畳の続き間のようなしつらえの建物で、どのようにゾーニングできるか現地指導いただいた。



ニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘

(2) 学びを実践に

10月30日(金)に公益財団法人風に立つライオン基金のご支援により開催された「ふんわりチャンポン大作戦」で、奥先生や小林氏からの学びは、すぐに実際の住民活動(おたっしやサークル)で取り組まれることとなった。研修会の6日後、11月5日(木)に加賀市金明地区で開催された「塩浜おたっしや・くらぶ」の様子である。

なお、11月4日(水)には、市内15のランチが集い(ランチ連絡会を開催)、研修の振り返りや、奥先生に現地指導いただいたゾーニングについても密を避けるために少人数としたことから、現地指導の様子を録画したものをビデオ上映し、共有する機会を持った。



研修を、知識習得の場にとどめず、住民が中心となり、自分たちでもできることを取組みはじめ、フレイル予防と感染症対策の両面から、小規模多機能型居宅介護が黒子になりながら取り組んでいる(第2波の2020年12月よりサロン活動も一部地域では休止し、現在(2021年2月)、再始動のタイミングを検討している)。

2.1 生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援

～本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネートのあり方～

(1) 小規模多機能ホームきんめい 南さん(仮名)のケース

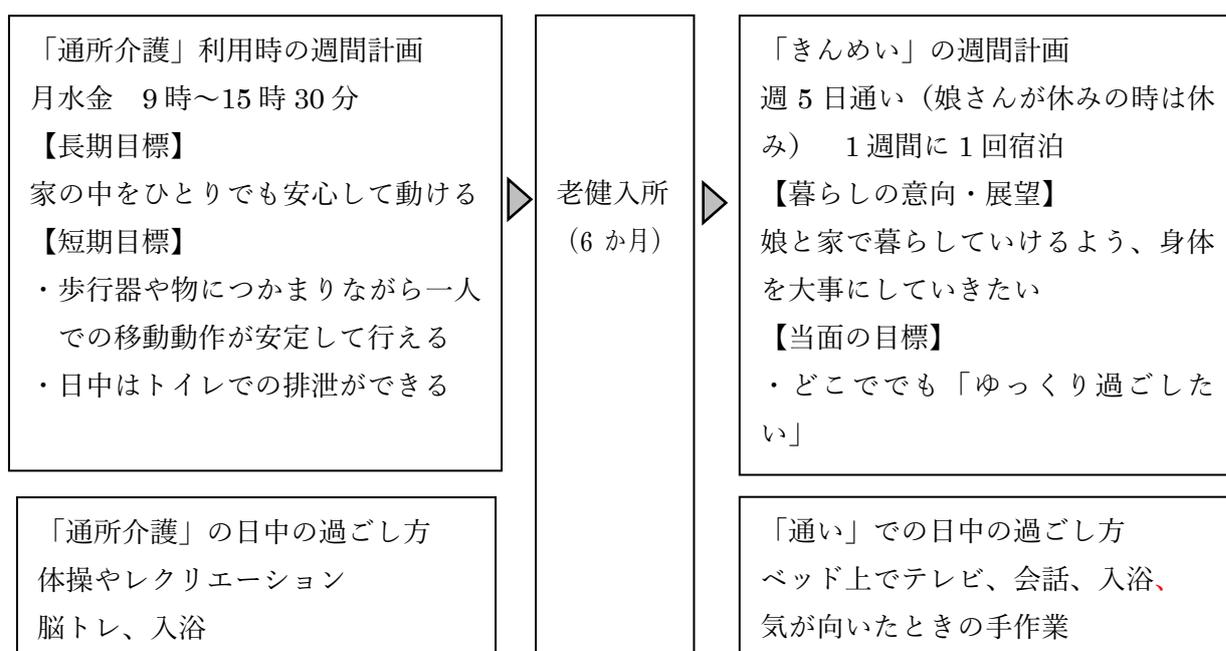
南さん(91歳)女性、要介護3、認知症日常生活自立度Ⅱb、日常生活自立度B2
娘さんと自宅で二人暮らし

令和2年4月、週3日、9:00～15:30の通所介護を利用していたが、自宅新築のため工事が終わるまでの期間、介護老人保健施設に入所することとなった。

10月に自宅が完成し戻られた。退所後は、歩行状態は不安定ながらも手摺りにつかまりトイレまで行き来できていたが、たびたび発熱がありベッドから起き上がることも自力ではできなくなったため入院となった。

発熱も落ちつきポータブルトイレでなんとか排泄できる程度になり退院となったが、退院後の南さんの過ごし方を考えた時に、転倒の心配があり同居の娘さんの仕事の間、通いと泊まりの利用も検討していたため小規模多機能ホームきんめい(以下、「きんめい」という。)への登録となる。

当初、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(ケアマネージャー)からの情報によると「生け花が好き」とあり、通所介護では活動的にその日決められたプログラムに取り組んでいたと印象を受けた。しかし娘さんからは「母はもう高齢なので何もしたくないようです。施設入所も考えている」とお聞きする。この時点で専門職と家族の見立ての違いが明らかとなり、南さんの受入について改めてADLの把握や意欲に関するアセスメントの必要性を感じた。



きんめいを利用し始めた際、1日中何もしない南さんに対して、南さんの「したいことは何なのか」「できる（できそうな）ことは何なのか」を検討した際、前述のケアマネジャーから「生け花が好きらしい」との情報を確認していたスタッフの発言があり、試みたがまったくやる気がなく花も手にとらない。

日々のミーティングで伝えられる内容は（きんめいでは毎日のミーティングを夕刻ではなく、13時～13時30分に開催）、送迎時や部屋で横になっている時の様子、昼食前に他の利用者さんが体操をしている時の様子、宿泊利用の時の夜の様子であるが、どのような時でも表情が乏しいことはないが、活動的ではない過ごし方をしていることが多く、また90歳を超えてご高齢でもあり、体操や手作業などを積極的に取り組む意欲も体力もなくなってきたのではないかなどの意見が出された。

「ここは自由でいい」と言い「昔洋裁の先生をしていて、お弟子さんも沢山抱えていた。旦那さんよりお金を貰っていた」と南さんからは昔話を聞く事がたびたびあった。

「ゆっくり過ごしたい」との思いの南さん、「ゆっくり過ごさせてあげたい」と言う娘さん、それでも「何かしないといけないのでは」と思う私たち（事業所）がいた。

これまでの事業所での取組みでは「ゆっくり過ごしたい」は目標にならないと考え「何かしなければいけない」と考えることも多かった。

私たちは「このままでは立つことさえできなくなる」と考え、興味があることは何かなど探してみたが「何にもしたくない」と繰り返すのみだった。そんな中ハンカチで人形を作っている他の利用者を見ている南さんの目がいつもと違う表情をしているのに気付いたスタッフが「作ってみますか？」と声をかけたところ、慣れた手つきで針を持ち人形を作った。翌日ハンカチやスカーフ、端切れ等を「何かに使って」と持ってきてくれた。

「ゆっくり過ごしたい」の「ゆっくり」は人それぞれ意味があり、南さんの場合「気が向くときはゆっくり何かに取り組むこと」なのではないかと思う。

全員が常に明確な目標をもつ暮らしを送っているわけではないのではないのか。そのように考えると、私たち事業者が工夫すべきことは、その日その時の南さんの参加するチャンスを奪わないことや、ゆっくり過ごす阻害要因となる生活歴から探った「生け花」のようなことを持ち出して「してほしいこと」をやってもらおうような押し付けをしないことではないだろうか。

娘さんから「母は毎日楽しいと言っている」とお聞きし、南さんからも「毎日ゆっくりできて嬉しい」とお聞きする。

南さんの過ごし方は、傍から見ると「何もしない」過ごし方だが、本人にとって「部屋のベッド上でテレビを見て過ごす時間」や「気が向いた時に手作りすること」は今の時期の自分らしさなのかもしれない。本人の声にならない声に耳を傾け、南さんの今、必要なことを南さんと一緒に考えたいと思う。

(2) それまでの地域での関係を切らない支援

小規模多機能ホームはしたて★中出さん（仮名）95歳、女性、要介護1、独居

中出さんは、小規模多機能ホームはしたて（以下、「はしたて」という。）の近隣にある通所介護（デイサービス）に週2回通われていた。1人暮らしで、近くにいる親戚が見守っていた。デイサービスに行く日は良いが、行かない日の食事が確保できず、民生委員からはしたてに相談。はしたてでは登録者以外にお弁当を配達する自主事業を実施していたため、利用登録ではなく、食事の確保の点からの弁当の利用が出会いであった。

弁当配達は昼と夜の1日2回。デイサービスを利用する週2回以外の5日間10食を提供していた。当初はお弁当だけのかかわりであったが、近ごろは訪問時に転倒していたり、ゴミ出しができていなかったりなど、弁当配達の際に、気になることが多く見受けられ、都度、担当の介護支援専門員へ報告していた。

約5年、弁当配達を通じたかかわりをしてきたが、近年は高齢ということもあり中出さん自身のんびりした過ごし方を希望されていたものの、デイサービスで実施されるレクリエーションでは、他の利用者についていくことができず、提供されるサービス内容と希望との齟齬が生じ、心地よい利用とはなっていなかった。そこで5年にわたる弁当配達での関係や複数のスタッフと顔見知りになっていたこともあり、令和2年11月、はしたての利用登録となった。

はしたてでは、週2回の通いと毎日の訪問を提供している。訪問は昼と夕方の2回。訪問内容は週1回の掃除や整理整頓、流しを片付けるなどの家事が多く、それ以外では自分のできる部分では中出さんをお願いし、はしたてはその様子を見守っている。さらに訪問した際は、中出さんの様子を注意深く見守るようにし、火の元の確認やエアコンの温度管理など、中出さんの注意を払いにくい部分を中心に配慮することを心掛けていた。

また、几帳面な性格もあり、自宅の庭はいつでも綺麗に草むしりされている。畑仕事をしてきた時から、草が生えたと抜くことが習慣化され、畑も自宅も行き届いた管理をしてきたためだ。中出さんが自宅内にいないときには庭に出て草むしりをしていることが多く、訪問時は草むしりしながら雑談することも多い。中出さんの一番リラックスしている時間である。

冬場の雪かきは、お家の向かいの方が雪かきを手伝ってくれていることも多い。向かいの方は常に中出さんを見守ってくださっており、歩行が不安定になった昨今では、草むしりで転倒していることがあるため、その際は事業所に連絡いただくようお願いし、快く受け入れていただいている。

近隣に住む親せきにはゴミ出しをはじめ、薬の管理、受診、買い物、身の回りの整理整頓などの役割分担をしている。

る。草をむしる行為よりもむしろ中出さんらしさを失わないために、できないことを抱えつつも自分で予定を決めて実行する自立した暮らしを守るための草むしりである。

民生委員や向かいのお家の方、近くの親戚も、中出さんの決意と暮らしぶりに触れ、それぞれができることを役割分担し、中出さんを応援している。はしたては、直接支援はもちろんのこと、この暮らしの応援団の調整役である。

(3) 一人暮らしで、ランチから利用につながったケース

ニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘★山田さん（仮名）75歳、女性、要介護2、独居

山田さんとの最初の出会いは3年前山田さんの自宅近くで近所の高齢者が集う「寄り合い場所スマイル（仮称）」を自主的に運営されている看護師の方からの紹介であった。山田さんは物忘れが増えてきてスマイルに通うようになっていたが、数年前の冬、市内全域が機能マヒするほどの大雪が1週間降り続き、看護師の方が雪をかき分けて自宅を訪ねたところ買い物にも行けず栄養失調で衰弱しているところを発見され、地域包括支援センターランチ（以下、「ランチ」という。）機能を併せ持っているニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘（以下、「ききょうが丘」という。）へ相談が舞い込んだ。

相談を契機にランチ活動の一環で定期訪問しても、山田さんは「わたしいらん」「こんといて」「こまってない」と言われ取り付く島もない。それでも月に1、2回は山田さん宅を訪問していた。

半年後の夏、事態が急変する。離れて暮らす娘さんから連絡があり、山田さんが貧血で緊急入院となったため、月数回の見守りでは対応できず、利用登録となった。

出会いから半年経過し物忘れが進行していたのか、スマイルには通えていない。スマイルの看護師とも連携するようにし、ききょうが丘として次のことから始めることとした。①安否確認を徹底する、②自宅で食事がとれるようにする、③以前のようにスマイルに通えるようにする、の3つである。

山田さんに一緒にスマイルに行こうとお誘いしても「自分で行けるからいい」と言われ、提案だけでなく、ききょうが丘そのものを受け入れてもらえていない様子。山田さんに受け入れてもらえるようにするために、以前からランチ活動でかわりのあるCさんから、昔、山田さんと一緒にスマイルに行っていたという話を聞きつけた。それ以来、ききょうが丘がお誘いするのではなく、Cさんと連れ立ってスマイルに行くことができるようになっていった。本人の関係力やつながりを生かした支援である。

スマイルでは、2人で来られなかったときにききょうが丘に連絡をいただくようにしている。連絡がない日は、スマイルに通えているので安否確認は不要だからだ。

山田さんの予定は、週2回はスマイル、娘さんは週1回、残りの4日間をききょうが丘が担当。主に11時に訪問し、安否確認を行っていた。

山田さんは近所のコンビニで買い物を済ませることが多いが、店員の勧めによりキャッシュレスのカードを作り、言われるままに現金をチャージした。山田さんはコンビニに現金を預けたが返してくれないと言い、コンビニの店員は何度説明しても現金を返せと言ってくるとトラブルになっていることがわかった。ききょうが丘では、山田さんと一緒にコンビニに行き、困ったことがあればなんでも相談してほしい旨、お伝えしている。

その後、コンビニが閉鎖されることとなり、山田さんが身近に買い物できる場所がなくなってしまふ。すると山田さん自身も体調を崩すことも増えてスマイルにも行けない日が増えていった。

スマイルに来られた時も、話や歌についていくことができず、周囲が「あの人へん」とささやくようになり、山田さんもスマイルに行きにくくなってしまった。

買い物、スマイルと、行き場を失うこととなったため、ききょうが丘の通いにお誘いするも、固辞されることが多く、訪問を通じて一緒に買い物に行くようにすることで、外出の機会を減らさない工夫をしていた。

令和2年元旦18時、山田さんの娘さんから連絡が入る。本人が出かけたものの、家に帰れないと娘さんに電話があり、自分は駆け付けることができないので対応してほしいというのが電話の内容であった。この時は無事自宅に帰ることができた。またその時に初めて、近隣に息子さんがいることがわかる。

この頃より訪問を11時から夕方に変更し、日中は通いにお誘いするもいつも通り断られることが多い。それでもあきらめずに声かけを続け、日によっては夕方にお誘いすると2時間程度通いに来られることもあり「食事の確保」ができるよう支援している。

近所の方の話では、庭で野焼きしていることもあり、火事の不安がつきまとう。周囲からは娘への「なんであんな状態になってもほったらかしにしてるんだ」と批判的な声も多く上がっている。

ききょうが丘では、このままでは山田さんの状態像に関係なく、周囲の声によりはじき出されてしまうのではないかと考え、山田さんを中心に地域ケア会議を開催することとした。参加者は山田さんのほか、娘さん、スマイルと一緒に来てくれた友人、スマイルの看護師、コンビニ店員（新規開拓した新たなコンビニ）、高齢者こころまちセンター（基幹型）、ランチ及びききょうが丘職員である。

◆それぞれの主な主訴

山田さん：「お父さんと暮らした家でくらしたい」

娘さん：お母さんの気持ちを尊重し、できることは娘として母のためにしたい

ご近所：家にいる時間が長く、庭で野焼きしていることで火事にならないか心配

娘さんが、ほったらかしにしているわけではないことを、娘さんから地域の方に発信していただき、会場もあえてスマイルで実施することにし、地域ケア会議というよりもむしろ山田さんの応援団の作戦会議のようになるよう心掛けた。すると山田さんは自分の口で「ここにいたい」とはっきり発言された。

地域の方からこれまで出ていたような苦情が出ることを想像したが「おばちゃんがそうしたいならわたしらできることはみていくよ」と言われた。

さらに、娘さんの役割を明確にし、週1回、半日お母さんに会いに行き1週間分の買い物、本人と一緒にご飯を食べに行く、通院介助を担当することが報告され、それでも足りない部分は息子夫婦がかかわるよう娘さんに提案し、了承を得る。理由は、離れて暮らす娘さんよりも、近隣に住む息子さんがお母さんの様子を見ていることで地域の安心感につながるのではないかと考えてのもので、その後、対応可能という返事をいただき週1回息子夫婦が見守ることとなった。

山田さんを取り巻く家族が支える部分を明確にし、加えて近隣の方々が支える部分など、地域ケア会議でそれぞれの役割分担が明確となり、山田さんへのかかわり方が見える化できた地域ケア会議であった。

★山田さんにとって頼れる場所になるためにききょうが丘がしたこと（心がけたこと）

①山田さんがしていることを止めない

一人で買い物へ出掛けていることを止めず、疲れているようであればお茶のみの声掛けをしたり、荷物を重そうに持っているときは運ぶお手伝いをした。決して否定的な声掛けにならないようにし、山田さん自身が自由に大好きな買い物ができることを尊重した関わりを心掛けた。

また、本人が納得いかない状況で生活に踏み入らない、掃除や片付けができていないことが気になるが、快く招き入れてくれる時だけ入室する等である。ききょうが丘が共有していたことは、納得できるための関係づくりである。

②本人と地域の人とのつながりを大切に

近所の人と挨拶することや本人にとっての近所の人への想いを本人から聞いて、ききょうが丘が理解することである。理解して関わることで、本人が大切にしてきたつながりを尊重した支援につながる。

③本人の想いを大切に

毎回夕方送迎後自宅に入らず、再び出かけて行きスマイルへ寄って自宅に戻っていた。職員は本人の状況から夜間自宅に戻れなくなる等の懸念を推測し、なぜ本人がそうした行動に至るのか対応に苦慮していた。推測で心配するより、本人に行動の理由を聞いてみようということで確認したところ、「スマイルに友人

他所の介護サービスを使っていた、ご主人さんの協力もあり、お茶の間さろんの登録となる。まずはこれまで通り本人への訪問のサービスが始まった。

アパートの二の舞にならないよう、本人とともに掃除や洗濯、部屋の片づけ等を行った。ご主人さんとの関係も職員が間に立つことでご飯を一緒に食べ、晩酌をともにし、お互い思いやることにも繋がっていた。しかし、口喧嘩することもあり、夜の暗くなった時間でも一人で外に出かけてカラオケ喫茶や山中の総湯に行くことがあった。2人の良好な関係と適度な距離感を保つため、通いの利用が始まった。本人の日課を崩さず総湯から戻った時間に迎えに行くことを行った。その生活が続き2人の関係や日常生活は安定していた。

毎日通う総湯で、他の人の靴や衣類を着てしまい注意されることがでてきた。ある日、他の人の衣類を全て着て帰ろうとしているところを衣類の持ち主から大声で指摘され、無理やり脱がされ本人が居たたまれない状況があった。そのエピソードを番台やその場にいた人に聞かされ、本人の言動からお茶の間さろんとしてできることを考える。

総湯では、高齢者が他の人の衣類を間違えて着てしまうことをよく耳にしており、大概そういう出来事があると総湯は出入り中止、介護サービスの利用に繋がることが多くあった。総湯が大好きな地域の方、衣類を間違えられた人、今回の件で心を痛めている人、高齢者こころまちセンター、山中支所長に集ってもらい、現状を伝え、大好きな総湯にこれまでどおり通い、地域で住み続けるにはどうしたら良いか、話し合いをした。

◆地域ケア会議の開催◆

1. 会議開催の目的

お茶の間さろん管理者：介護が必要な方でも自宅で住み続けて行きたいと思えますし、そうでない方も住みなれた家や友だち関係の中で過ごせたら良いと誰もが思っていることと思うのです。そのために山中地区で誰もが住み続けるにはどうすればよいか、山中の地域を皆さんのお力借りて住みよい環境になれたらと思ってお話の機会を持たせてもらいました。

2. 参加者（12名）

お茶の間さろん管理者及び職員（計3名）、高齢者こころまちセンター（2名）、山中支所所長、地域の方5名、服を間違われた方（佐藤さん・仮名）

3. 地域の高齢者の状況

お茶の間さろん管理者：この間、ここの利用者さんが総湯で他の方の服を着てしまいその事で話し合いをしたいと思うのでと支所の担当の方にお話しに行ったらこの方は2回目ですが、同じ時期に男湯でも小松から来た方が間違えて着てしまったそうです。なぜこのようなことが起きるのかと思うのですが、本題に入る前に今の地域の高齢者の状況を計画作成担当者から説明します。

お茶の間さろん計画作成担当者：先ほどお配りした資料を見て下さい。加賀市の地区別の高齢者数と高齢化率を表しています。山中の温泉地区の65歳以上の方が1,114人、全体では43.8%で加賀市の中でも高齢化率が高く、高齢者だけの世帯は47.1%で高く、この中で認知症の方がおおよそ診断を受けて分っている方だけでも100人程で、診断を受けてなく把握できていない方を含めると100人以上はいると言われていています。認知症と物忘れとの違いを説明します。普通の物忘れは、体験の一部を忘れてしまうことで、例えば3日前何を食べたか覚えていない等は物忘れですが認知症の方は食べた事自体を忘れてしまい体験自体を忘れてしまう。お風呂に行かれても脱いだ物を何処に置いたか忘れてしまう事で支障が出てきているので支障のある方を地域で暖かく見守っていただくためにはどうしたらよいかを皆さんでお話していただけたらと思い集まっていただきました。認知症は脳の病気で誰もがなる可能性がある病気です。自分もなるかもと思って考えてもらえたらと思います。

4. 総湯での困りごと

お茶の間さろん管理者：認知症の方も総湯を使われておられ、いつも通りのことはできるがふっと忘れることがある方が利用していることで、今回起きたことを、服を間違われた佐藤さんに説明していただきます。

佐藤さん：私の下着も服もいつも入れるロッカーになくその方が私の服を着ていて鞆や鍵も持っていた。2日前も靴を間違われた。

地域の方Aさん：皆さんが鍵をかける習慣をつけてはどうか。

佐藤さん：鍵をかけるのもよいが、アンケートを1週間程取ったらどうでしょうか。

支所長：こんな時代なのでアンケートを取るより鍵をかけるように周知したいと思います。そうすればまた、このようなことが起こってもここに鍵をかけるように書いてあると言えますから。

お茶の間さろん管理者：鈴木さんは怒られて嫌な思いをしたことだけが残っていて、話の中身が、自分が服を入れようとした所に他の人が入れたとか、自分の良い方に解釈した言葉が何日か続いております。総湯に行ってきたのか聞くと家に入っているからもう総湯に行かなくて良いと言う言葉が1週間程続いています。その後、鈴木さんは総湯に行ってきたと言われたが実際に行っていない。先日職員と一緒に声かけをしたらお風呂に行くことはできた。色んな事をすっぽり忘れるが、怒られて嫌な思いをしたことだけが残っている。

地域の方Aさん：間違った人に一気に怒るのではなく、誰にでもやさしく言うことを心掛けてはどうでしょうか。

お茶の間さろん管理者：認知症予防することとか、このような対応をすると良いとかの講演会とかがあつたらどうでしょう。

5. 今後について（決まったこと）

- (1) 皆がやさしい声かけをする。
- (2) 鍵をかける事を周知する。（やさしい言葉で皆さんに促す）
- (3) 認知症の理解対応の研修。

この地域ケア会議での合意により、総湯にくる人は、目が不自由な人がいたり、耳の遠い人、身体的に調子が悪い人等、様々な人がいる。その中で周りの人に普段から思いやりのある優しい声掛けをしよう、他の人の服を間違えて着るなら利用時にみんながロッカーを間違えないように鍵をかけることをしよう、認知症の人への理解や対応を学ぶことをしよう等の声があがった。後日、街の広報や総湯に「他の人の服を間違えて着てしまう高齢者が増えています。間違いを防ぐためにも脱衣箱には鍵をかけましょう。」と支所長からのメッセージが張り出された。また、参加の方から「日々優しい思いやりのある言葉で話しましょう」と書かれた短冊を事業所に持参されることがあった。その後、鈴木さんは職員と総湯へ行くことを始め、利用が復活した。

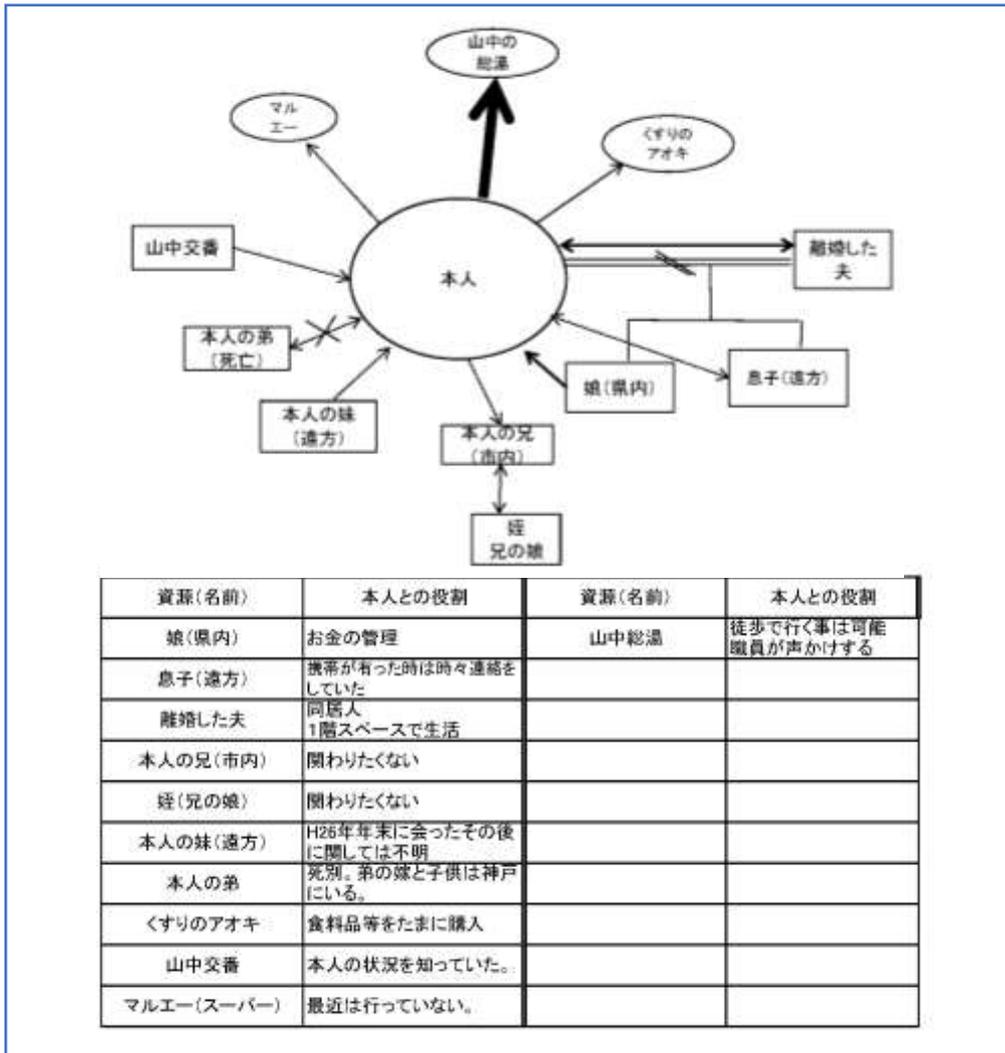
鈴木さんは1人で街に出かけたりしていたが、夜の22時に出たきり戻らなくなることがあった。捜索願いを出してヘリコプターも出動し、職員、地域の町内会、警察、消防など、地域総出で捜索を行った。翌日夕方に車で30分程度のところを裸足で歩いているのを地域の方が発見し、無事に帰ることができた。それ以後、家族は町内に顔向けができない、申し訳ない、恥ずかしいとの思いを連日話されていた。その出来事以後、同居している元のご主人さんは就寝時には靴の確認や日々の見守りをするようになった。

その後も朝方の3時に窓から抜け出し行方不明になり、捜索願いを出したが見つからず、5日目に何度も捜索したはずの街中で発見された。その後、地域の協力をもろうために地域ケア会議を開催。本人を知る新聞配達の方、近隣住民、地域の居宅ケアマネ、町内会、民生委員、消防、警察、高齢者こころまちセンター等に集まってもらい行った。その中で出た意見として、施設入所はできないのか、本人が考えることができないなら周りが決めてあげるべき、本人の生きざまが何かをしてあげたいという気持ちになれない、個人としても息子さんと同級生であり、親もよく知っているが、町内として考えると2度目であり迷惑である。GPSは何故つけられないのか、職務としていなくなったら探すことはするが、何度あっても困る等の意見が出て、協力をもらえるというような話し合いの場とはならなかった。

その後、命の危険もあることから家族の思いも受け止め、施設入居できるまでお茶の間さろんで宿泊の利用となっている。鈴木さんの日々は、家で過ごしていた日課に沿って早朝から総湯に通うことを行い、総湯の番台の方と連携を持ち、本人が息抜きできる時間を作ることを工夫したり、日中は自宅に戻り2人で過ごす時間も大切にしている。

認知症の方にとっても優しい地域を目指し、住民とともに地域ケア会議を開催しながら地域づくりを試みた。鈴木さんを通じた山中地区の認知症への理解は広まりつつあるが、今後、様々な生きづらさを抱えた方も受容できる地域を住民とともに作っていききたい。

◆鈴木さんの軒下マップ



5. 福岡市（認知症の人にもやさしいまちづくり）

1.1 福岡市の認知症へのアプローチ

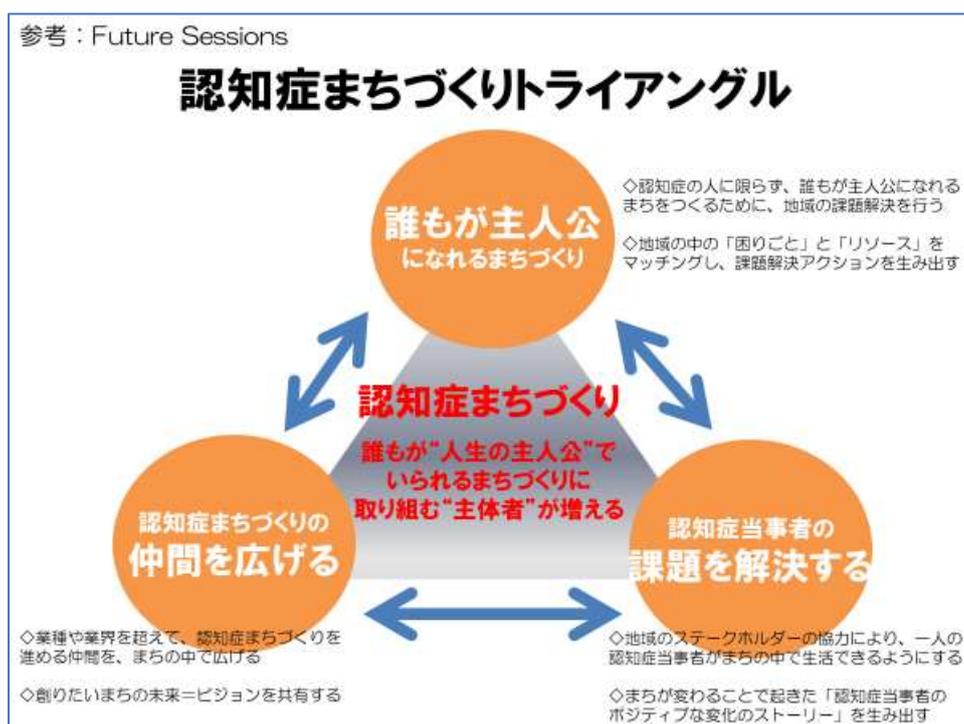
福岡市では2018年、団塊の世代が後期高齢期を迎える2025年のあるべき姿を描くため、認知症の人やその家族がいきいきと暮らせる認知症にやさしいまち「認知症フレンドリーシティ」を目指し、プロジェクトが立ち上げられた。

「ユマニチュードの普及啓発」「認知症カフェの開設促進」「認知症にやさしい『デザイン』ガイドラインの策定」「認知症の人の見守り実証実験」「認知症サポートチーム（認知症初期集中支援チーム）の拡大」「ICTの活用による認知症の人の早期発見」など、様々な角度から認知症にやさしいまちづくりを目指し取り組んでいる。

これは、誰もが100歳まで健康で自分らしく暮らし続けられるような健康社会の実現を目指し、「福岡100」を宣言し、健康、医療、介護だけでなく、地域づくりや働き方等も含め産学官民のオール福岡で100のアクションを2025年までに実施するよう計画されたものである。

認知症フレンドリーシティの中でも目玉となるもののひとつが「福岡版認知症アクション・アライアンス（DAA）構想」である。モデルとなっているのは英国のDementia Action Alliance（DAA）であり、認知症についての国家戦略として取り組むことが2009年に打ち出され、認知症フレンドリー・コミュニティを推進している。主な取り組みとしては、認知症の本人、家族、医療介護の専門職、行政のみならず、企業も参画するプラットフォームづくりや、認知症フレンドリーの多様なサービスを協働開発する等である。

福岡市でも、認知症まちづくりトライアングルを目指し「誰もが主人公になれるまちづくり」、「認知症まちづくりの仲間を広げる」、「認知症当事者の課題を解決する」を3本柱として掲げ、取り組みが始動している。



取組にあたっては、認知症専門医、認知症ライフサポートワーカー（後述）、医療介護福祉・地域づくりコンサルタント、福岡市当局で協議を重ね、これからの地域デザインの在り方について検討された。

認知症多数派社会を見据え、認知症当事者が安心して地域の中で暮らし続けるための土壌づくりを企業と一緒にあって取り組む姿をイメージし、当事者の思いや願いをベースにした企業の商品開発を促すためのワークショップを継続開催している。例えば、「徘徊するから早めに施設に入所する」のではなく、行きたいところに迷わず行けるように、戸惑いを減らし目的が達成できるようにするために企業として何ができるかの問いの設定である。企業側には、単なる社会貢献としての位置づけではなく、当事者（顧客）ニーズに沿った商品開発を提案し、本人をあきらめさせる手立てを考えるのではなく、希望をもって暮らし続けることができるまちづくりを共有する。「私はやけどしても、途中で何を作っているかわからなくなっても台所に立ち続けたい」「片道 10 分の道のりが半日かかったとしてもスーパーに行き行って自分で食材を選びたい」等、当事者の思いにどれだけ寄り添えるかの思考転換を図っている。

参加する企業は、鉄道、ガス会社、タクシー、通信大手、AI 関連、電力会社、コンビニ関係、ベンチャーなどと幅広く、担当者が定例のワークショップに参加し意見交換を重ねている。新型コロナウイルス感染症の影響でスピード感が鈍った時期もあったが、企業側からの要望もあり現在はオンラインでの開催を行っている。

企業としては、「いつまでも顧客で居続けてもらうために」と目的が明確化されることで建設的な話題となっている。

1.2 福岡市小規模多機能ケアネットワーク／発足と取組み

「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の役割として「住み慣れた自宅や地域で暮らし続けたい」と願う要介護高齢者の思いを実現すべく、事業所と地域が手をつなぎ、介護が必要となった利用者の暮らしについて一緒に考える取り組みが求められてきた。

利用者の暮らしをささえるため、事業所同士が協力し合い、お互い顔の見える関係となることで、事業者の資質向上になり、ひいてはご利用者のためにつながることであるとの確信をもって 2006 年に 5 つの柱を掲げ福岡市小規模多機能ケアネットワーク（以下、「ネットワーク」という。）が発足した。

- ①サービス提供に関する専門的知識及び技術の向上に関すること。
- ②小規模多機能型居宅介護の事業所間でのネットワークの構築に関すること。
- ③小規模多機能型居宅介護に関する必要な情報の収集と提供に関すること。
- ④小規模多機能型居宅介護の健全な事業運営を達成するために、必要に応じて行政・各関係団体への働きかけを行う。
- ⑤その他、目的を達成するために必要なこと。

ネットワークでは、毎月一回の定例会の開催を継続していくことで、顔の見える関係となって、「商売敵」ではなく「協働者」としての意識が広まっていくことと

なる。さらに、自治体（福岡市）とも連携を深めつつ、質の確保、向上につながる取組がなされている。

定例会の中では、外部講師を招いての研修だけでなく、会員事業所の中から実践報告やケース検討会を実施し、地域に根差すこととはどのような取組なのか、事業者のネットワークだけでなく、利用者の持つ力を生かす支援のあり方、地域住民、行政、事業所との小地域におけるネットワークづくりなど、様々な角度から勉強会を重ねている。

平成 21 年、社会的問題となった「新型インフルエンザ」の対応についても触れておきたい。利用者、職員等が罹患した場合、パンデミックを防ぐため、非常時は事業所が閉鎖されることも想定された。しかしながら、事業所が閉鎖された場合、利用者にとっては暮らしの継続が困難になることも予測され、事業所閉鎖による二次被害を最小限にとどめることが求められた。

ネットワークと自治体（福岡市）で話し合いを重ね、利用者の暮らしの継続を保護するという観点から新型インフルエンザ特別対策として、事業所間で業務提携し、必要にあわせて「通い」「泊まり」「訪問」のサービスの提供が近隣の小規模多機能型居宅介護事業所で引き継げるようなシステムを整えた。

～福岡市小規模多機能ケアネットワーク～

全国的に拡がりをみせている新型インフルエンザであります、今後も感染拡大が予想されているところであります。弱毒性といわれながらも感染力が非常に高く、免疫が低下している高齢者においても油断ができない状況が続いています。小規模多機能型居宅介護においては通いを中心とした在宅生活支援であり、なおかつ登録制ということもあって、施設内感染が発生した場合は代替サービスの利用が難しくなるといった問題を抱えています。今回、福岡市小規模多機能ケアネットワークとして福岡市監査指導課と協議の結果、事業所の営業自粛、閉鎖になった場合において、事業所間でしっかりとした業務提携契約を交わした上で、通いの利用が著しく高い利用者については、利用者又はその家族の同意を得て、依頼先の事業所の通いで介護支援することを認めることになりました。発想は「利用者の生活を 365 日 24 時間守る」という観点から事業所間で協力するという点を起点としていますが、全てを無償で賄うといったことはさまざまな面で限界があると考えました。この度、事業所間の業務提携の手続きを定めましたのでお知らせいたします。

1. 福岡市で事業運営を行っている小規模多機能型居宅介護事業所において、新型インフルエンザの施設内感染が発生（事業所の職員、利用者又はそれぞれの家族にインフルエンザ患者が生じた場合をいう）し、なおかつ事業所内での介護支援の継続が困難と判断された場合で、利用者の暮らしを 365 日 24 時間支えるという視点から、訪問だけでは対応しきれず、通いの利用が著しく高いと判断された利用者に対し、依頼先の事業所において通いの利用を認めることとする。
2. 提携を行う事業所は事前に、業務提携契約書を取り交わすこととする。

3. 利用に関しては、利用者又はその家族に対して事前に依頼先事業所におけるサービス内容等の情報提供を行い、利用者の同意を得ることとする。（食費など、事業所間のサービス内容が異なる点に注意する）
4. 他事業所の通いサービスを利用する場合はインフォーマルサービスとしてケアプランに位置づけられることが望ましい。
5. 利用に関しては依頼先事業所のその日の利用者数、職員配置の状況等によって受け入れの可否を判断する。
6. 依頼元事業所は依頼先事業所の業務負担の増大を防ぐ目的で、依頼先事業所に訪問するなどのバックアップを行う。
7. 依頼先事業所は保険外サービスとして受け入れるため、通いの定員数には含まないこととする。ただし、事業所のスペースに応じて適切な人数を受け入れなければならない。
8. 依頼先事業所は運営基準に定める必要な人数を確保するとともに、受け入れる利用者のサービスに必要な人数を配置すること。
9. 報酬に関しては通常のレセプト請求で事業所が定額の報酬を算定することとし、日割り計算などで依頼先事業所へ規定金額の支払いを行うこととする。（金額に関してはそれぞれの事業者間で決定する）
10. 事業所の加入している保険会社へ確認し、事故発生時の責任の所在を明確にしておく。（基本的に受け入れ事業所内で起きた事故に関しては受け入れ事業所で責任を負うこととする。バックアップとして協力した依頼側の事業所職員が依頼先事業所で罹災した場合は依頼側の労働災害とし依頼側で責任を負う）

平成 21 年 10 月 28 日

このような取組みは、全国の中でも非常に稀であり、日常からのネットワーク組織が有効に機能していることを表している。また、福岡市当局との情報交換や連携も、10年前からスムーズに行われていることがうかがえる。

また、ネットワークを通じて、認知症ケアへの取組が、「認知症」という症状を見ることから「人」を見ることへ転換され、認知症を抱えて生きづらさを抱えている方にも優しいケアとは何か、認知症を通じて街づくりへと発展している側面もある。これが後述の認知症ライフサポートワーカーの企画へ反映されている点や、DAA構想へ参画もつながっている。

1.3 福岡市認知症ライフサポートワーカー養成研修事業

2015年（平成27年）1月に厚生労働省が策定した「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）に基づき、これまでは認知症の中等度から重度の人の支援を先行し認知症施策として取り組んできたが、認知症の初期段階や軽度認知障害（MCI）の人が早期診断後、認知症の人やその家族が地域の中でつながりが保持され、いきいきと生活ができる認知症の人にやさしいまちを目指し、当事者が抱く「住み慣れた地域で安心して暮らし続けたい」の願いを個人や仲間と実現できるよう、認知症とともに生きる人のよき伴走者

となり地域の中で、活躍できる人材を「認知症ライフサポートワーカー」として養成する取組を2018年（平成30年）より行っている（令和2年については、新型コロナウイルス感染症の影響により中止）。

昨年度の研修内容は、6月～3月各月1回の全10回とし、研修カリキュラムに基づき実施している。認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう「認知症フレンドリーシティ・プロジェクト」を推進していくための人材を育成する内容とし、研修修了後、取組事例等を公表し、市民や関係機関に周知している。

その受講対象者は、「認知症介護に関する専門的知識・技術の経験が5年以上ある有資格者」「認知症キャラバン・メイト養成研修修了者または今年度受講予定の者」「介護保険施設、医療機関等に従事する職員等であれば法人代表者等の推薦する者」などとし、20人の定員で実施している。

認知症ライフサポートワーカーの役割として、認知症の人の望む暮らしを実現できるように、当事者に寄り添い、思いに共感的理解を示すことで

- ①当事者の声を代弁し
- ②当事者の思いをかなえるための環境改善，地域へ働きかけを行う。

こととしている。また研修修了時に、「福岡市認知症ライフサポートワーカー認定証」を授与し、研修修了者の名簿は、福岡市ホームページ等で公表し、地域で活動する認知症カフェ代表者にも送付するなど、地域とのつながりや情報開示を行っている。

（参考）令和元年のカリキュラム

回	日程	時間	研修内容
1	2019年 6月29日（土）	10:00～12:00	・開講式，オリエンテーション，認知症フレンドリープロジェクトについて ・受講生自己紹介，事前課題「自分が地域の中で取り組みたい事や認知症の人と実現したい事について」の発表
		12:00～16:00	・認知症LSWとして・2期生へのメッセージ ・グループワーク
2	2019年 7月15日（月）	10:00～16:00	・ライフサポートワーク1
3	2019年 8月24日（土）	10:00～12:00	・上野流認知症見立て塾
		13:00～16:00	・上野流認知症見立て塾
4	2019年 9月29日（日）	10:00～12:00	・地域における取組みについて
		13:00～16:00	・認知症共創プロジェクト
5	2019年 10月26日（土）	10:00～16:00	・ライフサポートワーク2
6	2019年 11月16日（土）	10:00～12:00	・企業の取組① 熱い！企業のユニバーサルマナーの取り組み「障害を価値に、ミライロの挑戦」
		13:00～16:00	・企業の取組②「Roren」について
7	2019年 12月14日（土）	10:00～12:00	・2期生の事例発表と検討
		13:00～16:00	・1期生の取組みについて ・グループワーク

(全ページのつづき)

回	日程	時間	研修内容
8	2020年 1月18日(土)	10:00~12:00	・2期生：取組み発表
		13:00~16:00	・地域包括ケアの理解促進講座
9	2020年 2月15日(土)	10:00~12:00	・2期生：取組み発表
		13:00~16:00	・地域包括ケアの実践促進講座
10	2020年 3月14日(土)	10:00~16:00	・これまでの振り返り、今後の実践に向けて ・修了式

2期目となった昨年は、1期の修了者が運営に参加し、自分たちの取組みを紹介する機会を作ることや、養成講座の運営を毎回担当し、各期のつながりを意識した運営を行っている。

これまでの主な取り組みとしては、「身近な地域の認知症介護・生活に関する相談、援助」「福岡市認知症フレンドリーシティ・プロジェクトへの参画」「福岡市認知症カフェの立ち上げや運営の協力」「認知症キャラバン・メイトと協力し、認知症キッズサポーター養成講座、認知症サポーター養成講座開催について学校、地域、企業への働きかけ、ステップアップ講座の開催」「認知症サポーターの活躍の場、機会の提案、伴走者としての活動」など、多岐にわたる。

さらに、次期以降の研修企画やコーディネーター役となり、受講生の相談役となることも求めている。

これまで2期35名の修了者が市内で活躍しているが小規模多機能型居宅介護の関係者は、うち12名となっており、認知症ライフサポートワーカーの中核として地域で活動している。

DAA構想、ネットワーク、認知症ライフサポートワーカーと、福岡における3つの取組を紹介してきたが、市内の小規模多機能型居宅介護の実践者が、日々利用者とかかわる中で継続してきた「変わるべきは本人」ではない「本人にあった（認知症の利用者本人をありのままに受け入れる）地域づくり」の取組が、認知症の方にやさしい環境に改善していく運動として良い影響を及ぼしていると言えるであろう。

2.1 生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援

～本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネートのあり方～

(1) 声にならない「声」を代弁し、一人暮らしの高齢者を支援 めおといわ「ゆい」★ツトムさん（仮名）のケース

つとむさん（80歳）男性、要介護2、認知症日常生活自立度Ⅱb

高齢者向けアパートで一人暮らしをしていたが、数週間前から急に徘徊を繰り返して警察に保護される状態が続いていた。そのため地域包括支援センターは、一人暮らしの継続は困難と判断し、介護老人福祉施設（特養）入所を視野に入れた短期入所生活介護（ショートステイ）をお盆休み明けから長期利用する方向で調整。お盆の間だけ小規模多機能型居宅介護で宿泊させて欲しいと依頼してきた。

宿泊の初日「ここはどこだ！なんで泊まらないかんとか！監禁するな！」と一晩中訴え続け、翌日も「家に帰る！」と事業所から飛び出してしまった。しかし、数日経つと他の利用者を気遣ったり、時折笑ったりする姿が見られるようになってきた。そこで私たちはツトムさんの気持ちをちゃんと知りたいと思い、ゆっくりと向き合ってみるとそこには意外な事実が隠されていた。

「ほんとのこと言うとわざと迷って保護されてたんだ…。」身寄りがないツトムさんは、過去に刑務歴があるものの更生しひたむきに鳶職として働き、仕事を引退した後は寮母さんやその娘さんの世話を受けながら、生活保護を受給し質素な暮らしを営んできた。しかしずっと暮らしてきた寮が、寮母さんが亡くなったことで取り壊されることになり、仕方なく今の高齢者向けアパートに引っ越すことになった。「警察に保護されるとやすこさん（寮母さんの娘）が迎えに来てくれる…。やすこさんに会うためにわざと捕まっていたんだ…。」と訥々と語りだした。

想像していなかった話には職員は驚きを隠せなかったが、同時にツトムさんには認知症はあるが、しっかりと向き合えば心を開いて自分の思いを伝える力を持っていることに気づかされた。そして、数週間前からの行動は「徘徊」ではなく、自分にとって大切な人に会いたいという目的ある行動であり、その背景には「寂しさのあまり、人恋しいのではないか」という気持ちがあることが推察された。

このままショートステイに送り出してしまっても良いのか、今住んでいる場所から離れた施設に行くことで、ツトムさんが大切にしてきた人間関係を完全に失い、もっと孤独になってしまうかもしれない。再び遠く離れた施設に入所することで生活環境が激変し、認知症がさらに進行してしまうかもしれない。何より本人の「帰りたい」という思いをないがしろにしてしまう。

ショートステイに移動する前日、身元引受人（やすこさん）、地域包括支援センター、高齢者住宅の管理人、めおといわ「ゆい」の管理者で、今後のことについて話し合いの場が持たれた。自宅で暮らし続けられる形を提案すると参加者は口々に「何度も警察に保護されていて身の安全が心配」「事故にあっても大変なので施設への入所がいいのでは」とツトムさんが元の暮らしに戻ることに不安を訴えた。

しかし「慣れない環境で迷うこともあるがせつかく引っ越しができたのだからここで暮らしたい。一人で自由に過ごせる暮らしがしたい」という本人の思いを伝え、不測の事態が起きたときは私たちが緊急対応することで参加者の同意が得られ、一先ず高齢者向けアパートでの暮らしに戻るようになった。

自宅に戻った翌日、さっそく警察署から保護の電話が入った。私たちが迎えに行くとツトムさんは、行きつけのスナックに飲みに行ったがどこかで財布を落としてしまい、帰りのタクシー代が払えず保護されたいきさつを照れくさそうに話してくれた。施設入所は免れたものの、具体的な支援方法に迷っていた私たちはこの出来事をきっかけに、地域に行きつけの場所があり自分で移動もできるツトムさんには、事業所に来てもらうのではなく、自宅に訪問してツトムさんの話にしっかりと耳を傾けるとともに、高齢者向けアパートの管理人、地域包括支援センターや警察署と情報を交換し連携していくことをケアプランに位置付けて支援をスタートした。

それから半年が過ぎた今では警察に保護されることもなくなり、今の高齢者向けアパートでの暮らしにも慣れて近くのコンビニだけではなく、少し離れたスーパーまで足を延ばしツトムさんなりに節約しながら買い物する姿が見られるようになった。また、最近は職員が訪ねてくるのを楽しみにしているようで、訪問する日は決まって部屋の掃除をして迎え入れてくれる。長年暮らし続けた寮での生活に、ようやく戻り始めたようだ。

(2) 「本当の自分」であり続けたい認知症の高齢者を支援 小規模多機能施設「きづな」★ミチオさん（仮名）のケース

ミチオさん（84歳）男性、要介護4、認知症日常生活自立度M

まじめな性格で曲がったことが大嫌いなミチオさんは、戦時中は陸軍特攻隊のパイロットとして、戦後は公務員として勤め上げた。つらい戦争の経験もあってか人との交流は少なかったが、家庭では障がいのある次女の世話を生活の中心に置き、休みの日には家族でドライブを楽しむ父親であった。しかし、約3年前に認知症を発症、旧知の仲だった3人の戦友と大切な存在だった弟を亡くした頃から行動・心理症状が悪化していった。

ある晩ミチオさんは、利用中の短期入所生活介護（ショートステイ）から自宅へ帰ろうとして、真夜中にテーブルに椅子を乗せ排煙窓から出ようと試みたことで、翌日からの利用を断られてしまった。あまりに急な出来事に困り果てた家族が、なんとかして欲しいと「きづな」に救いを求めてきた。キーパーソンである長女はミチオさんだけではなく、パーキンソン病を患う母、障がいをかかえる次女の介護もせねばならず、想像を絶する忙しさの中で疲れ果てていた。

利用が始まった頃のミチオさんは、妻と長女の言うことは素直に受け入れるが、

元気な頃は一所懸命に世話していた次女との折り合いが悪くなり、顔を見合わせるたびにいがみあうようになっていた。私たち職員にはいつも眉間にしわを寄せ、話しかけてもケンカ腰で「なんか貴様!」「ぶん殴るぞ!」と大きな声で威嚇したり、ふらっと施設から出ていったりするので、距離感を確かめながらあきらめずかわりを重ねることしかできない状況が続いていた。かかわりと同時にチャレンジしたことは、ミチオさんの歩まれてきた歴史に触れることである。時間を割いて妻から昔の暮らしぶりやエピソードを聞き出し会話の中に盛り込んでいった。障がいのある娘のために、熊本まで車を走らせ水を汲みに行くことが家族の楽しみだったことや、仕事の日には娘のために定時に帰宅して家事を手伝う様子など、かつてのミチオさんに思いを馳せることができた。

するといつの頃からか「ゼロ戦の離着陸のコツはね」「空はいいよ」と感慨深げにミチオさんから話しかけてくるようになり、趣味だったアマチュア無線の話やグライダーで滑空したときのエピソードなどを自慢げに話す姿も見られるようになっていったのである。

ある朝、自宅に迎えに行くと「今日はハーモニカを持たせています」と妻からの伝言を受け取ったので事情を聴くと、ミチオさん自らしまっていた箱からおもむろに取り出してポケットに忍ばせたとのことだった。

ミチオさんがポケットからゴソゴソとハーモニカを取り出し、おもむろに「ふるさと」と「軍艦マーチ」を吹き始めるとそれまでざわついていた室内は一瞬で静まり、いつしか手拍子が事業所に広がっていった。するとミチオさんはそれに応えるかのように椅子から立ち上がり、涙を流しながら演奏しつづけたのだった。

それからのミチオさんは、月に一回、地域で開かれる認知症カフェに足を運び演奏を披露するようになり、地域の方からは“ハーモニカのおじいちゃん”と呼ばれる有名人になっていった。その頃になると事業所でも冗談を言ったり、人を気遣い優しい言葉をかけたりするようになり、間違っていると思った時ははっきりと怒り、職員が結婚するときには祝意を述べるなど、喜怒哀楽を表現する姿を見せてくれるようになっていた。



「その人らしさ」を支援するとはどういうことなのだろうか。生活歴の中にヒントはあるかもしれないが、本当に大切なことはかかわらなければ何もわからないのではないだろうか。

ミチオさんは亡くなる直前まで、最後の力をふり絞って私たちにふるさとを演奏してくれた。彼は単にハーモニカを奏でたかったのではなく、相手を思いやり皆と一緒に暮らしたかったのではないだろうか。そして、認知症の不安に怯え虚勢を張

る姿ではなく、最期まで「本当の自分」であり続けたかったのではないだろうか。

(3) 小規模多機能ホーム森の家みのり荘 ★ヨシオさん（仮名）のケース

ヨシオさん（95歳）男性、要介護2、認知症日常生活自立度Ⅱb

築50年以上の木造一軒家に、ヨシオさんはひとりで暮らしている。家族構成は、以前みのり荘を利用され、現在は入院を繰り返しながら特養で暮らす妻（たみこさん）と東京に住む長女（夫・子2人）である。

ヨシオさんとかかわり始めたのは新型コロナウイルスの感染が拡がり始めた2020年の春であるが、出会いは妻（たみこさん）の支援を始めた3年前に遡る。見学のため長女と一緒に訪れたヨシオさんは、話好きの長女の横でポツリポツリと言葉を発する「寡黙な人」といった印象だった。

支援前のヨシオさんの暮らしは、月・水・金曜は人工透析治療のため朝8時から午後2時半まで通院、火・土曜は午前中だけデイサービスを利用、木・日曜は自宅で過ごしていた。自宅には、隣町在住の姪が週1～2回は訪ねてきて買い物や病院へ同行してくれたり、近所の民生委員さん等が日々見守りをしてくれたりしていた。長女も東京から帰省した際には身の回りの世話をするだけでなく、東京の長女宅とヨシオさんの自宅をオンラインで常時接続し、モニター越しにいつでもお互いの顔が見える環境が整えられていたため、私たちにはヨシオさんの生活には「困りごと」はあまりないように思えた。しかし、長女にとってはモニター越しに姿や顔の表情が見えているのに、直接手を差し伸べることができないもどかしさ故の利用相談であった。

しかし自宅に訪問して対話の時間を多くもってみると、夜間に眠れないことへの「不安」と常備薬が切れることの「怖さ」を抱えていることが伝わってきた。そして、その「不安」や「怖さ」はヨシオさんが10代の頃に数年間シベリアに抑留された経験や30代の頃に結核で数年間療養生活を強いられた経験に起因するものであり、だからこそ人一倍健康にこだわりを持っていて、常備薬が減ると夜間でも少し離れたドラッグストアへ出かけているということがわかってきた。

そこで私たちは暮らしに「安心感」が持てるように、利用者同士で交流するような居場所づくり（通い）やドラッグストアへの買い物支援などを行うことで、ヨシオさんの「不安」や「怖さ」の解消を試みた。そして、会うたびに「何かあったら連絡ください、いつでもお話伺いますよ」といった言葉かけを行ってみた。しかし、それはヨシオさんには気休め程度のものであり「安心感」につながるものではなかったのか、不安に駆られ怖さに襲われた時でもみのり荘に連絡してくることはなかった。「どうしたら、よしおさんに安心してもらえるか」について、その後もスタッフと家族で繰り返し話し合いを行った。その結果、「通い」や「訪問」といったサービスで、他者と交流する機会を作ったり、常備薬が足りなくならないように買い足したりと表面上の困りごとには対応できても、本質的な「不安感」の解消

にはつながっていないのではないかと仮説を立てた。もともと寡黙なヨシオさんに「困りごと」を言わせようとするのではなく、ヨシオさん自らが私たちに相談したいと思えるような雰囲気作り、「安心感」を実感できる暮らしの提供に取り組んでみようということになった。そして「通い」や「訪問」といった定期的な支援を継続する一方で、台風などの天災や急な発熱時などの突発的な出来事に柔軟にかつ全力で対応することへ力点をシフトしていった。また、訪問も事業所が支援する理由を作って自宅に伺うのではなく、自然な形で顔を見に立ち寄ったという姿勢で、ヨシオさんのペースに合わせた付き合い方に変えていった。

するとそのうち「せっかく来たんなら、アイスクャンディを食べていかんね」と、私たちが訪ねてくることを楽しんでくれるになり、ついに「ひとり暮らしやけん、病気になれんとよ」「風邪をひいたり熱が出たりすると、ご飯を用意できなくなるじゃろ」という本音をポツリと話してくれた。それからは、睡眠導入剤の服薬のペースを確認できる日が増え始め、前日に眠れなかったこともたまに話してくれるようになった。それでも時々衝動的にドラッグストアへ出かけることがあるが、それは一人暮らしを続けるという気概からくる行動と捉え、家族と暮らしのペースを尊重した支援のあり方を共有してきた。

今では「焼き立てのお肉が食べたいけん、一人でフライパンで焼いて食べたよ、冷凍庫の奥の方に有ったから（娘さんが隠してたもの）」「隣のN市の知人宅へ3回忌だったからタクシーに乗ってお参りしてきたよ、住所はわからなかったけど、何とかあったよ」と、娘さんも知らない暮らしの様子も話してくれるようになった。それはきっと誰からも「自分のペースで行う日々の暮らし」を邪魔されないことから得られる「安心感」を、ヨシオさんが実感し始めてきているからではないだろうか。

この事例では、事業所がひいたレール（時間軸）に利用者に乗せるのではなく、その人が培ってきた暮らしのリズム（時間の流れ）に私たちが合わせることで、他者から見て「困りごと」と思える事象であっても、本人にとっては自宅や地域で暮らし続けるために、持てる力を発揮し続けている姿であることに気づかされる。そして、真にニーズに気づくことで本人の内面にある「不安」や「怖さ」を軽減し、「安心」を感じられる支援につながったと考えられる。

（4）小規模多機能ホームなごみの家しかた★福岡さん（仮名）のケース

福岡さん（85歳）女性、要介護3、認知症日常生活自立度Ⅳ

老夫婦世帯。主たる介護者は夫（89歳）。一人娘は12年前（2009年1月）に死去されている。本人の親族はおらず、夫の姪が県内に居られるが高齢で日頃の支援は難しい状況。

福岡さんは、なごみの家の隣に併設している地域交流スペース「しかたの茶の間」の開設時（2016年3月）から、ほぼ毎日利用されていた。活動的で社交的な方

であり、折り紙教室や音楽教室にも参加されるなど地域の方との交流も盛んであったが、利用の一番の理由は「夫と一緒に居るとケンカになる」からであった。

夫は昔ながらのいわゆる「頑固おやじ」。短気であり日頃から暴言が酷く、気に食わないことがあると福岡さんに手を挙げることもあるため、行政より虐待事例と認定されている。また行政をはじめ地域のスーパー、医療機関なども自分が納得できない場合は電話で何度も怒鳴ったり、時には押しかけるなど地域の中でもクレーマーとして有名な方であり、福岡さんを支援していた包括支援センターや介護サービス事業所に対しても攻撃的で、支援が定まらずにいた。なごみの家を利用する前に入院していた病院からは、「ご主人からの虐待のことも踏まえ、今の生活環境からは在宅生活は無理」と老人ホームへの入居を勧められていたが、退院前に本人が「なごみの家にお世話になりたい」と言ったことから相談があり 2020 年 2 月から利用開始となった。

糖尿病に腎不全、水疱性類天疱瘡やバセドウ病…たくさんの病気を抱えられている福岡さん。「二人とも年を取ったし、頼れる身内もないししょうがない。これまで毎日のようにケンカしてきたけど、自宅で主人と一緒に暮らし続けたい」との本人の思いを叶えるため、毎日の通い・訪問サービスで福岡さんとご主人の距離を適度に保ちながら、サービスを提供している。スタッフは福岡さんの身体・精神面のケアはもちろんのこと、毎日の訪問サービス時には、ご主人が何で福岡さんを大きな声で怒鳴るのかまた、福岡さんのことを本当はどう思っているのかなど、ご主人の真意を汲み取れるようコミュニケーションを大切に支援している。

「お前は昔から何度も大病を患ってきたのにまだ生きている！何度もダメだと思ったが、よく生きているな！俺の言うことも聞かないし、いつ死んでもしょうがない！」本人を前にして、大きな声で厳しい言葉を放つ。しかし、私たちの前では囁くような小さな声で「家内が自宅で住み続けたいと言っている間は、私が頑張って支援します」とポツリと言われた。一人娘を早く亡くされ誰にも頼ることなく、入退院を繰り返してきた福岡さんの身体を思い遣り、不器用ながら妻を支えたいというご主人の想いが伝わった。

私たちは、ご主人と役割を明確にしながら福岡さんの支援を行っている。またご主人の理解者を増やすため、姪御さんに頻回に状況報告を続けている。当初は「あまり関わりたくない」と疎遠ではあったが少しずつ理解を得て、姪御さんをはじめ姪の娘さんが定期的に来られるようになった。それからはご主人の笑顔が増え、家庭内での暴言は少なくなり、暴力行為は次第になくなっていった。

2020 年 11 月には行政より身体的虐待の取り扱いが解除された。福岡さんは、地域の方との交流も少しずつ戻り「今が本当に幸せ。これからもこのままの暮らし続けたい」と笑顔で言われている。一方ご主人の方は、軽度の認知症状がみられるものの、以前に比べると明らかに穏やかになり、寒がりの福岡さんのために暖房設備を準備されるなど、福岡さんが自宅で過ごしやすくなるよう室内の環境を整えられて

いる。

現在でも私たちは、たまにご主人から怒鳴られることがある。私たちが娘さんの代わりになることはできないが、お二人が少しでも安心して暮らし続けることができるよう支援し、ゆっくりと対話を重ねながらこれからもともに歩んで行きたい。

「怒鳴ること」「手を上げること」をやめさせることが支援なのではなく、怒鳴ったり手を上げなくても済むようなかわりとは何なのか、ご主人は福岡さんを怒鳴ることで何を伝えたいのか。

この事例からは「（福岡さんが）いつ死んでもしょうがない！」との言葉の裏側にある「家内が自宅で住み続けたいと言っている間は、私が頑張って支援します」と夫の想いを汲み取り、支援している。表面上の言葉や行動をそのまま受け止めるだけでなく、本当の気持ち（声にならない声）に思いを巡らす（代弁）必要があるのは利用者だけでなく介護している家族に対しても重要なポイントであることを示している事例である。家族支援とは、家族の支援をすることではなく、本人の願いを実現するためのチームを構成するための一番身近な存在である家族を、同じ目的に向かってともに取り組む協働者として受容し巻き込んでいくことであることがわかる支援の様子が描かれている事例である。

1.1 事業者と自治体との協働

（1）霧島市小規模多機能ホーム連絡会が発足

平成 18 年に地域密着型サービスのひとつのサービスとして小規模多機能型居宅介護が創設された際「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」として活動を開始した。そして約 1 年後の平成 19 年 7 月に霧島市小規模多機能ホーム連絡会として組織化した。

そもそものきっかけは、小規模多機能型居宅介護の開設予定者（希望者）らが、これから小規模多機能型居宅介護事業を行っていきたいと思いつつも、制度創設もないため、具体的なイメージが湧かないという声があり、とりあえず集まって不安を出し合ってみようという単純なきっかけであった。集まる場には開設希望者だけでなく、是非、行政も地域包括支援センターも参加してもらい一緒に今後ことについて検討していきたいと思い参加を事業者側からお願いし、実現したものである。

（2）意見交換の場であり、質問・要望の場ではない

当初から事業者間の合意事項として「意見交換の場を決して行政に対する質問攻撃の場にしない」という取り決めがなされている。事業者も行政もお互いにわからない状況で、一緒に語りあい「私たちの霧島市」において、それぞれの地域で求められる「小規模多機能」のあり方を検討し合う場とする目的とした場であることを合意した上で依頼した。当初から参加しているメンバーで、従来の連絡会組織のあり方として、行政は情報伝達の間、事業者は質問の間といった上から下へ、下から上へといった対立の構図からは何も生まれないという経験値からの提案であった。

霧島市当局も、参加依頼を快く引き受け、第 1 回目から毎月の定例会に必ず参加している。霧島市としても地域密着型サービスが介護保険制度として初めての事業者の指定権者となり、保険者として小規模多機能型居宅介護事業をどのように関わっていけば良いのか、育てていけば良いのかを検討している最中でもあった。まずは行政と事業者が地域密着型サービスとしての「地域」のイメージを共有し、行政は地域づくりの「黒子」としてバックアップするという姿勢が必要ではないかと考えたものである。そもそも行政だけで地域づくりをすることは不可能であり、行政と事業者が地域の高齢者の生活実態や暮らしの様子、生き方等を一緒に考え、実現するために役割分担することで、行政には行政のできることで、事業者には事業者だからこそできることを把握することで、実効性のある事業構築が可能になるものである。また、行政には異動が付きものであり、他方事業者は継続的に関わることが可能であることから、行政の担当者が代わるたびに施策の進捗に極端な差が出るものがなくなるのではないかと考えたものである。更には、行政が表に立ち事業展開していくと、必ずしも現場の実態にそぐわないこともあるため事業者は「やらされた」感が出て、行政と事業者の歩調のズレが高齢者の生活そのものに影響を与えることになりかねない。従って事業者が地域に住む高齢者一人ひとりの声を拾い上げ、支援のあり方や方策を考え、行政が進むべき道と制度との整合性を図ること

で、思ってもみなかったような広がりを見せることがあるのではないかと考えたのである。

1.2 協働作業が加速化「認知症ケア連携パス」

(1) 霧島市における地域密着型サービスの役割

霧島市においては山間部や都市部とではそれぞれ地域における課題の違いがある。霧島市という広い地域ではなく、それぞれの地域において地域密着型サービスが在宅の高齢者を24時間365日支えていくために、地域の実情に合った取り組みが必要であり、そのことを実現するために霧島市地域密着型サービス事業者は平成22年に霧島市地域密着型サービス連合会（以下、「連合会」という）として繋がった。

(2) 本人と周囲とをつなぐ「認知症連携パス」

《私のアルバム～やがてのために～》

「認知症になっても自分らしい生活が送れるように」との思いから地域密着型サービス事業者連合会が中心となって、霧島市地域包括支援センター、認知症の人と家族の会、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センターの医療ソーシャルワーカー、行政の方々と共に約2年間勉強会を重ね、認知症連携パス『私のアルバム～やがてのために～』を平成24年に作成した。

これは、認知症をキーワードに、霧島市内のすべての高齢者が、利用するサービスが変わるごとに基本情報や生活歴、ADLの状況等を毎回説明（聞き取られる）するのではなく、本人（利用者）とともに情報も伝わっていく仕組みができないかというものである。いわば、医療における「医療連携パス」の生活版といったものである。

高齢者が、これまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時（認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時）に家族や友人等の周囲の人や事業所の人に自分の思いを伝え、尊重してもらい、最期まで自分が主人公の人生を貫き通す為に作成する当事者自身の「アルバム」である。



介護が必要な状況になり、様々なサービス期間が関わるとそれぞれの機関において情報を収集する。情報を収集する側は1回であっても、収集される側は同じような話を何度もしなければならぬのである。そのため「医療連携パスのような仕組みを認知症対策にも応用できないだろうか」との提案が霧島市からなされた。

連合会としても必要性を感じたため賛同し、実現していくために中心的な役割として方策の検討をした。作成のプロセスでの意見交換や検討、合意形成といった協働作業を通じた連帯感や認知症を持ちながらも自宅や地域で頑張っている高齢者へ思いを馳せることなど、本来、作成のプロセスを共有しながら得られる大切な要素が抜け落ちた形だけの成果物になる危険性を感じたからである。実践者自身が日々関わっている目の前の利用者や地域で暮らす認知症の方々に何が必要なのかを考えていく事のほうが、実は成果物よりも重要であるとの認識にたったからであり、自分達自身が主体となり作成委員会を立ち上げ、行政には作成委員の一人として参加してもらうことにした。

作成委員会は平成21年7月から1年以上にわたって毎月1回1時間～2時間、それぞれ日中の業務を終えた後、夜の時間に手弁当で行われた。



「私のアルバム」作成委員会の様子（H21年）

委員会メンバー

- ・霧島市
- ・霧島市地域包括支援センター
- ・霧島市内の地域密着型サービス事業所
認知症対応型共同生活介護事業所
小規模多機能型居宅介護事業所
認知症対応型通所介護
- ・霧島市内の居宅介護支援事業所
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症の人と家族の会
- ・霧島市社会福祉協議会
- ・鹿児島県

検討を重ねるごとに認知症の方はどのような暮らしを望んでいるのだろうか？認知症になって何かしらの援助や介護が必要になった時、現実はどうな状況になっているのだろうかなど、形式論ではなく、認知症高齢者の実態について話し合われるようになった。その結果、本人のこれまでの暮らしを大切に、最期まで自宅や地域での暮らしの連続性やその人本人が築いてきた関係性を書き綴ることによって、認知症になっても関わる周囲の方々が、これまでの暮らしや本人の嗜好など「本人が大切に思っている暮らし」が継続できるようなものにしたいと、認知症連携パスのそのもののあり方や作成する意味を共有できるようになってきた。そして、本人が主体的に自分の人生を書き綴り、更には認知症になっても自分の人生は自分自身が主役であり続け、最期までその思いを大切にしたいという思いを込め

『私のアルバム～やがてのために～』というテーマとした。

(3) 認知症連携パスから3つの効果

認知症連携パスの作成にあたり3つの相乗効果が生まれた。

1つに、ネットワークの構築である。委員会で最も時間をかけ議論したことは下記に示す「前書き」である。1年半ほど毎月集まって検討してきた委員のこのアルバムに対する思いがこの前書きに込められている。単なる書式づくりではなく、本人主体の暮らしを実現するために何が必要なのかを事業者と行政と一緒に考えてきた「プロセス」が大きな意味を持つものである。

【前書き】

私たちの人生は自分自身が主人公であり、その時その時を一本の線に結んで生きています。その線の上でさまざまな選択や人との出会い、関わりという枝が広がり、夫婦、家族、友人、職場、地域など、たくさんのつながりの中で、自分にとって心地良い居場所をつくっているのです。

人間は皆、老いの時を迎え、いつの日か旅立っていきますが、このことは誰も避けることはできません。そして、旅立つまでの間に自分がどのような状態になるのか…誰もが不安を抱きます。

「家族に迷惑をかけたくない」「認知症になりたくない」「寝たきりになりたくない」…誰もがいろいろな思いを持っていますが、誰の手も借りずに最期を迎えることが難しくなっています。

認知症になって介護が必要になった時、周囲の人の都合や思い込みで、自分らしい生き方そのものを諦めてしまうことはあまりにも悲しいことです。

これまでどおり自分らしく暮らし続けるためには、どこでどのように暮らし、誰といると居心地が良くて幸せでいられるのか？ “やがてのために”、これまでの自分の人生や思いを書き綴って、周りの人がその思いを大事にしてくれたら、最期まで主人公であり続けられるのではないのでしょうか。

日本は、世界有数の長寿の国となり、最近では“人生90年時代の到来”とまで言われるようになりました。

霧島市に暮らす皆さんが、これまでの人生を振り返り、この『私のアルバム』を作ることで、これまで以上に自分自身を大切にしながら、共生・共助のまち霧島市で、いつまでも自分らしく暮らしていけることを願っています。

2つにケア観の共有である。委員会形式として地域密着型サービス事業者や家族の会、社会福祉協議会、行政が参画したことで、霧島市における在宅の認知症高齢者を支えるケア観が共有されたことである。在宅の高齢者を支えるためにどうあるべきかを2年間議論し、またその後市民への周知活動を通じて、これからの霧島市での支え方が示されることとなる。これは、第7期介護保険事業計画においても継承され「誰もが支え合いながら生き生きと暮らせるまちづくり」の基本理念のもと、実践されている。

3つに市民へのメッセージである。従来の在宅か施設かの2択ではなく、認知症ケアパスを通じて、認知症になっても認知機能が低下しても、これまでの暮らしぶりを理解し、自宅や地域での暮らしを一緒に考えてくれる事業者がいることや、要介護状態にあっても自宅で暮らし続けることができるというメッセージが、事業所や公民館等で実施される説明会で直接事業者と書き方を通じて発信されることで、事業者や行政だけでなく利用する側や地域で支える住民（協力者）にも、霧島市の目指すケア観が共有されることとなった。

1.3 地域包括ケア・ライフサポートワーカー

(1) 地域包括ケア・ライフサポートワーカーの養成

平成 24 年度から、地域包括ケア・ライフサポートワーカー養成研修を実施している。半年間で合計 8 回の研修を実施し、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育成を行っている。



霧島市地域密着型サービス事業者はこれまで、多くの委員会や研修会や活動を通して「顔の見える関係」を大切にしてきた。「連携」とは単なる情報の共有を図ることではない。共通の目的を軸に共にそのプロセスを共有することである。

この時期の霧島市地域密着型サービス事業者連合会では『高齢者がいきいきと自分らしく生活できる社会の実現と社会参加や生きがいつくり、多様なニーズに即した介護予防、介護が必要になっても住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる地域包括ケアの推進』を共通の目的としている。それを軸として、行政・地域包括支

援センター、地域住民と共働する関係を常に意識し活動を行っている。

その実現の具体的な取り組みとして、霧島市において各々の地域密着型サービス事業所またはそこに位置づけられているライフサポートワーカーが身近な地域において介護サービス提供のみならず、地域の中の生活課題や不安を抱える個々人に向き合い、調整役としての役割を期待している。そしてその活動の積み重ねが高齢者のみならず、障害者や子供、地域住民が暮らしやすい地域、安心して暮らせる地域に変化することにつながるのである。

地域密着型サービスは、その人のこれまでの暮らしを繋ぎ、周囲との関係を繋ぎ、地域の安心拠点としての役割を担っていく。その事が霧島市において在宅高齢者を24時間支えるための体制づくりに大きく貢献するものにつながっている。

(2) 地域包括ケア・ライフサポートワーカーの取組

研修修了時に、ライフサポートワーカー養成研修の修了証及び霧島市地域密着型サービス事業者連合会認定の「ライフサポートワーカー（LSW）認定証」が授与され、認定者は以下の活動に取り組むことが示されている。

- ①身近な地域の介護・生活相談援助
- ②行政・地域包括支援センター・各関係機関との連携
- ③認定者の所属する事業には霧島市と連合会の連携のもと「介護まちかど相談所」の看板を掲げる
- ④ 認定者は圏域別地域包括ケア会議のアドバイザーとして参加する
- ⑤地域の関係づくり、集まり場づくり
- ⑥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
- ⑦『私のアルバム』の普及・啓発
- ⑧その他、ライフサポートワーカーとして必要なこと

また、霧島市では「地域のひろば推進事業」にも平成25年より着手し、公民館など地域の中の誰でも集まれる場所で、健康づくりや介護予防のために、地域住民が自主的に定期的な集いや交流の場を取組めるよう支援している。主に地区自治公民館や自治会が中心となって取組むことで、援助する側される側のような関係ではなく、自らの持つ強みを自らの地域で発揮できるような仕掛け作りもしている。この地域のひろば推進事業においても、住民の自主的な取り組みだけでなく、ライフサポートワーカーがお世話役として地域の方とも話し合いながら、企画・運営している地域もある。

(3) 地域包括ケア・ライフサポートワーカーの広がり

これまで地域包括ケア・ライフサポートワーカー養成研修を通算6期実施し、令和2年3月現在100人の修了生が地域で活動している。

平成30年度からは、従来の高齢者を対象とした視点に加え、障害のあり方や子どもも支援も視野に入れて取組みへと広がっている。これは、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう「地域包括ケア

システム」の構築の推進、及び制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながる「地域共生社会」の実現に向けたものである。日常生活圏域ごと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、対象を超えて地域に密着した相談・生活支援体制の構築を目指すものである。

2.1 生活全体を支える小規模多機能型居宅介護の支援

～本人支援を核とした家族支援・地域支援とコーディネートのあり方～

霧島市でのライフサポートワーカーの実践や地域のひろば事業から、本来の役割である小規模多機能型居宅介護の実践はどのような変化や取組につながったのか。具体的な事例を通して小規模多機能型居宅介護の取組や利用する高齢者の暮らしがどのように変わっていったか事例を通して考察する。

(1) 地域の困りごと、地域拠点としての役割（シェルター）

8月〇日

地域包括支援センターから「息子が暴力を振るった。夫婦を保護できないか」と相談を受け、自宅を訪問する。

息子（以下 A）と父親は精神科病院に警察同行で向かっていた。母親だけが自宅に残っている。母親より「A が買い物をしてきたものを裏の川に流し、その後 2 階に上がってきてまず、母親の腹を突き、父親の顎を殴った。怖くなって警察を呼んだ」。精神科受診に地域包括支援センター職員も同席するが「A を保護入院させたかったができなかった。A が戻る前に母親を避難させて欲しい。父親も病院から戻り次第、避難させる」との連絡を受け、小規模多機能型居宅介護にて夫婦を保護する。

息子は 20 数年、引き籠りに近い状態で殆ど仕事はしたことがない。3 人の子供がおり末っ子になる。私たちは奴隷のように使われてきた。

長男、長女も本人とは全く会話ができず、兄弟の関係は長年断ち切っている。

A は、買い物をして私達に支払いを求めてきたり、パチンコ屋の送り迎え、とにかく言うことを聞かなければ大声で怒ったり、家の中のものを壊したりする。家の中にホースで水をまき、水浸しにしたこともあった。

役所の人にもこれまで何度も相談してきた。でも、「〇〇に相談してください」と別なところを紹介されるだけだった。もう、A とは一緒に暮らすことはできない。妻も身体を壊してしまう。

他県に暮らしている長男に、一度、鹿児島に戻ってきてもらい、今後のことについて相談していくことを決める。その間は、事業所にてご夫婦で過ごしてもらう。制度としては 2 人とも介護認定は受けていないため、緊急的措置として『生活指導型ショートステイ』を活用する。

8月〇日

長男と両親は、話を重ね、現在の家を出て新たな生活をしていくことを決断。A とは今後、一切の関係を断ち切ることが自分たちのためにも A のためにも必要と決める。

両親と一緒に事業所も金融機関、行政機関、警察等様々な手続きを支援する。

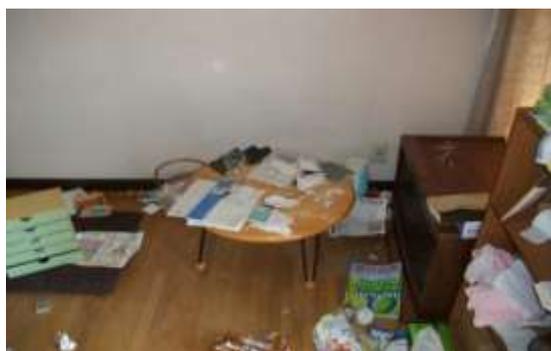
9月〇日

長男と新しい借家へ荷物の搬入し、そこでの生活が始まる。その後、母親は介護認定を受け通所介護に週 1 回利用となる。父親は好きな菜園をしながら二人元気に

過ごす。



自宅に暮らす、A については保健所職員が月に 1 回訪問。近隣から、「門扉や玄関ドアがペンキで塗られ気持ち悪い」との連絡が市役所に入る。当初は保健所の担当者が行っても玄関の扉を開けなかったが、徐々に顔を合わせて話ができるようになる。障害者年金の相談について市役所に来たこともあった。



10月〇日

保健所から事業所に連絡あり。A が自宅のトイレ前で遺体で発見される。死因は不明。死後 1 週間程経過している。

12月〇日

両親は自宅をリフォームし借家から元の自宅に戻る。

(2) 学生の見守り支援

「ちょっとおたずねしますが」

昨年 11 月、日暮れも早まった夕方に、T さんは下校する R 高校の女子学生に声をかけた。そこは 50 年以上住み続けている自宅前の道路。

T さんとは平成 28 年 8 月、精神科の K 病院からの相談をきっかけに関わり始めた。アルツハイマー型認知症、老年期うつ。鍵をなくしたり、入れ歯を冷蔵庫しまったことを忘れて、通信販売を頼んだことを忘れ支払いが滞るなど、記憶の障害が主な症状である。

事業所に来る曜日がわからず、日に何度も電話を掛けたり、夕方に事業所からの

迎えを待っていたり、寂しいから泊まらせてほしいと不安げに電話がくるようになっていた。自宅に訪問しても不在だったり、外出先で転倒して顔面にけがをして帰ってきたこともあった。

「なにがなんかわからんごとなってきた・・・」
「もうひとりでは暮らしゃならんよ・・・」

笑顔もなく、涙声で訴える日が増えてきた矢先、Tさんは自宅前の道路で、自分の家がわからなくなる事態がおきた。

R高校と事業所は、コロナ禍で介護の現場実習がなくなった学生が高齢者と交流する機会を一緒につくったことが接点となっていた。

学校の先生に相談し「なじみのひとに支えられながら、夫と暮らした家を守りたい」の実現に向けてR高校の学生とのみまもり活動を行うこととなった。



「Tさんのこと、前から知ってましたよ！学校に行くときによく会ってました！」
コロナ禍で学生の訪問をスタートさせるにあたり学校と検討し、検温やマスク着用、手指消毒の感染対策を行った。

私たち事業所は、出会いから付き合いが長くなると、そのひとが求めていることをわかったつもりになることが起こる。

Tさんの「もうわからんごとなつた」「もうひとりで暮らしゃならん」と涙声で話す言葉を、薄暗くなってから家の外に出ていかれるTさんの想いを私たちはTさんの気持ちになって理解していただろうか？

10分という短い時間の学生の訪問でも、その時、その瞬間でTさんの想いにこたえようとする姿勢には、認知症によりこれまでの生活が出来なくなり、支援の変化が必要なTさんの生活を支える私たちには、これまでのかかわりを振り返る機会となった。

現在、Tさんは昼間自宅で過ごし、夜は事業所に泊まる生活となっている。

学生の訪問は朝の時間から、Tさんが自宅にいる昼間の時間に変更することを検討している。私たちは事業所で、Tさんと関わり、ご自宅では、Tさんと学生さんがあ

たたく、楽しい時間を一緒に過ごすことができるように、丁寧にバトンをつなぎ続けていきたいと思っている。

(3) 地域の方々の夕涼み会

①住民の声をきっかけに、しかし不安が・・・

「自治会みんなで何かすることって何もなくなった」「今だったらみんなと一緒に夏祭りとかできそうだよ」とある日の運営推進会議で地域の方から声があがった。

その時、私達は「何かできそう」と期待する想いと「大丈夫かなあ」と躊躇する想いが錯綜した。

「自分たちにやってほしいということか?」「他の職員はどう思うだろう?」「ここは聞き流してもいいかな?」「利用者も移動しないといけないし事業所でやった方が楽なんじゃないか?」また、私たち事業所が積極的に動くことを快く思われない人もいるだろうし、地域の方にもご迷惑をかけるかもしれないと思った。

しかし、不安な気持ちを抱えながらも地域での地域の方々の夕涼み会を実施することを決めた。

開催することを決めてから地域の方とどのように進めていけばよいか話を伺った。80歳代の女性はこの地域で長年暮らし、地域の移り変わる様子を「昔はこの辺の有志が集ってね、公民館の前で夏祭りをして盛り上がったのよ」「もうその方々も何人残っているかしら」と話してくれた。このようなお話をお聞き、やるからには地域の方が皆集まってほしいと思いが強くなった。

一番の問題は日程と場所。日程は「自治会の子供たちが六月灯で灯籠を持って近所の春日神社に集まる。でも、灯籠の役目はそれだけですぐにかたづけてしまう」という地域の方の言葉から、「じゃあ、その六月灯の日にやろう!」と決まった。春日神社から帰ってくる子どもたちを夕涼み会会場で迎えるという皆の楽しみができた。

そして、会場はみんなが集う公民館前が候補に上がったが警察の許可はおりなかった。

すると、「例年通り事業所さんの庭で良いんじゃない」という声があがったため、それではこれまで通りの「事業所(事業所)の夕涼み会」になってしまうと思い、地域の方に一軒一軒相談してまわった。

その他、会場周辺の方々への挨拶回りや、責任者を誰がするのか?スタッフからも「こんなに苦労してまで地域の方とやる意味はあるのか?」と問われることもあり、簡単には進まなかった。

②何故、夕涼み会をやるのか?

今だからこそやれる!「事業所の夕涼み会」から「地域の夕涼み会」にできる!そして自分たちが事業所から出ていく必要性がそこにはある。それは「利用者が地域から忘れられないため」認知症や病気で自宅から施設や病院へ居場所が変わるこ

とで地域からその人の存在がなくなってしまう。

距離的には近い事業所で利用になったとしても、地域からその人の顔が見えなくなってしまうてはいけない。

様々な壁もありながら、夕涼み会を開催した。



そこには約 150 人が集まりつた。皆で様々な壁を乗り越えた瞬間だった。

プログラム最後の万歳三唱には地域住民であり、事業所を利用している K さんが舞台に立った。会場の全員で「ばんざ〜い、ばんざ〜い、ばんざ〜い」。会場の皆が同じ方向を向いていることを感じた。みんなが笑顔でした。地域の人たちが同じ住民としてそこに集い、笑い、ただ住民同士その場を楽しむことができることに、流した汗も喜びに変わっていた。

これを機に毎年の恒例行事になっていった。

(4) ヤマト運輸 DM 便投函プロジェクト

平成 31 年 1 月からヤマト運輸と連携し、ダイレクトメールの投函を利用者が行っている。ヤマト運輸と事業所が業務委託契約を結び、投函した便数で委託費が一旦弊社に支払われ、全額ご利用者が謝礼として受け取るシステムになっている。

このヤマト DM 便スタート当初から汗を流すご利用者は Y さんである。Y さんは、元小学校の教員。しかし、統合失調症を抱えており、9 年前から事業所を利用されている。

「やもめ暮らしにウジがわかなんように・・・」

今まで自分の人生を支えてくれた奥様と過ごした家を守りたい、また、いつか奥様と一緒にこの家で暮らしたいという Y さんの思いの表れか、スタッフにこうつぶやかれた。

そんな Y さんは「ハタラク」ことにチャレンジをはじめた。ヤマト運輸 DM 便投函である。厳しい暑さの中、ハタラク Y さんの目標は、年一回の「旅カレッジ（旅

行) 」への参加である。配達途中、Yさんは笑顔でこう話される。

「上海ではいっぱい歩くから配達を頑張って筋力をつけんなら。ちょっとお腹もへこませんといかんどな」「配達をしてお金をもらって、上海でゆいちゃんにお土産を買ってくるのが楽しみ」

ヤマト運輸 DM 便投函では、汗を流しながら配達した謝礼金を受け取ることができる。これまで、Yさんと関わる中でYさんだからこそできるという可能性を感じた私たちと、ダイレクトメール投函自体が持つ要素、「社会とのつながり」「ハタラク」「役割」「収入を得る」が、これまでは旅カレッジへ参加するという単独の目標達成から、そこに向けたプロセスを自ら汗を流すことで達成できるという力強い目標になったことで、よりそれを達成した充実感が与える影響は大きいのではなかろうか。

令和元年9月28日～9月30日上海へ行って来た。



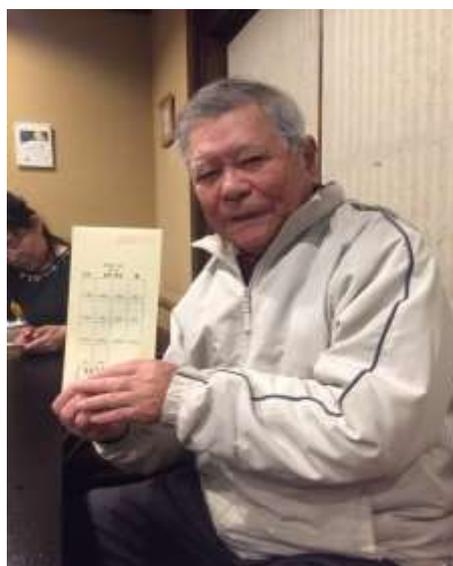
確認しながら配達する Y さん

「介護される利用者」から「はたらく Y さん」へ

ヤマト DM 便投函という仕事を通して、実際に地図を広げ、間違いないように住所を確認し、スタッフと共に一軒一軒歩いてポストに入れる。事業所界隈の地域は、道路は狭いが車の交通量が多い。そこを歩いて配達することで、車は速度を緩めてくれる。地域の方も足を止め、「ご苦労様」と挨拶を交わしてくれる。これまで、「こんにちは」「お散歩ですか」と声をかけられていたが、現在は、クロネコヤマトのベストを着た Y さんに地域の方も足を止め、「ご苦労様」と挨拶をしてくれる。地域の方も「認知症の人」「介護される利用者」から「はたらく〇〇さん」へ見方が変化していくことを肌で感じる。

また、投函先に不安がある時はチャイムを鳴らし直接顔をみて挨拶し確認して確実にお渡しする。顔と顔、人の手から人の手へ……。

Yさんが、働きたい意志のある人が働ける社会、そしてまだまだ働けるんだという自己肯定感を獲得できる可能性ある社会を行動で示してくださっている。



給与を受け取る Y さん

終章

ま

と

め

1. 小規模多機能型居宅介護の15年

- 2015年の高齢者介護を出発点とし、これまで自宅や地域で生活する高齢者等の支援を必要とする方の暮らしを第一に、その支援内容やサービス形態を利用者の生活に合わせる利用者主体のサービスとして実践されてきた。「住み慣れた地域で暮らす」介護保険が提唱する地域包括ケアを実現するための中心的な役割を担うサービスとしての役割である。
- 介護保険が2000年に施行され、措置から契約へサービスのあり方は変化したものの、措置時代の三大介護重視や施設ケアを主体とした補完機能としての在宅サービスの域を脱しないケアのあり方は、大きく変わることはなかった。
- この間、団塊の世代が後期高齢期に向かって、認知症高齢者や独居高齢者、高齢者のみ世帯の増大など、介護を取り巻く地域環境は変化してきている。
- 前述のとおり小規模多機能型居宅介護の創設は、新たな介護保険サービスの創設という側面よりもむしろ在宅の限界点を高めるための認知症高齢者の支援を中心とした新たなケアの必要性から生み出された。日本の高齢者介護のあり方を新たなステージへの導くためのケアのあり方である（在宅の限界点を高めるケア）。
- そのため小規模多機能型居宅介護は、在宅サービスで初めての包括報酬や運営推進会議、サテライト事業、運営推進会議を活用したサービス評価など、次々と新たな仕組みを導入し、より利用者や地域に身近なサービスとして進化してきた。
- 2018年（平成30年度）の介護報酬改定では、共生型サービスが創設され、日常生活圏域の拠点として、小規模多機能型居宅介護の果たす役割が広がった。またケアのあり方も、生活を送るうえでの補完機能としての介護から、最後まで生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるためのケアへと変化してきている。認知症であっても障がいがあっても持っている力を発揮するために必要な支援機能としての進化である。ケアとマネジメントを兼ね備えた小規模多機能型居宅介護の強みを生かす次なるケアのステージへ進むものである。
- 「共生社会」の実現に向け「高齢者」「子ども」「障がい者」等も含め、年齢や障がいの有無に関わらず、地域の住民がこれまで大切に積み重ねてきた価値観を尊重しつつ、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や地域に必要な「機能」を、住み慣れた地域拠点としてともに検討していく役割がある。

2. 包括報酬型在宅サービスである小規模多機能型居宅介護の強み

- 事業形態ごとに担っている時間や場所が異なり、支援する人も異なる従来の在宅サービスと違い、ソーシャルワークとケアワークが一体で提供できる。
- 本人を取り巻く関係者をつなぎ、必要な支援方法を立案することから日々の直接支援までをワンストップで提供できるため、家族・介護者との連携が図りやすい。24時間365日を同じケアチームでかかわることで、時間や場所を限定して支援する従来の在宅サービスの従業者では見えにくかった、毎日の暮らしの中で変化する心身機能や本人の思いが「見える化」され、その変化に応じて即時に通い、訪問、宿泊等の組み合わせを柔軟に変更が可能となるため、利用者、家族・介護者にとって便益性の高いサービスといえる。
- 毎日のかかわりの積み重ねにより生活ニーズを捉える精度があがり、生活目標や支援方法がより具体化される。本人の在宅生活の満足度を高め、家族・介護者にとっても在宅介護を続ける上での安心感につながり、事業所に対する信頼を深めてくれる好循環を作ることができる。
- ソーシャルワーク機能とケアワーク機能が一体となることは、24時間365日を支えるため「通い」「訪問」「宿泊」等の機能が、本人を事業所、自宅、地域とあらゆる場面でアセスメントする機会となり、本人の暮らしの全体像をとらえる視点を持つことができる。
- 本人の心身状態だけを見るということだけでなく、本人の家庭内・地域社会での役割など、本人を取り巻く人々や地域社会に積極的にかかわることで得られる情報も重要であることから、本人の周囲に広がる地域とのつながりやつながる意味も見据えた、ケースマネジメントが実現できる。
- 自宅や地域で暮らし続けるための課題を解決するために、その背後にある社会的環境との関連をも見据え、毎日の暮らしの中で変化する心身機能や本人の思いを「見える化」し、本人とかかわる家族・介護者、地域の専門職以外の人への「見せる化」が大切である。
- 「見える化」によって顕在化させた本人の生活全体のニーズが、「見せる化」によって地域の専門職以外の人々が参画する内容やタイミングが明らかにされることにつながり、利用者の困りごとを解決する手助けを得るチャンスになる。そればかりでなく、手助けに参画することで「他人の困りごと」ではなく、地域住民にとっては「将来の自分の困りごと」と捉える機会になり、住み慣れた地域で自分らしい生活を送るためには「今、何をすべきか」「将来どのような取組が必要なのか」ということを自らが考えるきっかけになる。

3. 新型コロナウイルス感染症の影響と小規模多機能型居宅介護

- 新型コロナウイルス感染症の影響があった事業所は 85.4% (1,408 事業所) にのぼり、支出の増加や利用者減の報告がされ、利用者の支え方にも変化があり、外出や交流の機会の減少、家族・介護者の意向を把握しにくくなったなど、少なからず影響があった。
- 利用者の状態像においては、活動量が低下したり、利用者の役割や活躍の場がなくなったなどが報告され、そのための工夫として、事業所内で体を動かす機会を増やしたり、利用者へ意図的に話しかける回数を増やすなどの工夫を行っている。
- 影響への対応として、事業所の感染予防対策を決め、利用者、家族・介護者へ説明したり、感染症に対する情報を提供することで“利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるよう工夫している。
- 過去の利用状況との比較では、新型コロナウイルス感染症の影響があったと回答した事業が多いものの、実利用人数では影響前の令和元年 10 月と令和 2 年 5 月 (1 回目の緊急事態宣言期間) との比較でも、実登録者数では、影響前が平均 21.1 名、令和 2 年 5 月で 20.7 名と△0.3 ポイントにとどめている。
- 通い、訪問、宿泊及び利用者、家族・介護者の情報提供や支援を通じて、新型コロナウイルス感染症影響下でも、その影響を最小限にとどめ、これまで通りの支援を継続できている在宅サービスである。

4. 小規模多機能型居宅介護の次なる議論のステージ

- 今後、地域密着型サービスや小規模多機能型居宅介護、在宅の包括報酬型サービスの育成にあたって、3 つの議論のステージから検討が必要である。1 つに「実践」から、次いで「運営」から、最後に「政策」からである。
- ◆「実践」として
- 小規模多機能型居宅介護は、海外の先行的取り組みやモデルがあつて始まったものではない。目の前の高齢者の幸せを願う実践者によって生み出され、その実践を政策担当者が制度化したものである。
 - 包括報酬型在宅サービスの強みとして、制度の中に実践をはめ込むことは、自らの実践を縛る結果にもつながる危険性を理解しなければいけない。
 - あくまで実践に合わせて制度が作られ、実践に伴って制度が修正されてきた

経緯からすれば、包括報酬型在宅サービスの進化は、実践にある。その実践が今、問われている。

- 「通い」「訪問」「宿泊」の各機能（サービス）について、提供回数や提供内容を明らかにしてきたが、本来、包括報酬型在宅サービスでは各機能を分解し、他の類似の介護保険サービス（通所介護、訪問介護、短期入所生活介護）との比較で強みや優位性を示す方法は、そもそも複合化された機能と単独機能とを比較することそのものが、複合化した強みを削ぐ捉え方となっているのではないか。
- 小規模多機能型居宅介護の強みは、利用者の望みや願いに合わせ、その実現のために「通い」や「訪問」といった機能を活用することであり、「通い」や「宿泊」を提供することが目的化してはいけない。
- これまでの実践で着目してきたのは、介護度や疾病、障がいから利用者を見るのではなく、人はそれぞれ違い、一人として同じ人はいないという当たり前のことを再確認したうえで、その人の人生を見つめるという視点である。目指すべき支援は「病気になっても、歳を重ねても、障がいがあっても、その人らしい生き方を支える」ことである。そのためには、利用者の力を発揮できる機能、機会、気力を奪わないことである。何もできなくなった厄介な認知症の人という偏見から、たくさんの可能性を持っている人へと視点を転換することである。
- 利用者の力が発揮できることとは、すなわち社会参加・社会貢献の機会であり、ケアの提供と別物ではなく、ケアの延長線上にある。よって、本来機能としての通い、訪問、宿泊の機能を活用し、利用者の生きる力を、生きようとする思いを表現することが大切である。
そういった意味ではこれからのケアは「介護」や「お世話」と言った狭義のものではなく、その人の自己決定を尊重し、人生を支えるという視点が重要である。
- 実践を通して、利用者の生活や利用者のできることに喜ぶ家族・介護者、知人・友人、商店や町内会の人たちなどを通じて、ケアとは何か、支援とは何かを考える時期に来ている。「自立支援とは何か」をである。
- 実践の積み重ねから見えてきた自立支援を目指す視点は「身体機能や ADL は自立していなくても、選択権が尊重され、自分の意思で行動や生活ができるための支援を行うこと」である。
- 「共生」に対する概念も高齢、障がいの枠を超えたものだけでなく、利用者

である地域の高齢者が、認知症であっても障がいがあっても持っている力を発揮する社会の一員として暮らすことができる社会である。

- 地域のニーズは多様化しており、利用者だけでなくその家族も多くの問題を抱えている。さらに障がい者や地域で暮らす高齢者の様々な課題についても何らかの支援を小規模多機能型居宅介護に求められる場合もある。
- 利用者の暮らしの継続性を支えるために、利用者だけでなく世帯丸ごと受け止めるかわりや地域から世帯ごと排除されない支援、すなわち「利用者（登録者）の世帯を支えるための支援（世帯支援）」が求められる。また、利用者を通じた地域の理解を深める取組が、利用者以外の不安を抱えた高齢者の悩みが持ち込まれることにつながる場合や、高齢者だけでなく障がいのある方や子どもなど、介護保険サービスの範疇を超えた課題に対しても一緒に考えていく「地域から持ち込まれた相談などに応える支援（地域支援）」である。
- 小規模多機能型居宅介護は「共生社会」の実現に向け「高齢者」「子ども」「障がい者」等も含め、年齢や障がいの有無に関わらず、地域の全住民がこれまで積み重ねてきた「歴史」「伝統」「習慣」「風土」等を重視し、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や、地域に必要な「機能」をともに検討していく役割がある。

◆「運営」として

- 創設当初、中重度になっても在宅で支えられるよう平均要介護度を 3.5 程度に見立てた経営モデルで議論された。介護老人福祉施設の入居条件を原則要介護 3 以上とするような政策の影響もあり、小規模多機能型居宅介護利用者の平均要介護度は、ここ数年 2.2~2.5 の間となっている。
- 登録者（利用者）数の平均は 21.1 名、登録定員は 29 名のところが 55.0%（923 事業所）に上る。直近 3 年の傾向を見ても、（令和元年調査）20.9 名、（平成 30 年調査）20.5 名と登録者数は横ばい傾向にあり、稼働率 100%まで 8 人程度の空席があることになる。これは登録者を確保することができるのか、それ以外にも要因があるのか明らかにする必要がある。
- 在宅の要援護高齢者を支える仕組みとしてどのような方を支えることが期待されているのか、実態はどのような方を支えているのか、小規模多機能型居宅介護という道具の有効性を単なる利用者確保の観点だけではなく、在宅福祉を担うサービスにおける役割分担から、そのケアのあり方や守備範囲を明らかにする必要がある。

- 今回の調査では人件費率は71.3%となっており固定費の比重が高い。在宅サービス内での競合が少なければ、経営が安定するため固定費の比重が高くとも大きな影響はない。一方、競合がある現在では、固定費の比重が高いと利用者数による収入の変動の影響も大きく、固定費が大きいことは経営を左右する。もともと福祉サービスは他の分野に比べ固定費が高いものの、今後の在宅の要介護高齢者に対する役割分担の仕方次第では、検討すべき課題となり得る。
- 小規模多機能型居宅介護の運営には、事業所内で完結するようなケアではなく、また高齢者の心身機能・構造のみならず、活動や参加に関する事項、さらに促進要因や阻害要因など、言語化・数値化されにくい情報も含めた地域でケアする視点が求められる。
- 介護の専門性を持った職員を確保・育成していく視点に加え、地域に密着した事業所として、採用と参画の垣根を取り払い「事業所へのお手伝いや協力から参画へ、参画から一部採用へ」の流れも構築していくことで、人材発掘のすそ野を広げていく取組をしていかなければ人材を確保することは難しい。
- ケアのあり方が多様化することと合わせ、食事のみ、送迎のみ、入浴のみといった基礎介護を担当する職員、地域活動を得意とする職員、茶話の場の取り回し役や外出支援といった間接的な調整や支援を得意とする職員を採用するなど、利用者のライフスタイルに合わせた担い手の分業化も視野に入れた多様な人材発掘のあり方も検討しなければならない。
- よって人材育成の場も事業所内に限らず、地域活動の場面であったり、町内会の会合の場、訪問した自宅の場合もある。様々な場面で利用者の自宅や地域での「暮らし」をともに考え価値観を共有していくことが求められる。育成を担当する管理者やリーダーには、従来の介護職員育成から発想を広げ、広義の社会福祉の視点や地域の価値観、習慣等も含めた人材育成が求められる。
- 在宅における要支援高齢者を支えるための「ケアのあり方」「対象者及び利用状態像」「運営のあり方」など、支援を担うサービス間の役割分担も踏まえつつ、小規模多機能型居宅介護の目指す方向性を明確にしていくことが、経営の安定性につながり、さらに利用者に安心した暮らしの支援を提供できる経営につながる。今後、2025年を見据えた新たな経営モデルの構築が急務である。

◆「政策」として

- 老人福祉法制定前年の1962年（昭和37年）にホームヘルプサービスの前身

となる家庭奉仕員制度が創設され、1978年（昭和53年）からショートステイ、翌1979年（昭和54年）にデイサービスが創設され、その後40年以上にわたり「在宅3本柱」と呼ばれ現在に至っているが、新オレンジプランによれば2025年に認知症高齢者が700万人を超えると推計されているなか、昭和30年代後半から50年代にかけて設計された仕組みで、令和を迎えた現在の700万人の認知症高齢者をどのように支えていくのか。政策論として、在宅3本柱のたてつけを今後どのように考え、在宅サービス内でどのような役割分担を図っていくのか。

- そのような状況の中で包括報酬型在宅サービスである小規模多機能型居宅介護は、どこで、だれを、どのように、支えていく役割を担っていくのか。そのために必要な進化は何なのかの議論が必要である。在宅の要援護高齢者を支えるためにどのような役割を果たすのか、をである。

資料編

2020年度 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 【調査票】

締め切り：令和2年12月31日（木）

【ご回答いただく事業所の皆さまへ】

例年、本調査にご協力いただき、ありがとうございます。

今年度の調査では、例年お聞きしている小規模多機能型居宅介護の取組みにおいて、特に利用者の暮らしぶりや支え方、地域に関する設問について、現在のコロナ禍の状況で、実態にそぐわない（出かけることもできない、民生委員や地域行事とった地域と連携や交流を制限している等）と思われる内容も設定させていただいております。

理由は、コロナ禍での小規模多機能型居宅介護の実態を明らかにするとともに、昨年までの実態との比較や、終息後、コロナ禍の状況との比較をすることで、コロナ禍においても小規模多機能型居宅介護の強みを発揮しているものを明らかにできるのではないかと考え、設定させていただきました。

「この状況で何を言ってる（聞いている）んだよ」とお叱りを受けるかもしれませんが、後年、このデータが生きてくるのではないかと考えてのものです。

ぜひ、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

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

2020 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 調査票

このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が実施するもので、小規模多機能型居宅介護事業を実施している事業所を対象とした調査です。小規模多機能型居宅介護に関する実態を把握することにより、より地域の実情や利用者の状況に応じたシステムおよびケアマネジメントのあり方検討に活用するものです。お送りいただきましたデータは、属性ごとに集計し、統計処理しますので、プライバシー情報が外部に漏れることはございません。つきましては、送付致しました調査票にご回答の上、**令和2年12月31日(木)まで**に、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

FAX：03-6430-7918 / E-mail：chousa@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（令和2年10月1日現在の状況をご記入ください）。

問1. 貴事業所名及び所在地並びに記入者職名等をご記入ください。

事業所名			
種類 注1)	<input type="checkbox"/> ①小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ②サテライト型小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ③基準該当 小規模多機能型居宅介護	指定年月	※初期登録時（注2） 西暦 20__年__月
		対象給付	<input type="checkbox"/> ①介護給付 <input type="checkbox"/> ②予防給付
運営法人	<input type="checkbox"/> ①社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ②社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> ③特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> ④医療法人 <input type="checkbox"/> ⑤法人(有限会社・株式会社等) <input type="checkbox"/> ⑥その他(具体的に： _____)		
都道府県	記入者職名	<input type="checkbox"/> ①代表(開設者) <input type="checkbox"/> ②役員 <input type="checkbox"/> ③事務長 <input type="checkbox"/> ④事業統括者 <input type="checkbox"/> ⑤管理者 <input type="checkbox"/> ⑥事務員 <input type="checkbox"/> ⑦計画作成・介護職員	
郡及び市町村名			
電話番号	サービスを提供している地域の人口規模	<input type="checkbox"/> ①1,000人未満 <input type="checkbox"/> ②5,000人前後 <input type="checkbox"/> ③1万人前後 <input type="checkbox"/> ④2~3万人前後 <input type="checkbox"/> ⑤5万人前後 <input type="checkbox"/> ⑥10万人前後 <input type="checkbox"/> ⑦10万人以上	
FAX番号			

注1) 種類：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。
注2) 指定年月：事業所の合併や継承をした場合は、当該事業所のうち指定年月の古い方を記入してください。また、更新日ではありませんのでご注意ください。

問2. 貴事業所の登録定員及び通い定員等をご記入ください。

登録定員	通い定員	宿泊定員
名	名	名

問3. 貴事業所の実費費用をご記入ください。

宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代
円	円	円	円

問 6. 共生型サービス（障害者総合支援法に基づく）についてお伺いします。

6-1) 共生型サービスの実施について、該当するものに☑をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①実施している | <input type="checkbox"/> ②検討・実施準備している |
| <input type="checkbox"/> ③知っているが、実施していない | <input type="checkbox"/> ④制度を知らない |

6-2) 前問 6-1) で「①実施している」と回答された事業所の方にお聞きします。実施している事業について該当するものすべてに☑をつけてください。 (複数回答可)

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| ■都道府県指定 | | |
| <input type="checkbox"/> ①共生型生活介護 | <input type="checkbox"/> ②共生型自立訓練 | <input type="checkbox"/> ③共生型放課後等デイサービス |
| <input type="checkbox"/> ④共生型児童発達支援 | <input type="checkbox"/> ⑤共生型短期入所 | |
| ■市町村指定 | | |
| <input type="checkbox"/> ⑥基準該当生活介護 | <input type="checkbox"/> ⑦基準該当自立訓練 | <input type="checkbox"/> ⑧基準該当放課後等デイサービス |
| <input type="checkbox"/> ⑨基準該当児童発達支援 | <input type="checkbox"/> ⑩基準該当短期入所 | <input type="checkbox"/> ⑪日中一時支援 |
| <input type="checkbox"/> ⑫その他（具体的に： _____) | | |

II. 利用状況等についてお伺いします。

問 7. 現在の人数をご記入ください（令和 2 年 10 月 1 日現在の状況をご記入ください）。

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

問 8. 新規契約者の状況についてお聞きします。

令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月末までの 1 年間に、新規利用登録した人数について、要介護度ごとと合計をご記入ください。(0 名は 0 と必ずお書き下さい)。

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

問 9. 利用契約の終了状況についてお聞きします。

令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 10 月末までの 1 年間に、利用契約が終了した人数（死亡者も含む）について、要介護度ごとと合計をご記入ください。(0 名は 0 と必ずお書き下さい)。

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
人	人	人	人	人	人	人	人

問 10. 短期利用居宅介護についてお聞きします。

10-1) 短期利用居宅介護の利用について、届け出をしていますか。該当するものに☑をつけてください。

(単一回答)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①届け出をしている | <input type="checkbox"/> ②届け出をしていない |
|------------------------------------|-------------------------------------|

以降の 10-2)、10-3)は、前問 10-1)で「①届け出をしている」と回答された事業所にお聞きします。

10-2) 短期利用居宅介護に活用できる部屋はいくつありますか（令和 2 年 10 月末現在）。記入例にならって数値を記入下さい。

	$\text{宿泊室数} \times (\text{登録定員} - \text{実登録者数}) \div \text{登録定員} = \text{合計数} \rightarrow (\text{部屋数})$													
記入例	9	×	(25	-	20)	÷	25	=	1.8		2	部屋
記入欄	__	×	(__	-	__)	÷	__	=	__		__	部屋

※計算式は「(宿泊室数) × (登録定員 - 登録者数) ÷ 登録定員」= (小数点第 1 位以下四捨五入)

10-3) 令和 2 年 10 月の 1 か月間において、短期利用居宅介護の利用について、該当するものに☑をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①利用があった [→ 利用人数：__人・延べ日数：__日] | <input type="checkbox"/> ②利用なし |
|--|--------------------------------|

Ⅲ. 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。

問 11. 貴事業所の職員数等についてお聞きします。

11-1) 貴事業所の職員の人数（実人数）をお答えください（令和2年10月末現在）。

※非常勤については、常勤換算での人数もお答えください。常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数（一般的には週40時間程度）をもとに計算してください（0名は0と必ずお書き下さい）。

※上記の数値を簡単に集計できるエクセル入力表を、本会のHPの専用URLからダウンロードすることができます。

職員総数		名			
常勤・非常勤別		常勤		非常勤	
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

◆人員基準上、必要な日中の職員配置（1日あたり）及び令和元年度の通いの平均利用人数（1日あたり）の実績値

人員基準上、必要な日中の職員配置（1日あたり）	名	令和元年度の通いの平均利用人数（1日あたり）	名
-------------------------	---	------------------------	---

※「人員基準上、必要な日中の職員配置」には訪問サービスの提供に当たる者として1人以上配置される従業者含む

11-2) 職員の年齢構成（常勤・非常勤に関係なくすべての職員をご記入ください）

※11-1)の職員総数と「合計」数が一致

～20歳	21～30歳	31～40歳	41～50歳	51～60歳	61～70歳	71歳以上	合計
名	名	名	名	名	名	名	名

11-3) 職員の居住地（常勤・非常勤に関係なくすべての職員をご記入ください）

※11-1)の職員総数と「合計」数が一致

1. 日常生活圏域内	2. 同一市町村内	3. 同一市町村外	合計
名	名	名	名

11-4) 令和元年4月1日から令和2年3月末までの1年間において、新規採用した職員数及び退職した職員数について、ご記入ください。（0名は0と必ずお書き下さい）。

新規採用者数（常勤職員）	名	新規採用者数（非常勤職員）	名
退職者数（常勤職員）	名	退職者数（非常勤職員）	名

11-5) 人手不足感について該当するものに☑をつけてください（不足人数は常勤換算で）。（単一回答）

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

IV. 収支についてお伺いします。

問 12. 令和元年度の収支の状況についてお聞きします。

12-1) 収支の状況について、該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

令和元年度の収支状況	<input type="checkbox"/> ①黒字	<input type="checkbox"/> ②ほぼ均衡している	<input type="checkbox"/> ③赤字	<input type="checkbox"/> ④不明
------------	------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------

12-2) 上記、収支状況の要因について、該当するものに☑をつけてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> ①加算の取得により収入が増えた <input type="checkbox"/> ②利用者と長いお付き合いができ、重度になっても利用し続ける利用者が増えた <input type="checkbox"/> ③総合事業等の介護保険の直接給付以外の収入の確保できた <input type="checkbox"/> ④介護保険以外の自主事業により収入が確保できた <input type="checkbox"/> ⑤経費の節減(支出の見直し)をした <input type="checkbox"/> ⑥ケアの向上と収入とが連動し、収入が増えた <input type="checkbox"/> ⑦業務の一部(会計、食事、清掃等)を外注化し、支出を抑制できた <input type="checkbox"/> ⑧規定以上の職員配置をしているため、人件費が高い <input type="checkbox"/> ⑨新規登録者は軽度者が多く、契約終了者は中重度者が多いため <input type="checkbox"/> ⑩特養が要介護3以上と限定されたため、要介護3以上になると特養に行ってしまう <input type="checkbox"/> ⑪その他(具体的に:)
--

12-3) 人件費率をお教えください。

令和元年度の人件費率	.	% (小数点以下第1位まで)
------------	---	----------------

注) 人件費率 = (人件費) ÷ (事業収入)

(事業収入) 介護報酬や処遇改善加算、利用者からの1割負担や食費・居住費等の事業収入
(人件費) 給与やボーナス、福利厚生費や法定福利費

12-4) 収支差率(小数点以下第2位を四捨五入)について、把握できているか否かをお答えください。また、把握できている場合、その値をご記入ください。

(記入例)	<input checked="" type="checkbox"/> ①把握できている (2.8 %)	<input type="checkbox"/> ②把握できていない
平成30年度の収支差率	<input type="checkbox"/> ①把握できている (. %)	<input type="checkbox"/> ②把握できていない
令和元年度の収支差率	<input type="checkbox"/> ①把握できている (. %)	<input type="checkbox"/> ②把握できていない

※1: 収支差率の計算方法: (介護サービスの収益額 - 介護サービスの費用額) / 介護サービスの収益額

※2: 収支差率の計算では、併設事業所や総合事業による収益・費用や本社・本部経費などを除いた金額を計上してください。

12-5) 職員の業務省力化のための取り組みについて、該当するものに☑をつけてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> ①食事を外注化している	<input type="checkbox"/> ②施設内の清掃を外注化している
<input type="checkbox"/> ③送迎(運転業務)を外注化している	<input type="checkbox"/> ④介護ロボット、ICTを活用
<input type="checkbox"/> ⑤その他(具体的に:)	<input type="checkbox"/> ⑥特にない

V. 医療との連携についてお伺いします。

問 13. 令和2年10月の訪問看護・訪問リハビリについてお聞きします。利用人数をご記入ください。

【介護保険】訪問看護(リハビリを除く)	()	人
【介護保険】訪問看護(リハビリを含む)	()	人
【介護保険】訪問リハビリテーション	()	人
【医療保険】訪問看護	()	人

問 14. 令和元年11月1日から令和2年10月末日までに看取りを行ったケース数をご記入ください。

死亡まで事業所が関わったケース	件
うち死亡場所は事業所	件
うち死亡場所は自宅	件
うち死亡場所は医療機関	件
その他(具体的に:)	件
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	件
その他(具体的に:)	件

VI. 個別利用者の状況についてお伺いします。

問 15. 令和2年10月末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
(利用回数は、10月1日～10月31日までの実績内容で記載ください)。

利用者基礎情報												利用状況				利用者の状況 (※該当項目の数字を記入)			
番号	年齢	性別 (男) 女	現在の要介護度	日常生活自立度 (要介護1～5)	認知症の程度 (軽度～重度)	小規模多機能型居宅介護費 の請求区分	登録した年月 (西暦年の下2桁) 年 月	登録時の要介護度	通い回数 (月4回以下)	訪問回数 (月5回以上)	宿泊回数 (月1回以上)	住まいの 形態	世帯状況	紹介経路	役割の発揮 (複数 回答)				
※	※	1	2	1a	1	※	※	※	※	※	0	1	3	1	1, 3				
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			

※小規模多機能型居宅介護費…同一建物に居住する者以外→Ⅰ、同一建物内→Ⅱの請求区分を記入
※役割の発揮の「役割」とは…「利用者の輝く機会であり、(互いに) 生きている実感を味わい、喜ぶ(喜び合う) ことできる機能、機会、気力を奪わないこと」

Ⅶ. 小規模多機能型居宅介護の「生活全体を支える」についてお伺いします。

問 16. 利用者の暮らしを支援するために、小規模多機能型居宅介護における下記の3名の利用者へのかかわりや支援についてお伺いします。問 15 の個別利用者の番号を記入いただき下記で該当するものすべてに☑をつけてください。

16-1-1) 【1人目】 要介護2もしくは3の方で、自宅で独居の方 (問 15 の番号) ____番

※上記の該当者はいない→ □ (チェックを入れて2人目にお進みください)

16-1-2) 2019年10月(1年前) 1か月間の「通い」「訪問」「宿泊」の回数をお書きください。

2019年10月の通い回数	回	2019年10月の訪問回数	回	2019年10月の宿泊回数	泊
---------------	---	---------------	---	---------------	---

16-1-3) 行っている利用者支援、家族支援、地域での支援について、該当するものすべてに☑をつけてください。

質問項目	支援場面			
	2019.10 (1年前)		2020.10 (現在)	
	自宅 (地域)	事業所	自宅 (地域)	事業所
利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援				
①健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②服薬や受診できるための支援や環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③困ったときに助けを求められることができる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ライフワーク(料理、農作業、手芸等)を継続できるための支援や環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤役割の発揮や働く場等の活躍できる場をつくるための環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥知人・友人、ご近所付き合い等ができる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦外出するための体力づくり(歩行訓練等)の環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧これまでの習慣、風習等を継続できる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨スタッフや利用者同士の関わりによって、できないことにチャレンジできる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪重度化しても、これまでの習慣、風習、ならわし等を継続できる支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族・介護者を支えるための支援(家族支援)				
①家族・介護者の困りごとを察知するための様子観察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②介護方法を相談できる機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③家族・介護者同士が助け合える機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④家族・介護者が、息抜きできる機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤家族・介護者が、利用者の心身機能の現状を知るための支援(不安の軽減)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥家族・介護者が、介護に前向きになれる支援(利用者の「できること」の発見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧家族・介護者へ利用者の病気にに関する情報提供(不安の軽減)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨異常を早期に発見するための助言	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩家族と主治医との関係づくりの手助け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪家族の経済的支援につながる制度やサービスの情報提供や手続きの支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫家族・介護者とその他の家族との関係調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援(地域での支援)				
①知人・友人、ご近所付き合いが継続できるようにするための関係調整支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援(代弁機能)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③利用者個々の状態像を行政や地域包括支援センターと情報共有し、連携して支えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④老人クラブやサロンへ参加し続けることができるよう働きかけている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤なじみの商店や理美容店等を利用し続けることができるよう働きかけている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥地域行事(お祭り・慣習・習わし)への参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦花見など季節を感じる場所への外出支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧なじみの商店や理美容店等への外出支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨町内会・老人クラブへの参加支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩医療機関への通院支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-2-1) 【2人目】

要介護2もしくは3でサ高住・有料・軽費にお住まいの方	(問15の番号) ____番
----------------------------	----------------

※上記の該当者はいない→ (チェックを入れて3人目にお進みください)

16-2-2) 2019年10月(1年前)1か月間の「通い」「訪問」「宿泊」の回数をお書きください。

2019年10月の通い回数	回	2019年10月の訪問回数	回	2019年10月の宿泊回数	泊
---------------	---	---------------	---	---------------	---

16-2-3) 行っている利用者支援、家族支援、地域での支援について、該当するものすべてに☑をつけてください。

質問項目	支援場面			
	2019.10 (1年前)		2020.10 (現在)	
	自宅 (地域)	事業所	自宅 (地域)	事業所
利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援				
①健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①
②服薬や受診できるための支援や環境づくり	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②
③困ったときに助けを求められることができる環境づくり	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③
④ライフワーク(料理、農作業、手芸等)を継続できるための支援や環境づくり	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④
⑤役割の発揮や働く場等の活躍できる場をつくるための環境づくり	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤
⑥知人・友人、近所付き合い等ができる環境づくり	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥
⑦外出するための体力づくり(歩行訓練等)の環境づくり	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦
⑧これまでの習慣、風習等を継続できる環境づくり	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧
⑨スタッフや利用者同士の関わりによって、できないことにチャレンジできる環境づくり	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨
⑩利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩
⑪重度化しても、これまでの習慣、風習、ならわし等を継続できる支援	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪
家族・介護者を支えるための支援(家族支援)				
①家族・介護者の困りごとを察知するための様子観察	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①
②介護方法を相談できる機会の提供	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②
③家族・介護者同士が助け合える機会の提供	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③
④家族・介護者が、息抜きできる機会の提供	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④
⑤家族・介護者が、利用者の心身機能の現状を知るための支援(不安の軽減)	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤
⑥家族・介護者が、介護に前向きになれる支援(利用者の「できること」の発見)	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥
⑦家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦
⑧家族・介護者へ利用者の病気にに関する情報提供(不安の軽減)	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧
⑨異常を早期に発見するための助言	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨
⑩家族と主治医との関係づくりの手助け	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩
⑪家族の経済的支援につながる制度やサービスの情報提供や手続きの支援	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪	<input type="checkbox"/> ⑪
⑫家族・介護者とその他の家族との関係調整	<input type="checkbox"/> ⑫	<input type="checkbox"/> ⑫	<input type="checkbox"/> ⑫	<input type="checkbox"/> ⑫
利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援(地域での支援)				
①知人・友人、近所付き合いが継続できるようにするための関係調整支援	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ①
②主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援(代弁機能)	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ②
③利用者個々の状態像を行政や地域包括支援センターと情報共有し、連携して支えている	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ③
④老人クラブやサロンへ参加し続けることができるよう働きかけている	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ④
⑤なじみの商店や理美容店等を利用し続けることができるよう働きかけている	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑤
⑥地域行事(お祭り・慣習・習わし)への参加	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑥
⑦花見など季節を感じる場所への外出支援	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ⑦
⑧なじみの商店や理美容店等への外出支援	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑧
⑨町内会・老人クラブへの参加支援	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑨
⑩医療機関への通院支援	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩	<input type="checkbox"/> ⑩

16-3-1)【3人目】

利用者の中で介護度が一番重い方 (問 15 の番号) ____番

16-3-2) 2019年10月(1年前)1か月間の「通い」「訪問」「宿泊」の回数をお書きください。

2019年10月の通い回数	回	2019年10月の訪問回数	回	2019年10月の宿泊回数	泊
---------------	---	---------------	---	---------------	---

16-3-3) 行っている利用者支援、家族支援、地域での支援について、該当するものすべてに☑をつけてください。

質問項目	支援場面			
	2019.10 (1年前)		2020.10 (現在)	
	自宅 (地域)	事業所	自宅 (地域)	事業所
利用者自らの「したい」「している」「できる」を支えるための支援				
①健康に配慮した生活を送るための基礎的な支援や環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②服薬や受診できるための支援や環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③困ったときに助けを求められることができる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ライフワーク(料理、農作業、手芸等)を継続できるための支援や環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤役割の発揮や働く場の活躍できる場をつくるための環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥知人・友人、ご近所付き合い等ができる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦外出するための体力づくり(歩行訓練等)の環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧これまでの習慣、風習等を継続できる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨スタッフや利用者同士の関わりによって、できないことにチャレンジできる環境づくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩利用者自らが、生きる意欲を高めるための外出の機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪重度化しても、これまでの習慣、風習、ならわし等を継続できる支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族・介護者を支えるための支援(家族支援)				
①家族・介護者の困りごとを察知するための様子観察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②介護方法を相談できる機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③家族・介護者同士が助け合える機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④家族・介護者が、息抜きできる機会の提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤家族・介護者が、利用者の心身機能の現状を知るための支援(不安の軽減)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥家族・介護者が、介護に前向きになれる支援(利用者の「できること」の発見)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦家族・介護者へ感染症に関する情報提供、予防対策の助言	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧家族・介護者へ利用者の病気にに関する情報提供(不安の軽減)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨異常を早期に発見するための助言	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩家族と主治医との関係づくりの手助け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪家族の経済的支援につながる制度やサービスの情報提供や手続きの支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫家族・介護者とその他の家族との関係調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者が地域で暮らし続けるための地域に向けた支援(地域での支援)				
①知人・友人、ご近所付き合いが継続できるようにするための関係調整支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②主治医に利用者の意向や生活状況、介護者家族の意向を伝える支援(代弁機能)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③利用者個々の状態像を行政や地域包括支援センターと情報共有し、連携して支えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④老人クラブやサロンへ参加し続けることができるよう働きかけている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤なじみの商店や理美容店等を利用し続けることができるよう働きかけている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥地域行事(お祭り・慣習・習わし)への参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦花見など季節を感じる場所への外出支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧なじみの商店や理美容店等への外出支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨町内会・老人クラブへの参加支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩医療機関への通院支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問 17. 小規模多機能型居宅介護の「通い」「訪問」「宿泊」についてお聞きします（令和2年10月現在）

17-1) 「通い」の状況についてお伺いします。該当するものすべてに☑をつけてください。

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①短時間の利用（通いの最短時間：____時間） |
| <input type="checkbox"/> ②長時間の利用により、宿泊せずに自宅に軸を置いた支援の場（通いの最長時間：____時間） |
| <input type="checkbox"/> ③1日複数回の通い（1日複数回の方の最高回数：____回） |
| <input type="checkbox"/> ④令和2年10月の1か月間で、まったく通いを利用していない方（____名） |

17-2) 「訪問」の状況についてお伺いします。該当するものすべてに☑をつけてください。

令和2年10月の状況をご記入ください。

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①短時間の訪問（訪問の最短時間：____時間____分） |
| <input type="checkbox"/> ②長時間の訪問（訪問の最長時間：____時間____分） |
| <input type="checkbox"/> ③一番早い訪問時間（訪問の時間：____時____分）（※24時間表示で記入。例：5時0分） |
| <input type="checkbox"/> ④一番遅い訪問時間（訪問の時間：____時____分）（※24時間表示で記入。例：22時30分） |
| <input type="checkbox"/> ⑤1日複数回の訪問（1日複数回の方の最高回数：____回/日） |
| <input type="checkbox"/> ⑥1か月間で、まったく訪問を利用していない方（____名） |
| <input type="checkbox"/> ⑦夜間、職員が利用者宅に宿泊して支援したケース |

17-3) 宿泊の状況についてお伺いします。該当するものすべてに☑をつけてください。

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ①連泊されていて、夜は泊まって日中は自宅に帰っている方（____名） |
| <input type="checkbox"/> ②令和2年10月の1か月間で、急な（予定外）宿泊の受入人数（____名） |
| <input type="checkbox"/> ③ペット（愛玩動物）同伴の宿泊 |
| <input type="checkbox"/> ④家族同伴の宿泊 |
| <input type="checkbox"/> ⑤令和2年10月の1か月間で、まったく宿泊を利用していない方（____名） |

Ⅳ. 新型コロナウイルス感染症について（令和2年5月頃（緊急事態宣言下）の状況で回答してください）。

問 18. 新型コロナウイルス感染症の影響についてお聞きします。

18-1) 新型コロナウイルス感染症の影響はありましたか。該当するものに☑をつけてください。（単一回答）

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 影響があった | <input type="checkbox"/> ② 影響はなかった |
| <input type="checkbox"/> ③ わからない | |

以降の18-2)～18-6)は、前問18-1)で「①影響があった」と回答された事業所にお聞きします。

18-2) 事業所において影響のあった事柄について、該当するものすべてに☑をつけてください（複数回答可）

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①利用者が減った | <input type="checkbox"/> ②利用者が増えた |
| <input type="checkbox"/> ③職員が減った | <input type="checkbox"/> ④職員が増えた |
| <input type="checkbox"/> ⑤収入が減った | <input type="checkbox"/> ⑥収入が増えた |
| <input type="checkbox"/> ⑦支出（経費）が増えた | <input type="checkbox"/> ⑧支出（経費）が減った |
| <input type="checkbox"/> ⑨その他（具体的に：_____） | |

18-3) サービス内容（通い、訪問、宿泊、ケアマネジメント）への影響について、該当するものすべてに☑をつけてください。（複数回答可）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①通いで外出の機会が減った | <input type="checkbox"/> ②通いで交流の機会が減った |
| <input type="checkbox"/> ③通いの回数を減らしていただいた | <input type="checkbox"/> ④利用者や家族の希望で通い回数を減らした |
| <input type="checkbox"/> ⑤宿泊日数・回数を減らしていただいた | <input type="checkbox"/> ⑥宿泊日数・回数が増えた |
| <input type="checkbox"/> ⑦訪問回数を減らしていただいた | <input type="checkbox"/> ⑧訪問回数が増えた |
| <input type="checkbox"/> ⑨訪問による支援を断られた | <input type="checkbox"/> ⑩介護支援専門員の訪問を断られた |
| <input type="checkbox"/> ⑪利用者の状態把握が難しくなった | <input type="checkbox"/> ⑫利用者の意向を把握しにくくなった |
| <input type="checkbox"/> ⑬家族・介護者の意向を把握しにくくなった | <input type="checkbox"/> ⑭その他（_____） |
| <input type="checkbox"/> ⑮特になし | |

18-4) サービス内容（通い、訪問、宿泊、ケアマネジメント）への影響に対して工夫したことについて、該当するものすべてに☑をつけてください。（複数回答可）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①通いの回数を増やした | <input type="checkbox"/> ②訪問回数を増やした |
| <input type="checkbox"/> ③宿泊者・日数を増やした | <input type="checkbox"/> ④事業所内で交流する機会を増やした |
| <input type="checkbox"/> ⑤事業所内で体を動かす機会を増やした | <input type="checkbox"/> ⑥利用者へ意図的に話しかける回数が増やした |
| <input type="checkbox"/> ⑦調理や配膳など意図的に機会を増やした | <input type="checkbox"/> ⑧特に工夫はしていない |

18-5) 利用者において影響のあった事柄について、該当するものすべてに☑をつけてください。

※加齢に伴うものではなく、新型コロナウイルス感染症の影響と思われるもののみ (複数回答可)

<input type="checkbox"/> ①活動量が低下した	<input type="checkbox"/> ②できないことが増えた
<input type="checkbox"/> ③気力が低下した	<input type="checkbox"/> ④体調が悪化した
<input type="checkbox"/> ⑤散歩や外出の機会が減った・なくなった	<input type="checkbox"/> ⑥交流の機会が減った・なくなった
<input type="checkbox"/> ⑦認知症による混乱が深まった方が増えた	<input type="checkbox"/> ⑧利用者の役割や活躍の場が減った
<input type="checkbox"/> ⑨その他 ()	

18-6) 感染の不安からくる”利用控え”を防ぎ、円滑な支援が継続できるように行った工夫についてお尋ねします。該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> ①利用者、家族・介護者へ感染症に関する情報を提供した
<input type="checkbox"/> ②利用者、家族・介護者へ自宅でする感染予防対策を伝えた
<input type="checkbox"/> ③利用者、家族・介護者へ行政や関係機関からの感染症に関する情報を提供した
<input type="checkbox"/> ④日頃から利用者、家族・介護者へ感染症が発生した際の対応方法を話した
<input type="checkbox"/> ⑤事業所の感染予防対策を決めて利用者、家族・介護者へ説明した
<input type="checkbox"/> ⑥利用者、家族・介護者に対する相談の機会を増やした
<input type="checkbox"/> ⑦主治医と感染症発生時の対応を協議し、利用者、家族介護者と共有した
<input type="checkbox"/> ⑧利用者の健康観察の頻度を増やした
<input type="checkbox"/> ⑨自宅での生活状況を確認する頻度を増やし、異変の早期発見に努めた
<input type="checkbox"/> ⑩利用中の様子を今まで以上に伝えた
<input type="checkbox"/> ⑪運営推進会議などを活用して、地域住民に感染予防について周知を図った
<input type="checkbox"/> ⑫行政や地域包括支援センターとの感染症に関する情報共有を密にした
<input type="checkbox"/> ⑬他の事業所と連携して、事業所近隣の感染症に対する不安の軽減に努めた
<input type="checkbox"/> ⑭その他 ()

ここからは再び全ての事業所に伺います。

問 19. 令和元年10月(1年前)、令和2年4～5月(緊急事態宣言下)の登録人数等をご記入ください。

19-1) 登録者数

昨年10月の実登録者数	名	本年5月の実登録者数	名
-------------	---	------------	---

19-2) 1日あたりの通いの人数(1日あたりの平均的な人数をお書きください)

昨年10月の1日あたりの通い人数	名	本年5月の1日あたりの通い人数	名
------------------	---	-----------------	---

19-3) 1日あたりの延べ訪問件数(1日あたりの平均的な訪問件数をお書きください)

昨年10月の1日あたりの延べ件数	名	本年5月の1日あたりの延べ件数	名
------------------	---	-----------------	---

19-4) 1日当たりの宿泊者数(1日あたりの平均的な人数をお書きください)

昨年10月の1日あたりの宿泊人数	名	本年5月の1日あたりの宿泊人数	名
------------------	---	-----------------	---

19-5) 職員数

<input type="checkbox"/> ①以前より減った(減った人数: ___名)	<input type="checkbox"/> ②以前より増えた(増えた人数 ___名)
<input type="checkbox"/> ③以前と変わらない	

問 20. 収支の状況についてお聞きします。

今年度の収支の状況(見込み)について、該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

令和2年度の収支状況	<input type="checkbox"/> ①黒字見込	<input type="checkbox"/> ②ほぼ均衡の見込	<input type="checkbox"/> ③赤字見込	<input type="checkbox"/> ④不明
------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------

問 21. 運営推進会議、マニュアル等の状況についてお聞きします。

21-1) 運営推進会議の開催状況について、該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

<input type="checkbox"/> ①通常通り開催している	<input type="checkbox"/> ②持ち回りで開催している
<input type="checkbox"/> ③web(オンライン)を活用して開催している	<input type="checkbox"/> ④開催できていない

21-2) 新型コロナウイルス感染症マニュアルを策定しているか、該当するものに☑をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①マニュアルを策定している | <input type="checkbox"/> ②マニュアルを策定していない |
| <input type="checkbox"/> ③策定中 | |

21-3) 事業継続計画（BCP）を策定しているか、該当するものに☑をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①事業継続計画（BCP）を策定している | <input type="checkbox"/> ②事業継続計画（BCP）を策定していない |
| <input type="checkbox"/> ③事業継続計画（BCP）を策定中 | |

IX. 利用者を自宅や地域で支えるための工夫（ケアの「見える化」「見せる化」（令和2年10月現在）。

問 22. 利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のための工夫についてお聞きします。

※この項目は、コロナ禍の状況において事業所の地域の取組みがどのようになっているかを、過去のデータと比較したいと考えています。現在の状況で「できているもの」のみ回答してください。

22-1) 利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のため、どんな工夫をしていますか。該当するものすべてに☑をつけてください。 (複数回答可)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①民生委員と連絡を取っている | <input type="checkbox"/> ②ご近所や友人と連絡を取っている |
| <input type="checkbox"/> ③地域の見守りネットと連携している | <input type="checkbox"/> ④地域の自治会・老人会と連携している |
| <input type="checkbox"/> ⑤地域の商店（スーパー、理美容店、喫茶店、新聞販売店等）と連携している | |
| <input type="checkbox"/> ⑥保育園・幼稚園・学校と連携している | <input type="checkbox"/> ⑦警察・消防と連携している |
| <input type="checkbox"/> ⑧その他（具体的に： _____） | |
| <input type="checkbox"/> ⑨いずれもあてはまらない | |

22-2) 利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、上記のような地域との関わりに費やした時間は直近1週間でどのくらいですか。該当するものに☑をつけてください。 (単一回答)

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①全くない | <input type="checkbox"/> ②1時間未満 | <input type="checkbox"/> ③1時間～2時間未満 |
| <input type="checkbox"/> ④2時間～3時間未満 | <input type="checkbox"/> ⑤3時間以上 | |

22-3) 利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現できるための工夫をしていますか。該当するものすべてに☑をつけてください。 (複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている | |
| <input type="checkbox"/> ②利用者のなじみのある層や習慣、風習、ならわしなどを尊重している | |
| <input type="checkbox"/> ③要介護度が高くなっても、自宅や地域・社会での役割を考慮して支援している | |
| <input type="checkbox"/> ④要介護度が高くなっても、登録者が地域で忘れられないよう工夫している | |
| <input type="checkbox"/> ⑤利用者とともに事業所や地域のいま（今）と今後を考えて「あったらいいな」を形にしている | |
| <input type="checkbox"/> ⑥その他（具体的に： _____） | |
| <input type="checkbox"/> ⑦特にない | |

22-4) 利用者の役割づくりについて伺います。行っている取組について該当するものすべてに☑をつけてください。 (複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①利用者が役割を持って地域活動に参加している（地域の美化・清掃活動、行事など） | |
| <input type="checkbox"/> ②利用者と一緒に小中学校等へ行って行う活動（読み聞かせ・文化伝承など） | |
| <input type="checkbox"/> ③事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう | |
| <input type="checkbox"/> ④利用者の就労活動に対する支援（有償ボランティアなど） | |
| <input type="checkbox"/> ⑤その他（具体的に： _____） | |
| <input type="checkbox"/> ⑥特にない | |

22-5) 介護保険サービス以外の機能について伺います。持っている機能について該当するものすべてに☑を記入してください。 (複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①介護保険以外の地域の相談機能 | <input type="checkbox"/> ②DV等のシェルター機能 |
| <input type="checkbox"/> ③ボランティアのマッチング機能 | <input type="checkbox"/> ④地域包括支援センター（サブ・ランチ） |
| <input type="checkbox"/> ⑤その他（具体的に： _____） | |
| <input type="checkbox"/> ⑥特にない | |

22-6) 登録を終了した利用者の家族とのお付き合いはありますか。該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

①ある → _____ 家族 ②ない

22-7) 利用者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組を行っていますか。該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

①している ②していない

X. 地域等に対する取組みについてお伺いします。

※この項目は、コロナ禍の状況において事業所の地域の取組みがどのようになっているかを、過去データ等と比較したいと考えています。現在の状況で「できているもの」のみ回答してください。

問 23. 利用者の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についてお伺いします。

(令和元年11月～令和2年10月までの実績)

23-1) 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題を相談されたことはありますか。

①ある ②ない ③把握していない

23-2) 上記 23-1) で「①ある」と回答された事業所にお聞きします。それは登録者のうち何人（何世帯）ですか。

相談された件数 _____ 人（世帯）

問 24. 地域に対する取組みについてお聞きします。

24-1) 小規模多機能型居宅介護において、介護保険サービス以外の事業や取組みをしていますか。該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

①している ②していない ③その他（具体的に： _____）

※介護保険サービス以外の事業や取組みの例は 24-2) を参照ください。

24-2) 前問 24-1) において「①している」と回答した事業所にお伺いします。

事業所のある地域に対する取組みをしている場合、どのようなことをしていますか。コロナの影響がなかった時期と影響があった時期ごとに該当するものに☑をつけ、期間内での実施回数をご記入ください (項目ごとに単一回答)

項 目	コロナの影響前 (期間) H30. 11～R1. 10		コロナの影響有 (期間) R1. 11～R2. 10	
	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
登録者以外のサロン	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
地域資源マップ作り	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
医療・介護の勉強会	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
機関誌の発行(事業所の取組みの発信)	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
認知症カフェや喫茶、食堂	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
地域の清掃活動	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
ボランティアの募集・養成講座の開催	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
介護相談	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
登録者以外の行方不明者の捜索	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
交流スペース等、地域への貸出・開放	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
銭湯(浴室の解放)	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
地域関係機関との連携・会議の開催	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない
地域ぐるみのイベント企画・開催	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ①した (年__回)	<input type="checkbox"/> ②ない

24-3) 地域の方からの悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれたことがありますか。該当するものに☑をつけてください。(複数回答可)

- ① 小規模多機能型居宅介護についての相談があった
 ② 介護保険サービスについての相談があった
 ③ 上記①、② 以外の相談があった
 ④ 相談が持ち込まれたことはない

24-4) 上記24-3) で「①」、「②」、「③」のいずれかに回答された事業所にお聞きします。令和元年11月～令和2年10月までに何件ありましたか。該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

- ①1～10件 ②11～30件 ③31～50件 ④51件以上

～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。～

令和2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

小規模多機能型居宅介護における生活全体を支える包括報酬型在宅サービスのあり方に関する
調査研究事業報告書

令和3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

〒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