

エイジング・イン・プレイスを果たす 小規模多機能型居宅介護の現状と課題

永田千鶴、松本佳代

Aging-in-Place : The present and future of small community-based
multiservice agencies

Chizuru Nagata, Kayo Matumoto

Abstract : The present study aims to clarify the current status and problems regarding small community-based multiservice agencies, which are promising bases for Aging-in-place (living at home or a familiar area as an elderly). We conducted a survey of several small community based multiservice agencies in the cities of Fukuoka and Kumamoto. From our comparative analysis, we concluded that despite the various challenges that face them, small community-based multiservice agencies do, in fact, fulfill the objectives of Aging-in-place. Our analysis identified several issues which should be addressed in the future, and these are listed below.

1. Re-examine nursing care benefits for customers who require low levels of care, and stable management should be secured with rewards based on evaluations of care management.
2. Recognize that at-home life can be maintained by incorporating flexible home-visit services, and establish a system which provides sufficient home-visit services.
3. In order to accommodate customers with high medical nursing care or end-of-life care needs, small community-based multiservice agencies should serve as a 24-hour medical/nursing system.
4. Implement appropriate customer-oriented care management.
5. Adapt the care management system to accommodate transfer of individuals from assisted living to additional facilities associated with small community-based multiservice agencies.
6. To enhance regional development, small community-based multiservice agencies should not operate alone, but rather strengthen networks with home assistance-related professions and administrations, and aim to establish a community care system with a management promotion committee at the core.

Key words : Aging-in-place, community based care services, care for the elderly with dementia, end-of-life care, community care system

I. はじめに

「たとえ認知症になっても安心して生活できる」ように、国は、高齢者認知症介護研究・研修センターや、都道府県に24時間対応の老人性認知症センターを設置した。また、2005年から「認知症を知り地域を作る」構想を打ち出し、認知症に関する知識の普及啓発や当事者本位のケアプラン作成の取り組みなどの事業を展開し、その一つとして、自治体と一緒に認知症サポーターの育成に力を入れている。このように、認知症高齢者の尊厳を守るための施策は充実されつつある。

認知症高齢者へのケアは、これまで、介護保険施設、グループホーム、および自宅などで提供されてきた。認知症高齢者が、尊厳を保ちながら“Aging-in-place”(エイジング・イン・プレイス：高齢期になっても住み慣れた地域・自宅で暮らす¹⁾)を達成するためには、個々に応じた柔軟なサービス形態により、それぞれの地域の特性をいかした質の高いケアの提供が必要である。

2006年4月から施行されている新介護保険法下では、地域密着型サービスとして、新たに夜間対応型訪問介護や認知症対応型通所介護とともに、小規模多機能型居宅介護が位置付けられた。小規模多機能型居宅介護は、厚生労働省令第34号第62条によって、「要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」と定義されている。すなわち、主に認知症高齢者が、心身の状態や環境に応じて、一つの拠点から通所や宿泊、訪問サービスなどの居宅サービスを組み合わせながら、極力住み慣れた地域・自宅で暮らすことができるように導入されたものである。

この新しい小規模多機能型居宅介護(以下、小規模多機能と称す)の実態を把握するために、2007年度に熊本市²⁾、2008年度に福岡市³⁾の小規模多機能の調査研究を行った。そこで、本研究は、熊本・福岡市の小規模多機能の実態について比較を織り交ぜながら分析し、その現状と、認知症高齢者が小規模多機能を利用しながら“Aging-in-place”を果たすための課題を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究対象

対象は、熊本市17、福岡市13の小規模多機能と小規模多機能の指定・指導・監査権限をもつ自治体の担当職員である。

2. 調査、分析方法

熊本市の小規模多機能に対する調査は、まず、事業所の責任者に対して半構成的面接により小規模多機能の概要や運営状況、苦慮していることや力を入れていること、今後の課題についてインタビューを実施し、調査シートに整理した。次に、職員175名と利用者家族194名に、託送・依頼調査法(責任者に一任)により、アンケートを実施した。職員に対しては、責任者が研究協力依頼書、封筒とともにアンケート用紙を配布し、アンケートに答えた職員が封をして責任者に提出したものを研究者が回収した。家族に対しては、家族が事業所を訪れた際やケアマネジャーがモニタリング目的で面接する際に研究協力依頼書、研究者宛の返信用封筒とともにアンケート用紙を手渡すことを原則とし、手渡す際には、職員が研究目的やアンケート内容などを説明する場合もあった。アンケートは、職員および家族ともに無記名で実施し、職員155名(回収率88.6%)、家族119名(回収率61.3%)の回答を得た(調査期間2007年9月1日~2008年2月28日)。さらに、看取りの経験のある事業所に、看取りの実践についての聞き取り調査を行った(調査期間2008年12月1日~12月29日)。

一方、福岡市の小規模多機能の調査は、まず、第一段階として、事業所の責任者に対して郵送法によるアンケート調査を実施した（調査期間2008年8月18日～10月18日）。調査内容は、事業所の概要や経営状況、管理者のプロフィール、利用者の状況、力を入れて取り組んでいるケアの内容、小規模多機能の利点および課題などである。第二段階として、承諾が得られた11事業所に対し訪問調査を実施した（調査期間2008年10月14日～10月15日）。訪問調査では、事業所の責任者に対してアンケートの記述内容を確認するとともに、主に小規模多機能ならではの事例を聞き取ることを目的とした半構成的面接を実施した。

さらに、2007年12月6日に熊本市、2008年10月29日に福岡市の小規模多機能の担当者に小規模多機能へのかかわりや期待、地域づくりに関する半構成的面接を実施した。

以上の調査において、半構成的面接および聞きとり調査では、許可を得て録音した。

アンケート調査により得られたデータの集計は、ソフト「即析Ver.2」を使用した。半構成的面接および聞きとり調査により得られた録音データについては逐語に起こし、アンケートの記述内容とともに意味の類似性に沿って質的に分析し、グループ編成したものを、具体性を損なわない程度に概念化（カテゴリー化）した。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で表す。

Ⅲ. 倫理的配慮

訪問調査に当たっては、小規模多機能の責任者に対して、研究のテーマ、目的、内容に加えて、情報は保護されること、研究への協力は自由意志であること、承諾した後であっても協力を中止できることなどを含む研究協力依頼書を提示して説明し、研究協力への承諾書をとった。郵送調査は、差し支えない場合にのみ事業所名を記入し、返送してもらった。

Ⅳ. 研究結果

本論文では、紙面の都合上、調査結果の一部を述べる⁴⁾。

1. 小規模多機能の実態

調査対象である熊本17、福岡13の小規模多機能の概要、サービスの利用状況を含めた利用者の状況や運営の状況について述べる。

1) 小規模多機能の概要

2008年10月現在、熊本市、福岡市の人口、高齢化率、世帯数などは表1に示す通りである。小規模多機能は、熊本23、福岡13事業所であり、熊本は26生活圏域のうち19生活圏域に、福岡は37生活圏域のうち11生活圏域に小規模多機能がある。調査時点での収支状況は、福岡は黒字3事業所、赤字10事業所、熊本は黒字4事業所、赤字13事業所と答えている。

2) 小規模多機能の利用者の状況

小規模多機能の利用者の状況を、福岡市は2008年8月31日現在、熊本市は2007年8月31日現在で述べる。

①要介護度

利用者の状況として、福岡の場合、13事業所の利用者数の合計は174人であり、要支援1の利用者数6人(3.4%)、要支援2 9人(5.2%)、要介護1 30人(17.2%)、要介護2 44人(25.3%)、要介護3 49人(28.2%)、要介護4 20人(11.5%)、要介護5 16人(9.2%)であり、平均要介護度は2.32である。事業所別の平均要介護度は1.3～3.3であり、平均要介護度2未満の事業所数6、2～2.5未満1、2.5～3未満3、3～3.5未満3事業所である。要支援者の利用も7事業所に認められた。事業所利用前後での要介護度の変化は、改善14人(8.0%)、維持129人(74.1%)、重度化31人(17.8%)であった。要介護度が改善した利用者のうち、要介護2以下の利用者は7人、要介護3以上の利用者を7人認めている。

表1. 福岡市と熊本市の小規模多機能設置の背景(2008年10月1日現在)

	福岡市	熊本市
人口	1 4 3 万人	6 6 万人
世帯数	6 8 万世帯	2 7 万世帯
高齢化率	1 5.2 %	1 9.7 %
生活圏域	3 7	2 6
小規模多機能事業所数	1 3	2 3
小規模多機能事業所が設置されている生活圏域	1 1	1 9

一方の熊本の場合、17事業所の合計利用者数は225人であり、要支援1の利用者数5人(2.2%)、要支援2 8人(3.6%)、要介護1 38人(16.9%)、要介護2 37人(16.4%)、要介護3 72人(32.0%)、要介護4 39人(17.3%)、要介護5 26人(11.6%)であり、平均要介護度は2.6である。事業所別の平均要介護度は1.1~4であり、平均要介護度2未満の事業所数4、2~2.5未満5、2.5~3未満3、3~3.5未満3、3.5以上が3事業所である。要支援者の利用も8事業所に認められた。事業所利用前後での要介護度の変化は、改善8人(3.6%)、維持185人(82.2%)、重度化32人(14.2%)であった。要介護度が改善した利用者のうち、要介護2以下の利用者は4人、要介護3以上の利用者を4人認めている。

②日常生活自立度

日常生活自立度は、福岡の場合、自立12人(6.9%)、I 18人(10.3%)、II 10人(5.7%)、IIa 23人(13.2%)、IIb 47人(27.0%)、III 2人(1.1%)、IIIa 29人(16.7%)、IIIb 2人(1.1%)、IV 20人(11.5%)、M 9人(5.2%)、不明2人であり、III以上は62人(35.6%)である。事業所利用前後での認知症の程度の変化は改善11人(6.3%)、維持142人(81.6%)、重度化21人(12.1%)であり、改善した利用者11人のうち、日常生活自立度IIb以下の利用者は7人であり、III以上、すなわち中等度以上の利用者を4人認めた。また、要介護度と認知症の程度の両方が改善した利用者は3人で

ある。

一方、熊本の場合、日常生活自立度が自立6人(2.7%)、I 26人(11.6%)、II 2人(0.9%)、IIa 21人(9.3%)、IIb 38人(16.9%)、III 13人(5.8%)、IIIa 38人(16.9%)、IIIb 31人(13.8%)、IV 46人(20.4%)、M 4人(1.8%)であり、III以上は132人(58.7%)である。事業所利用前後での認知症の程度の変化は、改善11人(4.9%)、維持191人(84.9%)、重度化23人(10.2%)であり、改善した利用者11人のうち、日常生活自立度IIb以下の利用者は2人であり、III以上、すなわち中等度以上の利用者を9人認めた。また、要介護度と認知症の程度の両方が改善した利用者は1人であった。

③独居高齢者の支援状況

福岡の場合174人中35人(20.1%)が独居である。独居高齢者を5人以上支える事業所が3カ所あり、そのうち1事業所は、11人中6人が独居である。独居高齢者35人の要介護度は、要支援1 3人、要支援2 5人、要介護1 10人、要介護2 9人、要介護3 5人、要介護4 2人、要介護5 1人であり、要介護3以上は8人(22.9%)である。日常生活自立度は、自立4人、I 6人、II 4人、IIa 2人、IIb 13人、IIIa 2人、IIIb 0人、IV 3人、M 1人であり、III以上が6人(17.1%)である。

一方、熊本の場合、独居高齢者は225人中37人(16.4%)である。独居高齢者の利用が3割以上

を占める事業所が3カ所あり、そのうち1事業所は、11人中6人が独居である。独居高齢者37人の要介護度は、要支援1 4人、要支援2 3人、要介護1 8人、要介護2 4人、要介護3 12人、要介護4 4人、要介護5 2人であり、要介護3以上が18人で約半数を占める(45.6%)。日常生活自立度は、自立2人、Ⅰ5人、Ⅱ1人、Ⅱa6人、Ⅱb8人、Ⅲa5人、Ⅲb4人、Ⅳ6人、Ⅴ0人であり、Ⅲ以上が15人で約4割である。

3) サービス利用状況

サービス利用状況について、福岡市は2008年8月1日～8月31日、熊本市は2007年8月1日～8月31日の1ヶ月間の調査結果を述べる。

福岡の場合、174人の利用者のうち、通いを中心に利用している利用者数139人(79.9%)、宿泊中心23人(13.2%)、訪問中心10人(5.7%)、登録のみの利用者2人である。サービスの組み合わせとしては、通いと宿泊を併用している利用者数40人(23.0%)、通いと訪問の併用21人(12.1%)、通い・宿泊・訪問の併用31人(17.8%)であり、通いのみ65人(37.4%)、宿泊のみ15人(8.6%)、訪問のみ0人である。宿泊のみの利用者がいない事業所数は8カ所であり、宿泊のみの利用者数が定員の8割を占める事業所はない。宿泊のみの利用者15人の要介護度は、要支援1 1人、要介護2 5人、要介護3 7人、要介護4 1人、要介護5 1人であり、6人は独居、3人は老夫婦世帯である。要支援1の利用者は独居で、月5日宿泊のみを利用し、日中は自宅で過ごしている。このように、宿泊のみを利用し、日中自宅で過ごすケースを2例認めた。また、施設入所申請中の利用者が7人いる。

一方、熊本の場合、225人の利用者のうち、通いを中心に利用している利用者数120人(53.3%)、宿泊中心86人(38.2%)、訪問中心19人(8.4%)である。サービスの組み合わせは、通いと宿泊を併用している利用者数90人(40.0%)、通いと訪問の併用29人(12.9%)、通い・宿泊・訪問の併

用15人(6.7%)であり、通いのみ42人(18.7%)、宿泊のみ43人(19.1%)、訪問のみ6人(2.7%)である。宿泊のみの利用者がいない事業所数は6カ所であり、宿泊のみの利用者数が定員の約8割を占める事業所数は4カ所であった。宿泊のみの利用者43人の要介護度は、要介護1 4人、要介護2 3人、要介護3 16人、要介護4 14人、要介護5 6人であり、10人は独居であった。

さらに、日常生活圏域内の利用者は、福岡174人のうち71人(40.8%)、熊本225人のうち85人(37.8%)である。生活圏域内の利用者が9割以上を占める事業所がある一方で、1割に満たない事業所が5カ所ある。要因に、顔見知りの住民に不自由な姿を見られたくないとする利用者・家族の心情や、事業所を選択できる利点があるとされる。結果1)2)3)から抜粋し、表2に整理した。

4) 小規模多機能でのサービス提供の実態

① 責任者が最も苦慮していること

第一に、福岡・熊本併せて責任者11人が【利用者の確保の困難さ】を挙げている。利用者が増えない理由は、新しい事業であるがゆえに住民に周知されていないことが推測されるが、居宅介護支援事業所(以下、居宅と称す)からの紹介がないことも一つの要因として挙げられる。居宅が紹介しない理由は、小規模多機能を利用する場合、ケアマネジャーを小規模多機能に変更しなければならないからである。また、居宅からの紹介があっても、支援が困難な、たとえば既存の介護保険サービスを限度額一杯使っても支えることができない利用者である。その場合、介護報酬が定額払い方式の小規模多機能で手厚くサービスを提供すれば、小規模多機能の運営は困難となる。

第二に、【柔軟性の確保の難しさ】が挙げられる。これは、小規模多機能の最大の利点である通い、宿泊、訪問を組み合わせると柔軟に提供するための職員を含む体制づくりと、家族のニーズとの調整の困難さが中心である。「利用者の暮らしを支えることは、職員の暮らしを無視してしまうこ

表2. 福岡市と熊本市の小規模多機能の概要

	福岡市 (2008年8月31日現在)	熊本(市中心) (2007年8月31日現在)
法人の種類別	医療法人 3 社会福祉法人 3 NPO法人 2 営利法人(有限会社) 2 営利法人(株式会社) 2 その他 1	医療法人 6 社会福祉法人 2 NPO法人 3 営利法人(有限会社) 4
管理者の基礎資格(人)	看護師 4 介護福祉士 7 ホームヘルパー 2	看護師 7 介護福祉士 7 社会福祉士 3 社会福祉主事 2
建物の形態	新築型2階建て以上 8 (他施設との合築を含む) 民家改修型 5 (店舗の改修を含む)	新築型平屋 6 新築型2階建て以上 3 民家改修型 4 施設改修型 3 その他 1
運営状況	単独型 6 併設型 7	単独型 8 併設型 9
併設施設(事業)の種類別	グループホーム 3 特別養護老人ホーム・ケアハウス 2 通所事業 1 訪問看護ステーション 1	グループホーム 3 高齢者アパート・有料老人ホーム 4 通所事業 1 地域包括支援センター 1
登録・サービス定員の平均	登録定員21.8人 通い12.2人 宿泊6.2人	登録定員22.2人 通い12.6人 宿泊7.0人
登録者充足率の平均	61.2%	61.7%
利用料の平均	食費 1300円 宿泊費 2900円	食費 1330円 宿泊費 2300円
専従の常勤職員6人以上	7事業所	14事業所
終末期ケアの可否	可 5 否 2 状況に応じて 6	可 7 否 4 状況に応じて 6
生活保護受給者による利用	有 6 無 7	有 7 無 10
収支状況	黒字 3 赤字 10	黒字 4 赤字 13

とになる」、「限度なしの柔軟なサービスが、本来存在した家族介護力、地域介護力を奪いかねない」、「受診介助の要望が強く、訪問要員1人では対応できない」などが記述されている。

第三に、【経営の厳しさ】であり、「まじめにやれば赤字になる」、「毎日通ってくる人も多く、要支援の場合だけでも利用回数を制限して欲しい」、「重介護の利用者の利用が増えないと黒字になら

ないが、そのために職員を増やす必要が出てくる」、「要支援の利用者はお断りしている」などが記述されている。熊本で調査した17事業所の法人は、全て他の介護保険事業を運営していたが、利用者の確保が難しく経営が厳しいとする事業所が9割を占めていた。しかし、調査の1年後には8割の事業所の登録利用者がほぼ定員に達している。新しい事業が周知されて利用に至るまでには半年か

ら1年の期間が必要のようである。

その他「小規模多機能の本来の支援・活動内容が周知されていない」、「医療の提供ができないので重度の利用者を受け入れることができない」などの記述を認めた。

② 小規模多機能の意義や利点

小規模多機能の意義や利点に対する福岡・熊本の記述内容を質的に分析し、グループ編成し構造化すると、カテゴリーとして【小規模・多機能性をいかした柔軟な支援】、【地域密着型をいかした支援】、【介護能力を補う仕組み】の三つが導き出され、この三つにより【在宅生活を支える拠点】を構成していた。【小規模・多機能性をいかした柔軟な支援】のサブカテゴリーには、〈個々のニーズに合わせた柔軟でタイムリーな対応〉、〈なじみのある親密な関係の中での宿泊・通所・訪問サービス〉、〈24時間365日切れ目のないサービス〉、〈家庭的な雰囲気〉、〈スタッフ・利用者間の団結力と協同〉、〈情報の共有〉、〈個別の行き届いたケア〉、〈認知症の進行予防〉が、【地域密着型をいかした支援】には、〈住み慣れた地域での在宅生活の継続〉、〈在宅生活を一貫して支えるケアマネジメント〉、〈地域の認知症への偏見の払拭〉、〈地域・家族とのつながりを深める〉、〈地域ケアシステムの構築〉が、【介護能力を補う仕組み】には、〈経済的負担の軽減〉、〈家族の身体的精神的介護負担の軽減〉、〈介護予防の効果〉、〈介護サービス提供事業の受け皿〉が抽出された(表3)。

③ 小規模多機能の課題や制度上の問題点

福岡・熊本の小規模多機能の課題に対する記述内容は、【介護報酬の増額】、【職員の雇用環境の改善】、【適切なケアマネジメントの実施】、【小規模多機能の適切な理解を得る】、【医療や他のサービスとの併用】、【地域との交流】、【柔軟性の確保】、【費用を安価にする】であった。具体的な記述内容は、【介護報酬の増額】では、「利用

者のニーズに対応するとスタッフが足りなくなり、経営が厳しくなる」、「職員の負担のわりには報酬が少ない」、「介護報酬がグループホームより2割低い設定である」、「経営が厳しい」、「国・自治体の補助金が必要」、「要介護度が軽い利用者を受け入れると採算が合わず、重い利用者だと職員が不足する」などがあった。【職員の雇用環境の改善】では、「賃金が安い」、「職員の休みがとれない」、「スタッフが少なく行き届かない、緊急時の対応ができない」、「職員の身体的精神的負担が大きい」、「人員を確保できない」など厳しい内容が多かった。【適切なケアマネジメントの実施】では、「利用者よりも家族の意向に添ったマネジメントであり、利用者から何で毎日泊まらないといけないのかと尋ねられる」、「家族が利用者のケアを投げ出さないような支援が必要」、「家族の協力が無いと施設化してしまう」など、家族との調整に苦慮している様子がうかがえる。【小規模多機能の適切な理解を得る】については、「在宅支援なのに連日の利用、連泊が多い」、「定額払い方式の意味を勘違いする居宅のケアマネジャーや家族が存在する」、「訪問介護事業で提供している訪問サービスを希望される」、などがあった。【医療や他のサービスとの併用】では、「医療が提供できないために重度の利用者への対応やターミナルケアは困難」、「訪問看護や訪問診療の利用に制約がある」、「医療ニーズに充分対応できないために終末期になると居宅介護支援を中心としたサービスに切り替えるケースが増えるので、今まで築き上げた関係がいかせない」、「受診の支援が困難」などがあった。【地域との交流】では、「まだ実施できていない」、「交流を深めて行きたい」、「事業所の存在を快く思っていない住民もおり、地域づくりが困難である」、などがあった。【柔軟性の確保】では「登録・利用人数に制約がある」、「他の介護保険サービスが利用できない」、「宿泊者がいなくても人員を配置しなくてはならないのは不合理」が、【費用を安価にする】では、「10万円以内にしないと、必要な人が利用できない」があった。

表3 小規模多機能の意義・利点

記述内容	サブカテゴリー	カテゴリー
<p>・個々のニーズに合わせて利用できる ・融通が利きすぐに動ける ・急なサービス利用が可能 ・きめ細かくスピーディに動ける ・決められた時間の決められたプログラムではない柔軟なサービス ・参加の強制などなく個別で自由 ・時間に束縛されない ・小回りがきく</p>	<p>個々のニーズに合わせた柔軟でタイムリーな対応</p>	
<p>・慣れたスタッフの中で泊まりができる ・通い・訪問・泊まり全て同じスタッフなのでなじみの関係ができて安心 ・窓口が一つなので、相談しやすい ・顔なじみの関係</p>	<p>なじみのある親密な関係の中での宿泊・通所・訪問サービス</p>	<p>小規模・多機能をいかした柔軟なサービス</p>
<p>・通い・泊まり・訪問と切れ目の無いサービスを提供できる ・24時間365日対応できる ・いつでも途切れないサービス提供</p>	<p>24時間365日切れ目の無いサービス</p>	
<p>・登録人数が決まっているので、全員に触れ合うことができ、家族のように接することができる ・家庭的な雰囲気でも過ごせる ・家庭での生活の延長</p>	<p>家庭的な雰囲気</p>	
<p>・スタッフが意見を出し合って介護している ・スタッフが力を出し合っている ・まとまりがよい ・少人数で様々な活動・イベントができる ・利用者同士の仲が深まる ・家族・地域とのつながりが増える</p>	<p>スタッフ・利用者間の団結と協同</p>	
<p>・利用者の家や夜間の様子も把握できる ・利用者の状態が分かった上で泊まりの対応ができる ・全体が把握しやすい ・職員間の情報の共有化が図れ、連携して支援できる ・統一したケアが望める</p>	<p>情報の共有</p>	
<p>・個別に利用時間やサービスの内容を対応できる ・一人ひとりに目が行き届く ・個々の希望や好みを尊重できる ・利用者本位のケア ・きめ細かなサービスの提供 ・手厚いケア</p>	<p>個別の行き届いたケア</p>	
<p>・密度の濃いかかわりにより刺激になっている ・なじみのスタッフによる介護が認知症の方には安心感を与える ・軽度のうちから利用することでなじみの関係をつくっていくことができる ・介護予防サービスにより意欲が引き出され生活機能が向上する</p>	<p>認知症の進行予防</p>	
<p>・慣れ親しんだ地域でいつまでも生活できる ・可能な限り自宅で住み続けるための支援 ・基本である在宅での生活を支えるサービスが提供できる ・住み慣れた地域でのくらしが継続できる ・住み慣れた街で普通に暮らせる ・施設に入所せずに、住み慣れた環境で長く生活できる</p>	<p>住み慣れた地域での在宅生活の継続</p>	<p>在宅生活を支える拠点</p>
<p>・わざわざ知らないところへショートステイに行かなくてもよい ・通い・泊まり・訪問・ケアマネジメントを同じ事業所で受けることができ安心して生活できる ・通い・泊まり・訪問をいかに組み合わせることができる ・在宅生活を全て支えられるケアマネジメント</p>	<p>在宅生活を一貫して支えるケアマネジメント</p>	
<p>・地域の中で認知症の理解を深めていくことで、偏見をなくしていく</p>	<p>地域の認知症への偏見の払拭</p>	
<p>・社会との疎外感がない ・送迎により家族との連携が図れる ・家族の連携がスムーズ ・地域との交流 ・子どもとの交流 ・家族が気軽に訪れる ・これまでと変わらずに地域住民・友人と付き合える</p>	<p>地域・家庭とのつながりを深める</p>	
<p>・地域の互助・共助を一緒に考えてゆける ・地域ぐるみのケア・サポート体制を将来構築しやすい</p>	<p>地域ケアシステムの構築</p>	
<p>・利用料が月単位であるために、31日利用しても負担が変わらない</p>	<p>経済的負担の軽減</p>	
<p>・家族の生活を支える ・家族が介護に疲れた時に宿泊が利用できる ・様々な形で家族の要望を受け入れられる ・家族が手を省ける ・家族に休養してもらえ ・家族にとって近くに居ることが安心 ・宿泊を入れることで家族が少し頑張れば在宅で看取することができる</p>	<p>家族の身体的精神的介護負担の軽減</p>	
<p>・今までのつながりを切らない ・家族にとって近くに居ることが安心</p>	<p>家族との関係を保つ</p>	
<p>・療養型病床群の廃止に伴い、行き場の無い要介護者の受け皿になる ・見捨てない介護</p>	<p>介護サービス提供事業の受け皿</p>	

- ④ 認知症高齢者ができるだけ長く住み慣れた地域で暮らすことができるために必要なこと

認知症高齢者ができるだけ長く住み慣れた地域で暮らすには、9割の責任者が【地域づくりの必要性】として、地域住民との連携や協力の必要性とその難しさを記述している。たとえば、「家族介護力、地域介護力を高めることでそれぞれが無理なく役割を担うことができればそんなに難しいことではない」とする意見がある一方で、「認知症高齢者を支えていくことには着目していたが、地域とのつながりという発想がなかった」、「高齢になると地域とのつながりはほとんど切れている。事業所のある場所でないで新たな交流の場を作っていくことも大切である」とする意見がある。そのほか、「事業所単位で『地域づくり』と叫んでも地域からすると余計なお世話になるので、なぜ地域密着型サービスが必要なのか、自治体がビジョンを示し、行政が地域と一緒に取り組んで欲しい」、「その土地にあった住民との付き合いが必要」、「その地域の住民が立ち上げることが重要」、「地域の介護保険事業との連携が必要」、「地域で認知症を知るための講演会を開催して欲しい」、「ボランティアのネットワークづくりを行政の力を借りて行いたい」、「ボランティアを巻き込んで事業所の充実を図りたい」があった。

2. 小規模多機能に特徴的な事例

次に、訪問調査により、福岡市の11事業所のほか、看取りの経験のある熊本県の5事業所にも小規模多機能ならではの事例について尋ねた。その概要の一部を抜粋して表4に示す。(表4中、小規模多機能を小規模と称す)

V. 考察

ここでは、これまで述べてきた調査結果のうち、小規模多機能の運営と課題、ならびに小規模多機能に求められるサービス提供と課題、に関する考

察を踏まえ、認知症高齢者ケアの拠点となるための地域ケアシステムの構築について述べる。

1. 小規模多機能の運営と課題

1) 小規模多機能の事業展開

熊本市を中心に調査した17小規模多機能は、全て同じ法人、あるいは同系列の法人(以下、同グループと称す)が、いくつかの介護保険事業や関連事業を運営しており、小規模多機能のみを運営する単独の事業所は存在しない。福岡市の場合は、13小規模多機能のうち3事業所が単独の事業である。

先行研究『地域密着型サービス導入状況に関する調査研究⁵⁾』による類型化を参考に、①施設展開型(同グループで病院や介護保険施設などの入院・入所施設を運営している事業所)、②小規模ケア型(同グループで入院・入所施設は運営していないが、グループホームまたは複数の小規模型事業を運営している事業所)、③在宅介護型(同グループで入院・入所や居住のサービスを行わず、通所介護や訪問介護といった居宅サービスを中心に運営している事業所)、④単独型に分類した。その結果、福岡・熊本の30事業所は①施設展開型15、②小規模ケア型5、③在宅介護型7、④単独型3に分類された。①施設展開型の15事業所は、全て通所介護や訪問介護などの居宅サービスも実施し、また、11事業所は、グループホームなどの小規模多機能型事業も実施していた。すなわち、①、②、③の全ての事業を実施している事業所は11事業所(36.7%)である。熊本の17事業所のうち15事業所(88.2%)は、入院・入所、あるいは「住まい」の機能をもつ一方で、福岡は、入院・入所、「住まい」の機能をもたない事業所が7カ所あり、過半数(約54%)を占める。また、熊本で認められた「住まい」としての賃貸住宅や有料老人ホームとの併設型の事業所は、福岡には存在しない。これは、福岡市の職員が述べた、「極力抱え込みを避けたい」とする意向が影響していると考えられる⁶⁾。

表4 小規模多機能の特徴ある事例

番号	利用者の状況	特徴
事例1	グループホームに1年半入居していた要介護5、日常生活自立度Ⅳの利用者が、本人の帰りたいとの希望と妻も家で看たいとの希望で小規模の利用を開始した。毎日の通いと週2回の宿泊サービスに、必要時訪問(送迎時、緊急時の2人のスタッフによる訪問、プランに基づく通いを補う訪問、ケアマネジャーによる訪問など)を組み合わせ、高齢で不安が強い妻をサポートし、通い中心で家族を主体とした在宅生活が継続できている。	・毎日の通いサービスに加えた柔軟な訪問サービスが高齢の妻を支えた
事例2	退院後、健康状態が不安定であったために、訪問看護と小規模を利用。週3日通い、具合が悪いと一時自宅で休むという状況。血圧が低下して病院に搬送され、その日の夜に亡くなられた。	・訪問看護との併用でぎりぎりまで自宅で過ごした
事例4	小規模で抱え込んでしまった!!泊りが増えて、通いの時も夜9時に帰して欲しい(本人は眠くて休みたい時間)という家族の要望に応じていた。その結果、利用者の意欲がどんどん低下した。年金で家の近くのグループホームへ入居することを「そのような自立の仕方もありますよ」と提案したところ、本人はそちらを希望している。	・家族が自宅で過ごさせたいという本気の熱意を持っていることが重要 ・小規模の柔軟さを家族の都合に合わせない
事例6	90歳代、独居の利用者で、息子が午後から翌朝までの仕事が終わって、母親の家に来て世話をし、夕食を作って出勤する生活を数年間続けていた。母親が夜中外へ出て行くようになったので、小規模を利用するようになる。毎晩の訪問サービス1~1.5時間+通い週2日+訪問看護週2回+訪問診療2週に1回のプランの合間を縫って、民生委員や近隣に住む住民が様子を見ている。サービス調整会議には、地域住民にも参加してもらっている。90歳以上の利用者の場合、急変の可能性があるため、在宅療養支援診療医の訪問診療と訪問看護をプランに組み込むようにしている。そうすれば、何かあったときには特別指示書で訪問看護を集中的に提供できる。	・家族の本気の気持ちに添えて、地域住民を含めたチームでかかわる ・訪問診療と訪問看護をプランに組み込む
事例7	要介護4~5の妻を80歳代後半の夫が介護し、夫は自宅で自然死を迎えさせたいと希望する。老衰の終末期状態となり、呼吸停止を3回起こし、小規模の看護師が蘇生した。終末期になれば、居宅介護支援事業所を中心としたプランに切り替えたほうが、訪問看護・介護を集中的に提供するために支えられるとして踏み切った翌日、夫と妹が見守る中で亡くなられた。	・終末期は小規模のプランから居宅介護支援事業所を中心としたプランに切り替える
事例12	認知症が重度で胃癌末期の90歳代の利用者で、なるべく家に泊まる日を多くしようと頑張って対応していた。小規模の1階のベッドに寝てもらい、他の利用者とのふれあいや、音楽療法などの日常の暮らしを感じてもらっていた。点滴はせずに、前日まで経口で召し上がっていた。在宅療養支援診療医に往診してもらって、最期の1週間は2階のベッドで家族と静かに過ごされた。	・小規模に家族が通って看取る
事例23	90歳代の利用者。通所サービスで問題児扱いとなり、小規模を紹介されて利用。週2日の通いから始まったが、食事が入らなくなり、宿泊を週2日入れて週5日の利用となった。帰宅願望が強く徘徊もあって、スタッフが辛抱強く対応したところ、小規模のアイドル的存在となり、娘も喜んでいった。亡くなる3日前まで小規模に通い、入浴もできていたが、トイレで意識消失し、血圧が低下した。その際、併設の訪問看護ステーションの看護師が対応した。娘に在宅で看取る意思を確認し、居宅介護支援事業所を中心とした訪問看護に集中できるプランに切り替えて支援する方向となった。切り替える当日の朝起きたら呼吸停止していた。娘が縫った着物を着てきれいな最期であり、家族も喜んでいった。	・終末期は小規模のプランから居宅介護支援事業所を中心としたプランに切り替える
事例24	閉じこもりで床ずれがあった要介護4の利用者で、食事ほとんどとれない状態となり、居宅サービスでは支給限度額を超えるために、かかりつけ医の相談員より小規模に紹介された。週5日小規模に通い、要介護3へ改善した。初めは週1回の訪問看護だったが、その後状態が悪くなり、点滴も必要になってきたので、小規模から訪問看護中心のサービスに切り替えた。特別指示書で毎日訪問看護を提供し、自宅で看取りができた。日中介護できない家族にとって、小規模を利用することで安心して自宅で看ることができた。	・支給限度額を超えてしまう重度の利用者に小規模をうまく使って支える ・訪問看護との併用で悪化時は小規模から訪問看護へ切り替える

番号	利用者の状況	特徴
事例 26	<p>高齢夫婦2人暮らしのケース。いつも窓を閉め切っており、生きているのかどうかわからないと民生委員が包括支援センターに相談し、利用につながった。妻は昼夜逆転し、便・尿失禁がひどかった。まずは入浴と畳替えを実施した。昼からでもいいからと通い週3日＋訪問サービス週3日（小規模から弁当を作って持参）＋訪問看護週1回（併設）のプランで始まった。亡くなる前日まで普通に暮らしていたが、通いの日に夫が起こそうとしたところ、眠ったまま亡くなっていた。主治医が在宅療養支援診療医ではなく、検死になってしまった。その後要支援1の夫のケアは、併設の訪問看護が中心になって実施している。夫は妻を亡くし落ち込んでいたが、元気になり外出できるようになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護との併設のメリットをいかす
事例 28	<p>入居したグループホームとトラブルになり、家族からの相談で、面談時に「とにかく、今日退所させてくれるので、利用させて欲しい」との要望があった。当日の夕方に、何とかベッドを搬入するなどのサポートを行い、翌日からの小規模の利用となった。グループホームでは、ほとんど食事が入らなくなって、家族が1日中食事の介助を行っていた。小規模では時間を決めて食事介助を行い、初日からほぼ全量摂取できるようになった。通い週4日＋訪問週1日＋宿泊週1日でプランを組み、反応も見られるようになったが、老衰の終末期の状態であると判断された。前日まで通い、宿泊した午後、看護師がシャワー浴をかわりなく実施し、着替え、リクライニングをフラットにしたところチアノーゼが出た。主治医に連絡して往診してもらい家族にも連絡した。その日、娘夫婦と孫、息子と孫の5人が夜12時近くまで付き添う。家族10人ほどが入れ替わり立ち代り訪れ、誰かが側に付き添っていた。主治医が往診して翌朝9時に家族に説明し、主治医も和室で家族と一緒にあってお茶を飲んだり話をしたり、ゆっくりと過ごし、10時16分に家族が見守る中で亡くなった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の在宅療養支援診療所が地域住民の希望で小規模をつくる ・主治医の往診があれば小規模での看取りも可能 ・医療行為が全くない小規模で自然な死を迎える ・看取りのプロセスでの看護師の存在は、家族にとって安心である
事例 30	<p>小規模にはグループ内の緩和ケア病棟をもつ病院も隣接し、痛みのケアについては訪問看護師より相談を受け、緩和ケア病棟に勤務する疼痛認定看護師が対応したケース。要介護5、90歳代の男性で独居の利用者。頭部の悪性腫瘍がどんどん広がり、開放創となって出血もあり、処置が必要だった。効果的な治療方法がなく、自宅に退院し、県外に住む娘が滞在して介護していた。娘には家庭もあり、父を一人残して自宅に帰らなければならないこともあるため、たまたま見たちらしで、緩和ケアにも対応する目的で作られた医療のサポートが整った（吸引設備がある、夜間も隣接する病院の当直医が対応する）高齢者賃貸住宅を知り、住み替える。賃貸住宅には専従の専門職はおらず、クランク1人（事務職員）が窓口業務を担当する。食事はグループが運営する配食サービスを利用。小規模からの頻繁な訪問サービス（夜間は滞在）＋訪問看護＋往診で対応する。状態が悪化した時には、特別指示書で訪問看護が毎日入って対応。以後、県外の娘は高齢者賃貸住宅に訪れて介護し、安心して自宅に帰る生活をし、自宅に居る間は、小規模や訪問看護のスタッフとメールで情報交換をしていた。入居当初から余命は2、3ヶ月と思われたが、散歩や誕生会を楽しみ、9ヶ月間過ごすことができた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模に隣接する高齢者賃貸住宅に住み替えた終末期の利用者に、小規模の毎日の頻繁な訪問サービスと医療のサポートが整った高齢者賃貸住宅の一角に事務所をもつ訪問看護ステーションの訪問看護で看取った例 ・医療のサポートが整った賃貸住宅に住み替えることで、終末期であっても遠距離介護が可能となった
事例 32	<p>90歳代前半の利用者。隣町に住む娘が実家に戻った時に家で介護するため、週の半分が自宅、半分が小規模という生活だった。最期は宿泊中心となり、主治医が往診していた。亡くなる半年前に肺炎で入院し、そのときに点滴や経管栄養を勧められたが、できるだけ食べさせたい、病院ではなく家や小規模で過ごさせたいという家族の思いがあって小規模で対応し、最期の3日だけ点滴が施行された。退院時「いつ何が起きるか分からない」との説明に小規模のスタッフも同席し、家族から最期は自宅か小規模という希望があった。緊急時に小規模に往診してくれる医師に切り替えて対応し（長く診てもらっていた主治医を替えたことがよかったのかは疑問に思っている）、最期の2日間は娘も小規模に泊り込んで一緒に過ごした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の小規模で看取りたいという意思 ・家族との最期の時間をつくることができた ・往診してくれる医師がいれば看取りは可能

番号	利用者の状況	特徴
事例 33	70歳代後半で、大腿骨骨折後に認知症が進行し、全介助で座位も取れない重度の利用者。家族で看るのが難しくなり、小規模での宿泊を継続していた。食事が摂れなくなり、主治医より「いつ何があってもおかしくない状態」と説明され、そのときに家族と一緒に最期をどう迎えたいか話し合いをした。家族は「管にはつながれず、経管栄養もしたくない」と希望し、小規模に往診してくれる医師に切り替えて対応し、看取った。常時看護職がない小規模だが、看護師がいないときはかかりつけの在宅療養支援診療所の看護師に電話で相談して指示を受けたり、受診したりして対応した。小規模と同じグループの看護師とも協力体制をとった。	<ul style="list-style-type: none"> ・常時看護師がいなくても看取りは可能 ・往診してくれる医師がいれば看取りは可能
事例 35	夫婦（夫：90歳代前半、妻：80歳代前半）で2階のアパート（住まいの部分）に住んでいたケース。入院していたが、認知症の症状が強くなり、家族から「最期までここで見てほしい」という希望があった。しかし、家族の気持ちは揺れるので主治医からも「どうしていいのかわからない」と言われた。そこで、家族に「ご家族の希望を先生に言われてください」と話し合いを勧め、小規模は「ご家族が決めたことに対して支援をしていきます」というスタンスで最期まで接した。状態が悪くなってから小規模の居室で宿泊を継続し、そこで亡くなられた。その際、医師が往診した。医師から一言「お疲れ様でした」と声をかけられると家族は落ち着くので、必ず医師と家族が会えるようにしている。看取りの際、これから先どうしたらいいのか、家族への連絡や、着る服、お葬式まで含めて支援する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と医師の話し合いで最期の場所を決める ・家族の揺れる気持ちに付き添う ・看取りの際には死を受け入れるための家族への支援も必要である

2) 小規模多機能の経営

先行研究によれば、制度開始から1年未満(2006年12月時点)の調査で、定員に対する登録率が6割前後とされ、安定した経営のためには安定した利用者の確保が命題である、とした経営面の課題が挙げられている⁷⁾。本調査においても、調査数は少ないものの、登録率は約6割である。熊本では、事業を開始して1年以上経過しても登録率が6割未満の事業所が存在していた。福岡・熊本の30事業所のうち23事業所が赤字と答え、依然として厳しい経営状況が続いている。福岡の単独の事業所で、1事業所が黒字だと答えているが、管理者(経営者)がほぼ毎日宿直をして、人件費を節減している状況にある。

経営が厳しい背景には、前述の登録者の充足率が低いことと、特に軽度の利用者への介護報酬の低さは否めない。小規模多機能に求められる認知症予防に力を入れるのであれば、要支援、要介護1、2の利用者へのサービス提供の効果や、軽度の独居の高齢者を支えていることを評価すべきである。厳しい経営状況を理由に、軽度の利用者を断らざるを得ない事業所の存在を見逃してはなら

ない。先行研究でも提言されている⁸⁾ように、要支援、要介護1、2の利用者に対する介護報酬の見直しは必須である。

しかし、期待された2009年度からの介護報酬の改定では、小規模多機能にかかわる介護報酬本体の改定はなかった。介護福祉士が40%以上配置されている場合や常勤職員60%以上の配置、3年以上勤続している職員の割合が30%以上の場合の加算、加えて常勤専従看護師の配置や認知症高齢者への対応を評価する加算、事業開始時支援加算が認められた。また、宿泊利用者がいない場合は、夜間および深夜の時間帯に介護従事者を置かないことが可能となる。今回の介護報酬の改定では、上述の加算を中心とした対応となり、前進はしたものの、どの程度の経営の安定に結びつくかについては、検証の必要がある。

また、今後期待される介護報酬の見直しには、小規模多機能のサービスの一環として提供されているケアマネジメントの評価が挙げられる。介護保険施設や地域密着型サービスのグループホームも、ケアマネジメントを評価する介護報酬は設定されていないが、小規模多機能は、入所施設では

なく、基本的に在宅生活を支えるものであるから、そのケアマネジメントが評価されるべきである。小規模多機能の特性をいかした個別の状況に応じた柔軟さや、突然の変更にも対応するケアマネジメントは、居宅の実践と比較しても遜色はなく、より密度の濃いものである。このケアマネジメントが評価されることで、小規模多機能は、その存在価値をより広く認識され、地域のサービス拠点になると考えられる。

2. 小規模多機能に求められるサービス提供と課題

1) 認知症高齢者への小規模多機能ケアの効果

今回の調査で、小規模多機能のサービス利用により、要介護度の維持・改善が認められた利用者は、福岡・熊本双方で399人中336人(84.2%)であり、認知症の程度の維持・改善が認められた利用者は、363人中355人(97.8%)であった。認知症高齢者が、住み慣れた地域・自宅で暮らし続けるには、要介護度の重度化や認知症の進行を、極力食い止めることが鍵となるが、この結果は、まさにその期待に応えるものである。よって、小規模多機能は、認知症高齢者ケアを効果的に提供しており、今後も認知症高齢者ケアの要としての機能を果たすと考えられる。

2) 通い・宿泊・訪問サービスの機能

通い・宿泊・訪問の三つのサービスの中で、宿泊のみの利用者を除いた利用者数、すなわち、通いのみの利用者、訪問のみの利用者、通い+宿泊の利用者、通い+訪問の利用者、通い+宿泊+訪問の利用者を合計すると、福岡157人(90.2%)、熊本182人(80.9%)である。福岡の9割、熊本の8割の利用者が、小規模多機能のサービスを利用しながら、地域や家族とのつながりを切らずに暮らしている。また、福岡は、通い中心のサービス利用者が174人中139人(79.9%)、訪問中心の利用者10人(5.7%)であり、熊本は、通い中心225人中120人(53.3%)、訪問中心が19人(8.4%)であることから、福岡の8割強、熊本の6割の利用者は、

住み慣れた地域・自宅での暮らしが今後も可能な状態だと考えられる。

また、福岡では、通いのみの利用者が65人(37.4%)と最も多く、次いで通い+宿泊40人(23.0%)、通い+宿泊+訪問31人(17.8%)、通い+訪問21人(12.1%)であり、宿泊のみの利用は15人(8.6%)に過ぎない。一方熊本では、通い+宿泊90人(40.0%)で最も多く、通いのみ42人(18.7%)、通い+訪問29人(12.9%)、通い+宿泊+訪問15人(6.7%)であり、宿泊のみの利用は43人(19.1%)である。国は、「通いを中心として、利用者の状態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせるサービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するものである⁹⁾」とサービス内容を示し、本調査においても、「通い」を中心としたサービス提供が主流となっている。しかし、小規模多機能の特性を生かした「サービスを組み合わせる」点においては課題が残り、柔軟なケアマネジメントが求められている。

ここで、熊本43人、福岡15人の宿泊のみの利用者の状況を詳細に述べる。熊本の43人の要介護度と日常生活自立度をみると、要介護4以上の重度の利用者が約半数(20人)、要介護3以下でかつ日常生活自立度がⅢ以上の利用者が16人である。さらに、要介護3以下かつ日常生活自立度がⅡ以下の利用者7人中3人は独居であった。よって、宿泊のみを利用している約9割の利用者は、地域や自宅での暮らしが困難である、と予測された。福岡の15人で、1ヶ月間全て宿泊を継続しているのは9人であり、そのうち2人は独居、4人は老夫婦世帯である。そのほかの6人は5日、7日、8日、23日、28日、30日間の宿泊の利用である。5日、7日、8日間の宿泊利用の3人は、自宅での生活が継続できている状況である。28日、30日の宿泊利用の2人は共に独居であり、自宅での暮らしが難しくなりつつあるなかで、数日でも自宅に帰って過ごし、なんとか施設に入所せずに暮らしている状況だと予測される。また、5日、23日間の宿泊利用者は日中自宅に帰っており、このよう

な状況は、熊本には認められなかった。2人共に独居であり、「夜だけが1人では心配なので泊まりたい」というニーズに応じてのサービス提供であると考えられる。これらのことから、宿泊のみの利用者は、在宅生活が困難な状況下でやむを得ず連泊していることがわかった。また、福岡では、連泊している利用者は少ない上に、泊まっても日中は自宅に帰るなど、地域や自宅に「こだわる¹⁰⁾」状況がうかがえる。平成19年度福岡市高齢者実態調査¹¹⁾でも、介護保険制度下の居宅サービスを受けている高齢者の66%、介護者の約70%が今後も在宅療養を希望していることから、在宅療養を支援する仕組みへのニーズは高く、小規模多機能への期待は高い。

次に、熊本も同じ傾向にあるが、訪問サービスの利用が少ない点に触れておきたい。熊本の調査では、訪問の難しさとして、「利用者および家族が訪問介護事業所と同じサービスを希望する」が挙げられる。小規模多機能が提供する訪問は、「25人の登録者に対して短い時間でもきめ細かくポイントポイントで関わっていく¹²⁾」、「単体で利用する従来の訪問介護とは異なり、通いサービスを利用するだけでは支えきれない時間帯を個別にフォローする役割を持つ¹³⁾」と説明されてきた。しかしながら、「なぜ、小規模多機能は滞在型の訪問サービスを提供しないのか」と質問された経験から、居宅のケアマネジャーやケアを提供する専門職でさえ、小規模多機能の訪問の意味や内容を理解しているとはいえない。もちろん滞在型のサービスを実施してはならないというのではなく、事業所は、ケアマネジメントにより、必要な利用者には滞在型のサービスを提供している。よって、小規模多機能独自の短時間でも頻繁にきめ細かく実施する訪問のよさが理解され、提供できれば、より小規模多機能の機能が充実すると考えられる。また、小規模多機能の訪問は、送迎時の訪問、緊急時の訪問、ケアプランに基づく通いサービスを補う訪問、ケアマネジャーによる訪問がある。このような訪問を効果的に柔軟に組み合わせること

で、グループホームに入居していた認知症で重度の利用者が自宅に帰って妻との二人暮らしを取り戻すことができた事例1(表4)がある。事例1は、通いと訪問の組み合わせが、より効果的に在宅生活を支えることを示している。

このような小規模多機能の訪問を充実させるには、制度の見直しが必須である。なぜならば、訪問を提供する職員配置は、1日1人だからである。1人では、1日に訪問できる件数や時間帯、内容が限られてくる。前述の事例1では、緊急時には2人の職員が駆けつけていたが、これは事業所の努力によるものである。訪問が、利用者の生活を支える効果的なサービスであることを踏まえ、十分なサービス提供体制を整えるべきである。

3) 効果的なケアマネジメントのあり方

小規模多機能に求められるサービスは、利用者それぞれの多様な日々の生活を支えるための柔軟性であり、その課題は、ケアマネジメントのあり方にある。

ケアマネジメントのあり方については、先に述べたように個別の状況や突然の変更にも対応する柔軟性が求められる。その柔軟な対応については課題もある。熊本では、「家族中心のプラン」に表現されるように、主に家族との関係において、利用者本位のサービスが提供できていないことに職員が苦慮していた。福岡でも事業所で夕食を食べて自宅に送ると家族が夕食を食べている、あるいは寝るためにだけに帰宅する事例4(表4)のような状況がある。このようなサービス提供は、「地域や家族との人間関係を切っているのではないか」との指摘¹⁴⁾をうかがわせる。すなわち、過剰なサービス提供になっているのではないかと改めて考えさせられる。

小規模多機能におけるケアマネジメントは、家族の都合ばかりに合わせることをしないが、家族介護を基盤ともしない。家族の生活と介護のバランスを考慮しながら家族の役割をもマネジメントすることが必要なのである。

また、事例6（表4）では、これまでの利用者と住民との関係で、民生・児童委員や自治会役員を含めた住民それぞれができることを、そのままプランに組み込んでいた。自宅で暮らし続けるために、家族だけでなく、地域住民も含めて知恵を出し合うことが求められ、日頃からの地域との交流が必要となる。サービス提供がこれまでの地域や家族との関係を切らないように、利用者一人ひとりが持つつながりを、そのまま継続すること¹⁵⁾の必要性を再度確認するとともに、家族や地域とのつながりを強化することで柔軟なサービス提供に結びつけば、より望ましいサービス提供となる。

4) 「住まい」の機能

認知症高齢者の“Agging-in-place”を果たすとは、あくまでも利用者の住み慣れた自宅を基盤にするものと考えていた。全員、あるいはほとんどの利用者が事業所のある生活圏域に住み、「通い」中心のサービスを提供している事業所がある一方で、生活圏域内の利用者が1割に満たない事業所がある。また、熊本では、「宿泊」中心のサービス提供を行っている事業所のほか、事業所に併設、あるいは隣接する高齢者賃貸住宅や有料老人ホームなどの「住まい」への住み替えが前提となっている事業所がある。福岡の小規模多機能では、ケアハウスや地域密着型介護老人福祉施設、グループホームと併設する事業所はあるが、「住まい」と併設する事業所はない。今後、「住まい」への住み替えを前提とした事業所も出てくると考えられるので、「住まい」の機能について整理しておく。

「住まい」は、現在の小規模多機能の機能には含まれないが、小規模多機能の構想段階から存在した機能であり、「通い」の延長線上にあると捉えられている¹⁶⁾。在宅生活の支援を継続する中で、初めは「通い」を中心に、あるいは「訪問」と合わせて支援し、時々「宿泊」を利用しているが、利用者が重度化したり、介護者が介護できないな

どの状況の変化により「宿泊」が続くようになり、徐々に移り住むといったゆるやかな「住まい」への移行が考えられていた¹⁷⁾。すなわち「住まい」は、自宅ではないが、在宅としての機能を果たし、住む場所が変わっても、高齢者がリロケーションダメージを起こさずに継続してケアを受けることができる。しかし、「移り住むことから始まる」有効性も示され、『宅老書・グループホーム白書2005』に紹介されている事例は、老人保健施設に入所していた利用者が、要支援状態になったために対象外となって住むところを捜したが、近くに住む娘との同居は本人が気を遣い、また、認知症により1人暮らしは難しい状況であったため、近所の小規模多機能に入居し、家族との時間も大切にしつつ暮らしたというものである¹⁸⁾。このような事例は、当然理解できるものであり、「住まい」を否定するものでは決してないが、小規模多機能を利用するために併設や隣接の「住まい」に住み替える、あるいは、「住まい」のサービスを充実させる手段として小規模多機能を併設する、ことが懸念される。

厚生労働省が都道府県介護保険担当主管課宛に、平成18(2006)年9月4日付事務連絡として出した「介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関するQ&Aについて」において、小規模多機能を「有料老人ホーム、高齢者賃貸住宅と同一の建物内に設置することは可能か」の問いに対して、「有料老人ホームや高齢者賃貸住宅については、そこに居住しながら、様々な外部サービスを受けることが可能であることから、同一建物内における併設は可能であるが、囲い込み型のサービス提供にならないようにすることが必要であり、大規模な施設との併設は行うべきではない」としている。また、「有料老人ホームや高齢者賃貸住宅等と同一建物内に事業所を設ける場合、利用者を当該施設の入居者に限定することは可能か」の問いに対し、小規模多機能の「利用者を有料老人ホーム等の入居者に限定することは認められない」と、当然答えている。この回答は、正しいものである。

しかしながら、これから小規模多機能を手がけようとする者が、このようなQ & Aを読んだ場合、経営を優先して有料老人ホームや高齢者賃貸住宅との併設をまず考えるのではないだろうか。利用者を併設の有料老人ホーム等の入居者に限定しないにしても、一部だけを外部の利用者にして対応し、利用者が「住み慣れた地域(自宅)で在宅生活を支えること」を重視するものだろうか、と危惧するのである。自宅からゆるやかに住み替えるというよりも、「移り住むことから始まる」のだが、そこにケアマネジメントの必要性はないだろうか。有料老人ホームや高齢者賃貸住宅に住む高齢者にも介護保険サービスが必要であることに違いはないが、そのサービスが、なぜ地域密着型サービスとしての小規模多機能によるサービスでなければならないのかを明示するための、ケアマネジメントの導入を提案したい。

実際、事業所と同じグループのケアハウスに入居している利用者が、小規模多機能を利用する場合に、「理由書を提示した」とする事業所があり、老人保健施設から有料老人ホームや高齢者賃貸住宅に住み替える場合も含めて、まずは、小規模多機能を利用するにあたっての住み替えの必要性や有効性を示しながら利用することも、一つの手段として考えられる。

5) 医療・看護の提供

小規模多機能において、責任者の「最も苦慮していること」に、医療の提供が困難であることを挙げる例が複数あった。事業所に看護師が1人配置されていても、24時間対応できない。また、医療保険による事業所への医師による往診など¹⁹⁾は可能であるが、急変時の対応ができる医療機関との連携体制を整えることが、地理的な問題や在宅療養支援診療所の数の少なさなどから困難な場合もある。訪問看護については、介護保険による自宅への訪問看護の場合、支給限度額の範囲内では十分にプランに組めないことや、医療保険による事業所への訪問看護の場合「通い」のサービス

利用中に提供できないといった使い勝手の悪さ²⁰⁾がある。そのため、何かあったときに責任がとれないので、経管栄養やインスリン注射などの処置が必要な利用者は断っているとする事業所が複数あった。

一方で、医療ケアが必要な利用者を受け入れて対応する事業所や、既に自然に看取りを実施してきている事業所(表4の事例12、28、32、35)も存在する。医療との連携で工夫していることとして、「在宅療養支援診療医に主治医になってもらい急変時に備える」、「受診時に付き添い情報収集を十分に行っている」などがあつた。また、看取りの実践がある事業所は、関連施設に有床の医療機関が無い事業所が中心となっている印象も受ける。密度の濃い医療ケアが必要な場合、あるいは看取りにおいては、前述した「住まい」の機能が有効な場合もある(表4の事例30、35)。

6) 小規模多機能での「看取り」

小規模多機能が「看取り」を実践することに対し、「なぜ小規模多機能で看取りをする必要があるのか。全てに対応しようとするからますます運営が厳しくなる」と反対する事業所がある一方で、前述したように積極的に取り組む事業所もある。認知症高齢者の“Aging-in-place”を果たすには、当然「看取り」の場の選択肢の一つに小規模多機能が期待されることから、調査で知りえた事例(表4)からその可能性を探る。

福岡、熊本とともに既に「看取り」を実践している事業所が複数ある。「看取り」を支援する理由は、「利用者の自宅、あるいは事業所で自然な死を迎えたいという思いを支える」ことで一致している。小規模多機能での「看取り」の支援は、二つのタイプに分けられた。一つは、終末期状態になった時に訪問看護および訪問介護に集中できる居宅を中心としたプランに切り替えて自宅で見守る方法と、もう一つは最期まで小規模多機能が主体としてかわり、小規模多機能、自宅、あるいは事業所に併設・隣接する「住まい」の部分で

看取る方法である。

まず、居宅を中心としたプランに切り替えて自宅で看取る場合、切り替える理由には、「看取り」では看護師の力が求められるが、前述したように小規模多機能の看護体制が24時間対応となっていない上に、訪問看護に制限があって十分に利用できないことや、医師との連携体制の困難さが挙げられる。この場合、タイミングを逃さないように居宅や居宅サービスとの連携が必要となる。今回の調査では、事例7、23、24（表4）のようによく切り替えができた事例を学んだが、最期の段階で、利用者と小規模多機能の間で培ってきた関係が切れてしまうことは残念な印象を受ける。しかし、訪問看護ステーションと併設している事業所では、事例23、24、26（表4）のように日頃から医療に対応しており、終末期に小規模多機能から訪問看護ステーションを中心としたサービスに切り替えても、顔なじみの関係が続く利点があり、「看取り」に有力な事業所であると期待される。また、事例2、6、26（表4）のように小規模多機能が、終末期にかかわらず高齢者の急変に備えて、訪問看護の利用をプランに組み込んでおくことも有用である。

次に、最期まで小規模多機能が支援して看取る場合、それらの事業所に共通していることは、在宅療養支援診療所との連携体制が構築できていることである。これまで述べてきたように、小規模多機能では、医療・看護体制が十分とはいえないのであるが、早い段階で、事業所で対応できるケアの内容を利用者・家族に説明し、利用者・家族がどのような最期を迎えたいかを話し合っている。また、事例32（表4）のように受診時には付き添って医師の説明を利用者・家族と一緒に聞いて情報を得たり、事例33（表4）のように管理者が介護福祉士である事業所では、在宅療養支援診療所の看護師に電話で相談するなどの連携を常に図っている。小規模多機能で「看取り」まで支援する利点としては、利用者・家族の状況に応じて事業所で看取る、あるいは、自宅に訪問して看取ることも

できる点が挙げられる。たとえば、「家で死を迎えたい」と希望しても、その場になると動揺したり、気持ちが揺れたりすることがある。また、事例28（表4）のようにベッドの搬入が難しいほど狭いなどの問題で別居家族の滞在が困難な場合もある。そのような場合は、自宅よりも事業所での看取りの方が落ち着く様子もうかがえる。

終末期に小規模多機能から居宅サービスに切り替えるか、最期まで小規模多機能で対応するかを選択するのは、利用者・家族である。いずれにしても、小規模多機能におけるケースの状況に応じた柔軟な対応が求められる。

今回の調査で、小規模多機能での「看取り」の実践は、既に積み重ねられ、認知症高齢者の“*Aging-in-place*”を果たす機能を担いつつあることがわかった。厳しい運営や、医療・看護体制が整わない状況の中で、事業所の努力でこれほど対応できている事実を、国や自治体は認め、一刻も早い体制の整備を求めるものである。

3. 認知症高齢者ケアの拠点となるための地域ケアシステムの構築

小規模多機能は、認知症高齢者ケアの要となりつつあるが、「地域の拠点としての機能を果たす」ことは、今後より重視しなければならない課題の一つである。小規模多機能が、その地域の拠点となるための地域づくりは、事業所単独では難しく、事業所の取り組みとともに自治体による支援、すなわち行政との協働は必須である。

前述の平成19年度福岡市高齢者実態調査²¹⁾によれば、介護保険制度下の居宅サービスを受けている高齢者が、在宅で生活するために利用したいサービスとして、「夜間や緊急時の不安が解消されるサービス」39.6%、「必要なときに身近な地域のデイサービスセンターやグループホームなどに泊まることのできるサービス」33.0%、「定期的に特別養護老人ホームなどの施設に入所して、自宅と行き来しながら生活することができるサービス」18.2%、「昼間の見守りサービス」14.3%が

挙げられている。また、要介護認定を受けたもののサービス未使用者が在宅生活をする上で困っていることとしては、「夜間や緊急時の不安がある」34.8%、「自宅に閉じこもりがちになるなど、近所との交流がない」19.3%、「介護者に用事があるときなど、一時的に入所する施設がない」14.3%、が挙げられている。福岡市は、これらのニーズに小規模多機能は応えることができるとして整備を進めていくとしている²⁹⁾。

地域密着型サービスに対する市町村の役割としては、「地域密着型サービスを計画的に整備するだけでなく、そのサービスを必要としている利用者を把握し、利用につなげるシステムを構築することが求められている」とし、システムの具体例には、地域密着型サービスと同じ生活圏域に配置されている地域包括支援センターとの連携体制が挙げられている³⁰⁾。熊本の山鹿市は、地域包括支援センターが市の直営であることと、小規模多機能を指定・監督を実施する担当課が、地域包括支援センターと同じであることから自然と連携体制がとられ、「一緒に作っていく」と語る³¹⁾。福岡市と熊本市の場合、地域包括支援センターは委託事業であり、山鹿市と比較して連携が難しい状況であるが、運営推進会議を中核とした地域づくりを考えている。福岡市および熊本市と比較して山鹿市は、人口、生活圏域が少ないことも、連携の図りやすさに影響していることは明らかであり、自治体の対応に差があるのも当然である。地域密着型サービスであるからこそ、地域の事情に応じた小規模多機能の整備が必要である。

地域づくりに関して自治体は、その要に運営推進会議を挙げて参加の意向を示し、小規模多機能の広報を目的とした出前講座などの制度を活用して、地域に向向くことも提案している³²⁾。どのようなまちに住み、どのようなケアを受けたいのか、行政と住民が話し合う機会をもつことは重要である。また、既にある福岡市小規模多機能ケアネットワークの機能をいかすことや、熊本県の地域の縁がわづくり事業との提携や大牟田市の介護予防

事業との提携に学び³³⁾、今後は、社会福祉協議会が実施する住民主体のサロン活動や自治体の事業と提携して地域づくりを進めることなどにも触れておきたい。

よって、今後「地域ケアシステム」を構築していくために、行政や地域包括支援センターを初めとして、居宅や介護保険事業所、社会福祉協議会、在宅療養支援診療所、民生・児童委員、自治会、住民など、そして、それぞれの小規模多機能がつながって支えあい、共に運営推進会議を発展させていく方策を考える必要がある。

VI. 結 論

認知症高齢者の“*Aging-in-place*”を果たすための課題

今回の調査結果により、小規模多機能は、課題がありながらも、認知症高齢者の“*Aging-in-place*”を果たしつつあると考えられた。考察により得られた課題としての若干の示唆を、以下に整理する。

第一に、要支援、要介護1、2の利用者への介護報酬を見直すとともに、ケアマネジメントを評価した介護報酬とし、安定した経営を確保する。

第二に、訪問サービスを柔軟に組み入れることで、在宅生活がより支えられることを認識し、訪問サービスを十分に担える職員の配置ができる制度とする。

第三に、要介護3以上の医療的なケアが必要な利用者や終末期ケアに対応できるように、小規模多機能に24時間訪問診療や訪問看護が提供できる医療・看護体制とする。

第四に、利用者本位の適切なケアマネジメントを実施する。その場合、家族の生活と介護のバランスの調整や、利用者が住み慣れた地域で暮らすことができるように地域住民の力を重視する。

第五に、「住み替え」に関してケアマネジメントを導入する。「住まい」は、高齢者の“*Aging-in-place*”を果たす大切な機能であるとともに、密度の濃い医療が必要な利用者にとって、あるい

は「看取り」の実践に有効である。しかしながら、「住まい」の機能を充実させるために、小規模多機能とセットにすることには疑問が残る。

第六に、地域づくりについては、小規模多機能単独で行うのではなく、地域包括支援センターを含む行政、社会福祉協議会、民生・児童委員、自治会、近隣の住民、居宅や居宅サービス事業所、在宅療養支援診療所など在宅支援にかかわる専門家とのネットワークを強め、運営推進会議を核として地域ケアシステムの構築を目指す。

VII. おわりに

本研究は、全ての小規模多機能の実態を表すものではなく、限界がある。しかし、小規模多機能が位置付けられて間もない時期での現場に踏み込んだ調査研究であること、福岡・熊本の小規模多機能の比較を交えたこと、小規模多機能ならではの事例や看取りの事例の聞き取り調査を実施したことで、より実態に迫ることができ、今後の小規模多機能に求められる課題として得られた示唆は、方向性を考える上で、役立つものである。また、事業所の指定・監督担当者への半構成的面接により得られたデータは、その地域における地域密着型サービスのあり方を考える上で、有用であった。

小規模多機能のありようは多様でそれぞれに特徴があり、間違いなくこれまでの介護保険サービスにはない新しい事業である。これまでの介護保険サービスでは行き届かなかったニーズに応じることも可能になりつつある。2006年に歩み出した小規模多機能は着実に数を増やし²⁹⁾、利用者のニーズに応じた的確なサービス提供事例を積み重ね、地域の拠点として根付いてきている。まさに、認知症高齢者が、尊厳を保ちながら“Aging-in-place”を達成するサービス拠点としての機能を果たしつつある。今後は、残された課題を一つひとつ克服しながら、地域のネットワークの中での充実した実践が望まれる。

(謝辞)

最後になりましたが、実態調査にあたり、ご協力いただいた小規模多機能の責任者および職員の皆様、小規模多機能のご利用者ご家族の皆様、自治体の担当職員の皆様、福岡市小規模多機能ケアネットワークの皆様、熊本市の事例の聞き取りにご協力いただいた熊本大学医学部保健学科東清巳教授、根本博代助教にこの場を借りて心から感謝申し上げます。また、本研究は、財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の研究助成、および熊本大学の「平成20年度科学研究費補助金インセンティブ」を受けて実施できましたことを重ねて感謝申し上げます。

文 献

- 1) Aging-in-placeについて、木下は“今いる場所で継続した生活を”とし(木下康仁:改革進むオーストラリアの高齢者ケア, 52, 東信堂, 東京, 2007.)、寺川らは“高齢者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続ける”としている(寺川優美・田中紀之・三浦研・寺川政司:豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究:高齢者の居住継続成立要件に関する研究(その1), 日本建築学会計画系論文集, No.571: 69-76, 2003.)。
- 2) 永田千鶴・松本佳代・平上真紀子:認知症高齢者ケアの地域支援のあり方に関する研究—小規模多機能型居宅介護サービスの利用を通して—, 財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書, 平成19年度: 1-49, 2008。
- 3) 永田千鶴・松本佳代:報告書「エイジング・イン・プレイス」を果たす認知症高齢者ケアモデルの開発—福岡市および熊本の小規模多機能事業所の調査研究を通して—, 2009。
- 4) 詳細は、永田千鶴・松本佳代・平上真紀子, 前掲2)および永田千鶴・松本佳代, 前掲3)を参照。
- 5) 研究代表者森本佳樹:地域密着型サービスの導入状況に関する調査研究, 立教大学, 2007。
- 6) 永田千鶴・松本佳代, 31, 前掲3)。
- 7) 研究代表者森本佳樹, 95, 前掲5)。
- 8) 研究代表者森本佳樹, 95, 前掲5)。
- 9) 介護保険事業運営の手引き編集委員会:介護保険事業運営の手引き 小規模多機能・グループホーム編, 4, 中央法規, 東京, 2007。
- 10) 在宅療養を継続するためには、利用者・家族と共にケア提供者もまた「こだわる」ことが重要だと研究を通して学んだ。(東清巳・永田千鶴:在宅ターミナルケアにおける家族対処

の特徴と看護介入, 日本地域看護学会誌, 6(1):40-48, 2003.

11) 福岡市ホームページ

http://kaigo.city.fukuoka.lg.jp/jitai_chosa/

12) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク 小規模多機能ホーム研究会編: 宅老所・グループホーム白書2007, 12, C L C, 東京, 2007.

13) 小規模多機能ホームパンフレット製作委員会: 小規模多機能型居宅介護の手引き, 全国コミュニティライフサポートセンター, 宮城, 2006.

14) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク編: 宅老所・グループホーム白書2004, 25-26, C L C, 東京, 2004.

15) 川原秀夫: 地域の力なしには認知症の人を支えられない～温もりのまち 山鹿～認知症になっても安心して暮らせるまちづくり, フォーラムin 山鹿資料, 2008.

16) 小規模多機能ホーム研究会: 第2版 小規模多機能型居宅介護開設の手引き, 17, C L C, 2007.

17) 平野隆之・高橋誠一・奥田佑子: 小規模多機能ケア実践の理論と方法, 65-66, C L C, 2007.

18) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク 小規模多機能ホーム研究会編: 宅老所・グループホーム白書2005, 41-43, C L C, 2005.

19) 平成20年3月5日付厚生労働省告示第67号により、平成20年4月より宿泊サービスに限って小規模多機能への訪問診療を算定できるようになった。

20) 介護保険法第8条第4項により、訪問看護は利用者の居宅で提供されるものであるために、小規模多機能への訪問看護は認められていない。医療保険による小規模多機能への訪問看護は、平成20年3月5日付厚生労働省告示第67号において、平成20年4月より宿泊サービスに限って算定できるようになった。

21) 前掲11)

22) 永田千鶴・松本佳代, 32, 前掲3)。

23) 平野隆之・高橋誠一・奥田佑子, 166-170, 前掲17)。

24) 永田千鶴・松本佳代・平上真紀子, 26-28, 前掲2)。

25) 永田千鶴・松本佳代, 31, 前掲3) 参照。

26) 平成21年2月14日に福岡市・地域密着型サービスの充実に関する調査研究実行委員会主催で行われたシンポジウム「地域で支える介護を目指して小規模多機能サービスって知っていますか」に於ける全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会代表の川原秀夫氏の発言より

27) 2009年12月31日現在、小規模多機能は全国で2278事業所が開設されている(WAM NET)。

2008年11月4日に出された社会保障国民会議最終報告では2025年に60万人分(約24000カ所)の小規模多機能を整備する計画が示されている。