

小規模多機能型居住介護への期待

2008年11月29日

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
全国大会

厚生労働省 参事官（社会保障担当） 香取 照幸

小規模多機能サービスの原点

(どんな議論をしてきたのか)

小規模多機能サービスの基本コンセプト

：「在宅支援」を目指した各種サービスの機能統合

⇒基幹機能（通所）を中心とした多様な在宅サービス機能の集積
「24時間365日のサービス」

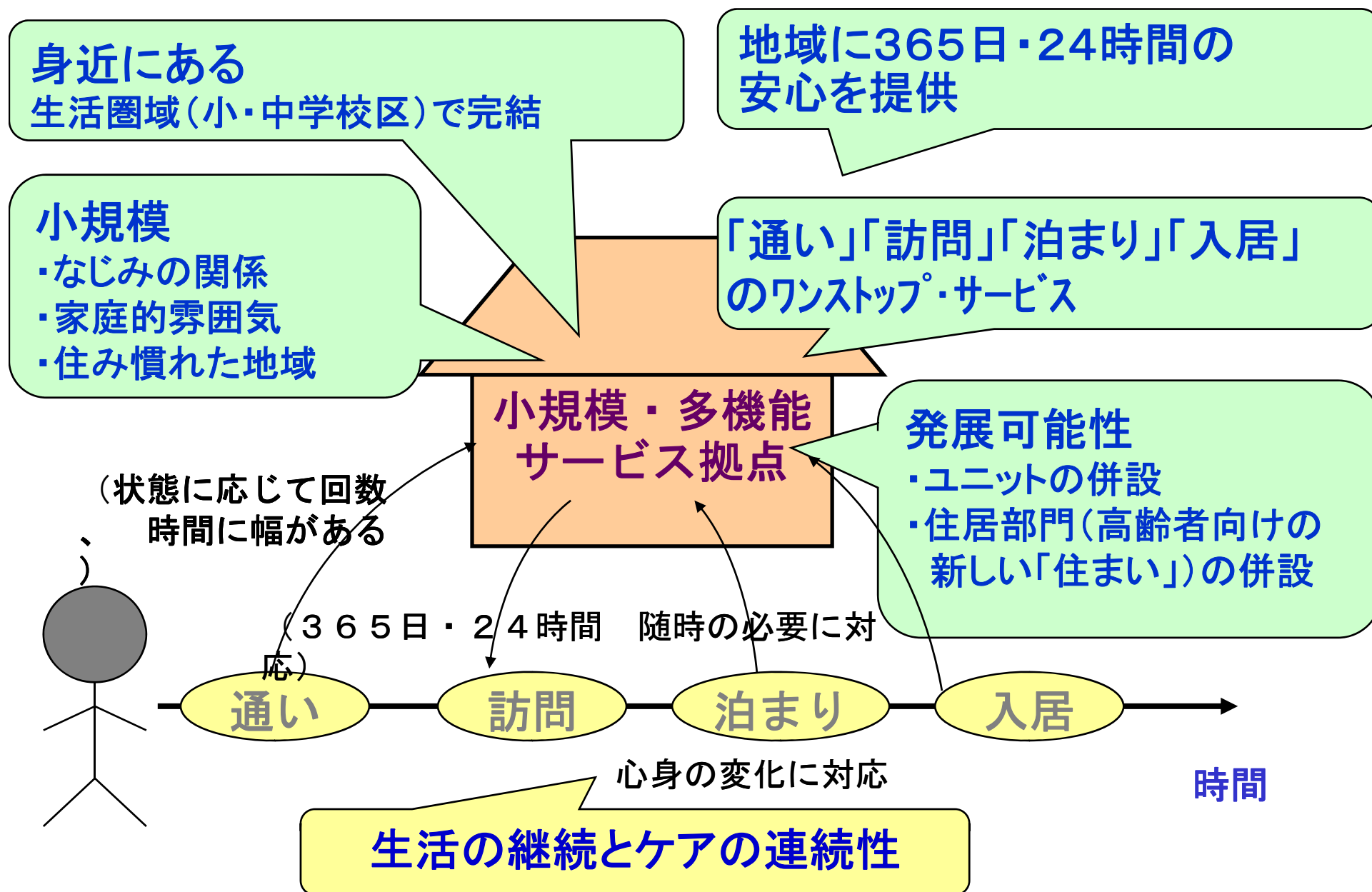
：高齢者の時系列的な状態変化に合わせた通所・訪問
→宿泊→入所サービスの連続的・一体的提供

⇒可能な限りの在宅生活継続を実現するための「多機能」。
「生活の中の介護（CARE IN PLACE）」
入所（施設）機能は在宅サービスの延長線上に位置けられるもの。

：高齢者の生活圏域内でのサービス完結

⇒小規模性・地域密着性の重視（いわゆる「総合施設」との違い）

小規模・多機能サービス拠点のイメージ



制度化に当たっての課題

- 1 理念の具現化—地域生活継続の支援
(継続的・包括的支援を可能にする基準・報酬)
- 2 ケアの質の確保・利用者の権利擁護
(小規模多機能の弱点を直視する)
- 3 地域ケアシステムの中での機能・役割
(地域全体で高齢者を支える)

1 地域生活支援の具現化

：定員規模・基本機能の構成

（地域密着・個別ケアを可能にする定員規模）

（24時間365日の支援を可能にする機能）

（入所機能の位置付け）

：時系列的なサービス利用の流れの担保

（「通い」と「泊まり」の関係）

（入所主導の回避）

：報酬の基本骨格（基本的には包括（＋一部出来高））

2 ケアの質の確保・利用者の権利擁護

：密室化・地域からの孤立・抱え込みなどに関する
懸念の回避

→情報開示の制度化・事業運営への地域の参加

：劣悪事業者の排除 → 指定前研修の導入

：事業者自身・事業者組織によるケアの質の確保に
むけての取り組みの強化

3 地域ケアシステムの中での機能・役割

☆利用者の立場に立てば、小規模多機能事業所が持たないサービス（かかりつけ医機能・リハビリ機能など）の利用は保障されなければならない。

：地域の他のケア資源との連携・小規模多機能拠点相互のネットワーク構築の必要性

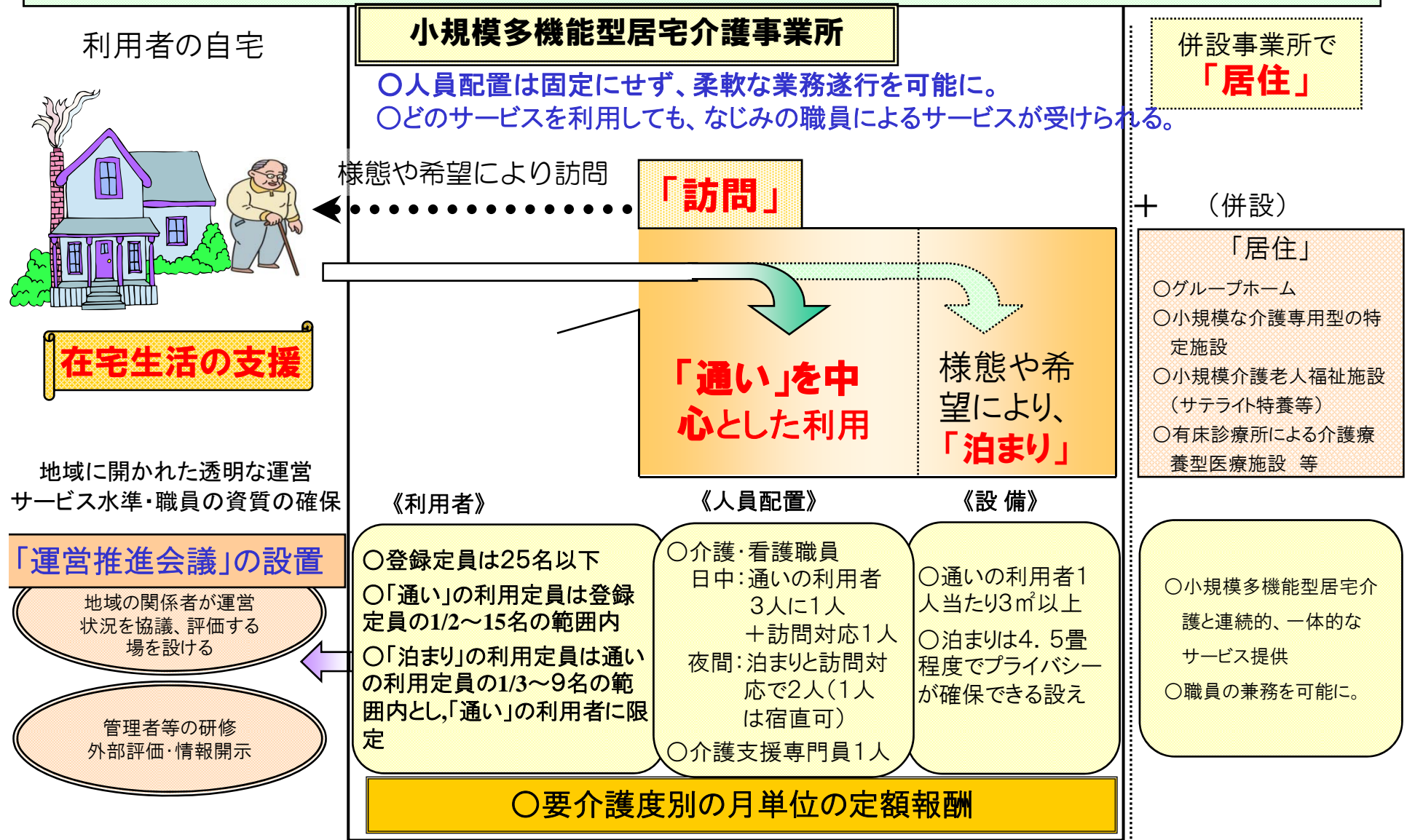
：地域における相談・サービス調整機能拠点（地域包括支援センター・ケアマネ機関等）との連携

⇒地域ケアマネジメント・長期継続マネジメントの視点

「小規模多機能型居住介護」
(制度化された姿はどのようなものか)

小規模多機能型居宅介護の概要

基本的な考え方:「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「**訪問**」や「**泊まり**」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する。



介護報酬

【小規模多機能型居宅介護】

(1) 小規模多機能型居宅介護費(1月につき)

- 経過的要介護 4,469単位
- 要介護1 11,430単位
- 要介護2 16,325単位
- 要介護3 23,286単位
- 要介護4 25,597単位
- 要介護5 28,120単位

(2) 初期加算 30単位

【介護予防小規模多機能型居宅介護】

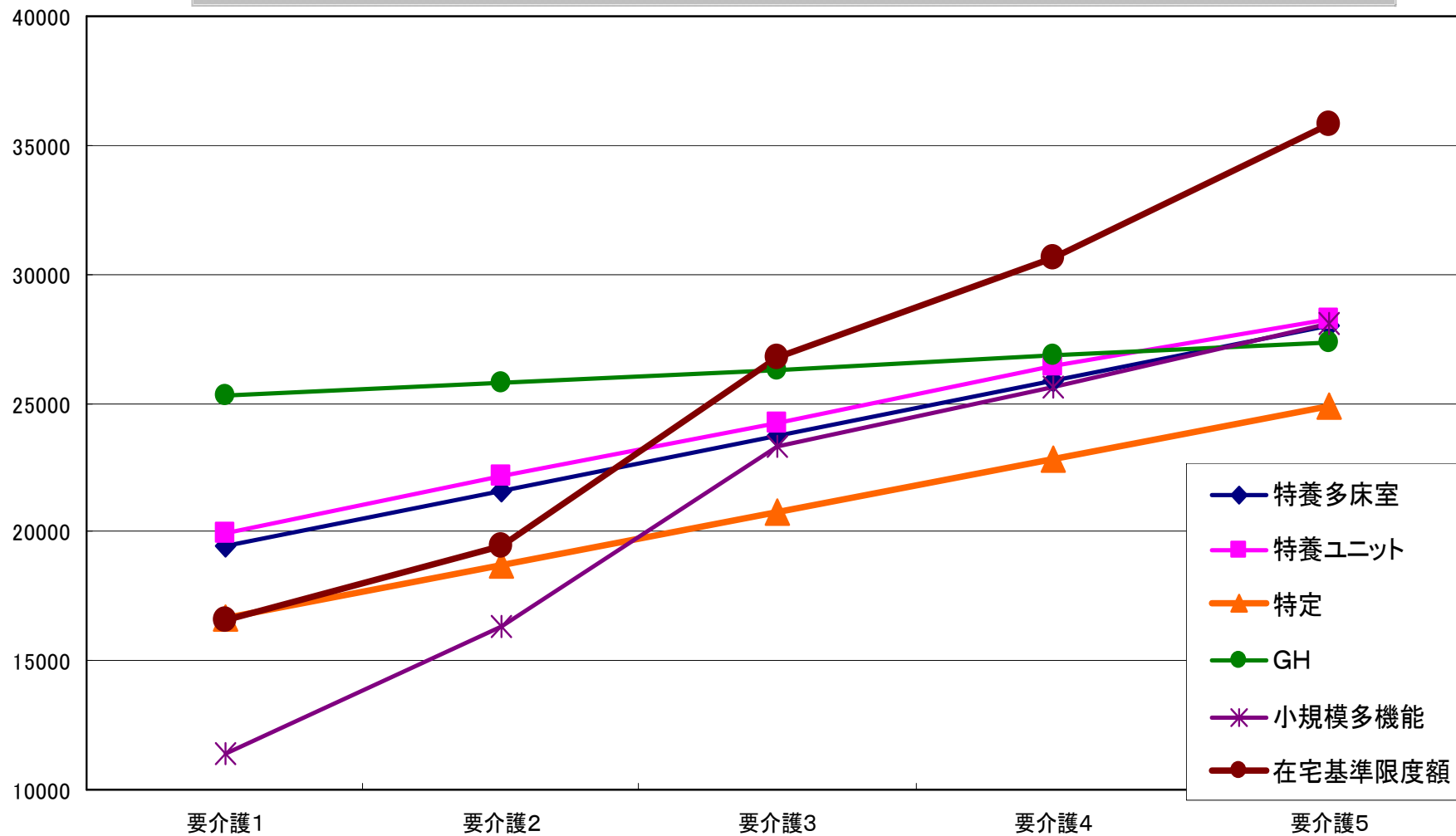
(1) 介護予防小規模多機能型居宅介護費(1月につき)

- 要支援1 4,469単位
- 要支援2 7,995単位

(2) 初期加算 30単位

平成18年4月改定後の各種サービスの単位数の比較

月当たり
(単位)



人員基準

(1) 介護・看護職員

ア 日中

- ・通いサービスの利用者3人に対し常勤換算方法で1以上
- ・訪問サービス提供のため従業者を常勤換算方法で1以上

イ 夜間及び深夜

宿泊サービスと訪問サービスの提供のため2以上(1人は宿直でも可)

※ 宿泊サービスの利用者がいない場合には、夜勤又は宿直職員を夜間及び深夜の時間帯を通じて1とすることができる。

※ アとイの職員のうち1以上が常勤、1以上が看護職員であること。

(2) 介護支援専門員 1人(必要な研修を終了している者)

※ 利用者の処遇に支障がない場合は、他の職務に従事することができる。

(3) 管理者 1人

※ 管理者及び法人の代表者は、認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者等であって、認知症高齢者の介護に関する研修を修了している者であること。

※ 事業者の参入促進のために行った措置(平成18年9月)

(1) 夜間及び深夜における職員配置の緩和

宿泊サービスの利用者のための夜勤職員に加えて配置される宿直職員(主として訪問サービス対応職員)は、登録者から連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はないものとする。

(2) 開設当初における人員配置の緩和

通いサービス対応の職員数は、通いサービスの利用定員の90%を基に算定すべきところ、開設の時点から6月未満の間は、通いサービスの利用定員の50%の範囲内で事業者が届け出た利用者見込数を前提に算定可とする。

○利用定員15人の場合で利用者見込数を50%とした場合

【見直し前】常勤換算で職員5人(15人×90%÷3(端数切上げ))

【見直し後】常勤換算で職員3人(15人×50%÷3(端数切上げ))

設備基準

(1) 利用者

- 登録定員 25人以下
- 通いサービスの利用定員(1日当たり) 登録定員の2分の1から15人までの範囲内
- 宿泊サービスの利用定員(1日当たり) 通いサービスの利用定員の3分の1から9人までの範囲内

(2) 居間等

- 居間及び食堂 合計した面積が通いサービスの利用者1人当たり3m²以上
- 宿泊室
 - ・宿泊室(個室)の面積 7.43m²以上
 - ・個室以外の宿泊室の面積 1人当たり概ね7.43m²以上で、構造は利用者のプライバシーが確保されていること

(3) 立地

- 利用者の家族との交流の機会を確保し、地域住民との交流を図る観点から、住宅地等に立地すること

運 営 基 準

- 事業者は、自ら提供するサービスの評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受け、それらの結果を公表し、常にその改善を図ること。
- 登録定員に対し、通いサービスの利用者が著しく少ない状態が続かないようにすること。
- 登録者が通いサービスを利用していない日については、可能な限り、訪問サービスの提供や電話連絡による見守り等を行い、利用者に関わること。
- 介護支援専門員は、利用者の居宅サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画の作成を行うこと。
- 事業者は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員、地域包括支援センターの職員、有識者等により構成される運営推進会議を設置し、概ね2月に1回以上、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を運営推進会議に報告し、その評価を受け、要望、助言等を聴く機会を設けること。

小規模多機能型居宅介護に係る市町村独自の高い報酬の設定

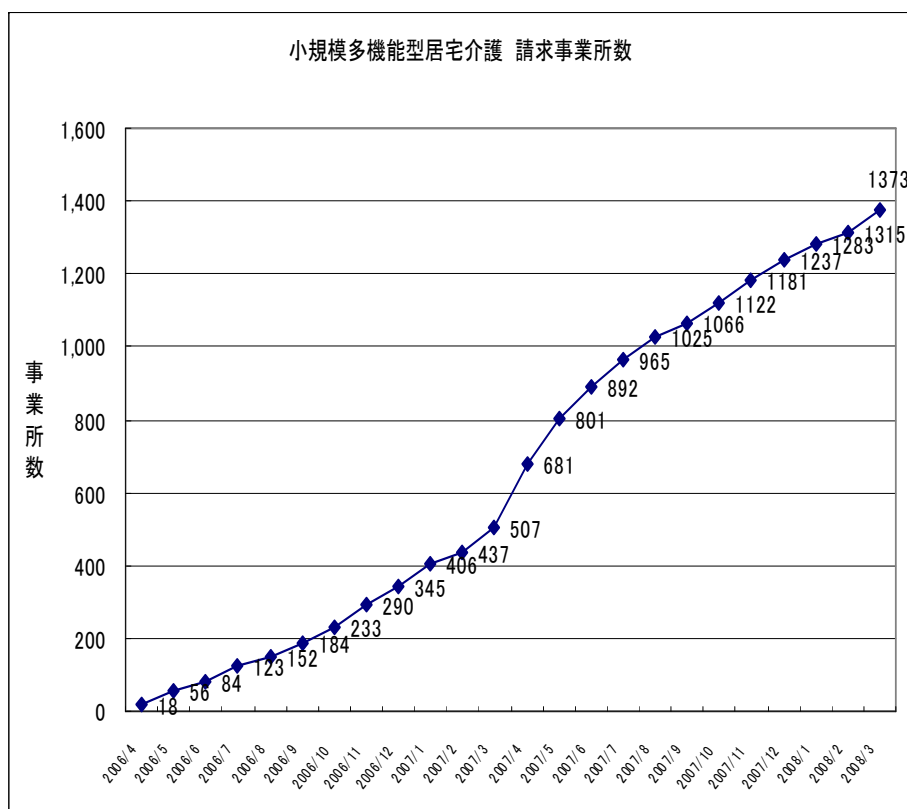
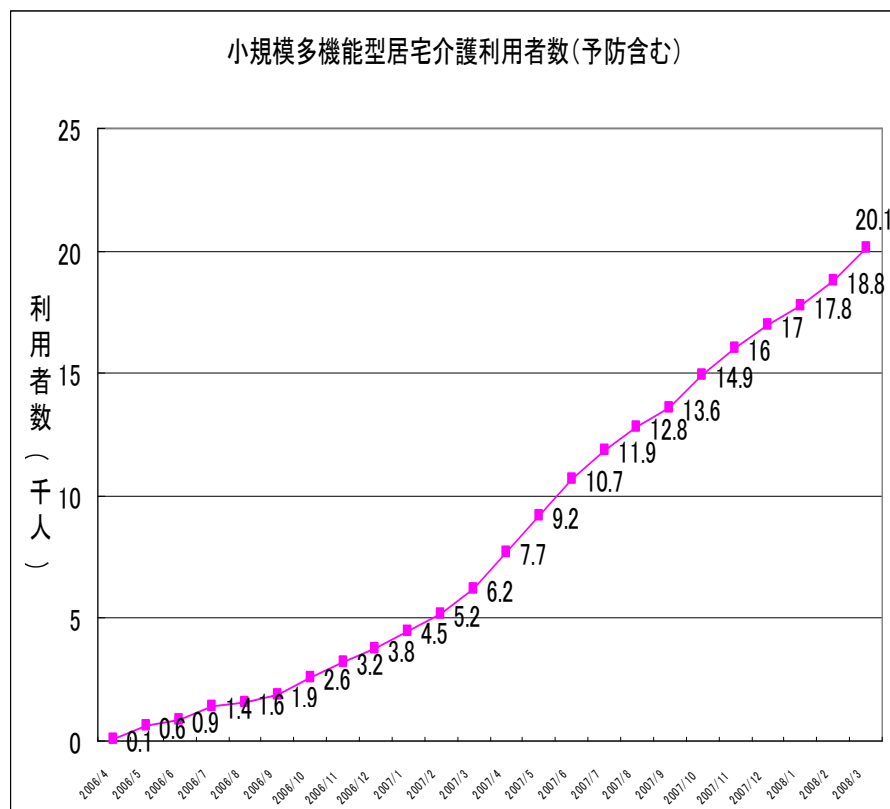
- 市町村が独自に設定した基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に認定した際には、当該市町村においては、通常よりも高い報酬を設定することができる。
- 高い報酬の設定は、加算方式とする。
- 市町村が独自に定める要件に柔軟に対応できるよう、高い報酬には段階を設定し、市町村は、いずれの段階に該当するかについて具体的な要件を明確にして申請し、厚生労働省が有識者で構成する「市町村独自報酬検討会議」に審査を依頼した上で、いずれの段階の報酬に該当するかを決定する。

小規模多機能型居宅介護について

I 小規模多機能型居宅介護の現状

【小規模多機能型居宅介護の状況①】

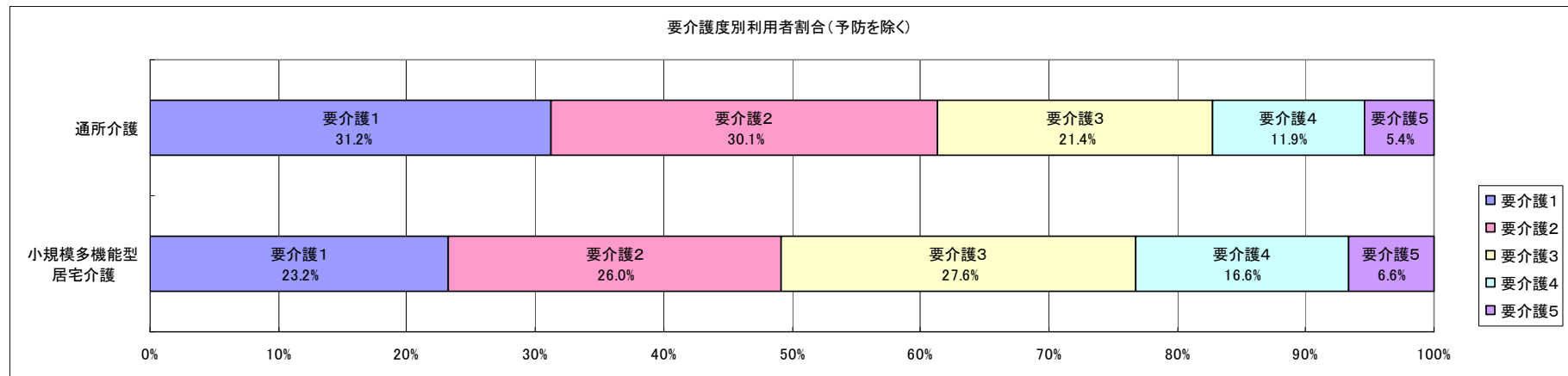
○ 小規模多機能型居宅介護(予防含む)の利用者数は約20.1千人、事業所数は1,373カ所となっている。(平成20年4月審査分)



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」より作成

【小規模多機能型居宅介護の状況②】

- 利用者の平均要介護度は2.57（予防を除く・平成20年4月審査分）であり、当初想定よりは軽くなっている。（制度創設時は平均3.5程度を想定。）
- これについては、事業者からは、「中重度の利用者の確保が難しい」との声があるとともに、比較的軽度の利用者に対しても、軽度の段階から利用することで自宅に住み続けられる可能性が広がるなど、一定の役割を果たしているとの意見もある。



（資料出所）「介護給付費実態調査（平成20年4月審査分）」より作成
 ※介護予防通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護を除く

○ 小規模多機能型居宅介護受給者数（千人）

要介護度	総数	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者数	20.1 (100%)	0.8 (3.8%)	1.2 (5.7%)	0.0 (0.0%)	4.2 (20.0%)	4.7 (22.4%)	5.0 (23.8%)	3.0 (14.3%)	1.2 (5.7%)

（資料出所）「介護給付費実態調査（平成20年4月審査分）」より作成

【小規模多機能型居宅介護の状況③】

- 平成20年介護事業経営実態調査によると、小規模多機能型居宅介護の収支差率は－8.0%となっている。
- また、看護・介護職員の1人当たり給与は、他のサービスに比べ、低い水準となっている。

(円/月)

	常勤				非常勤			
	介護福祉士	その他の介護職員	看護師	准看護師	介護福祉士	その他の介護職員	看護師	准看護師
小規模多機能型居宅介護	251,121	202,099	304,986	265,957	202,330	186,508	257,919	220,375
訪問介護	264,107	223,124	－	－	230,476	212,046	－	－
通所介護	287,805	233,913	321,745	285,565	219,676	199,379	272,269	261,624
短期入所生活介護	328,467	272,407	412,586	341,523	228,189	201,232	322,769	244,744
介護老人福祉施設	340,464	290,289	453,236	362,652	276,598	219,350	344,956	301,046
認知症対応型共同生活介護	280,949	219,970	332,088	264,651	209,330	201,567	267,355	198,866

※ 介護老人福祉施設を除く各サービスについては、それぞれ予防サービスを含む

(資料出所): 平成20年介護事業経営実態調査より作成

看護職員の配置の現状

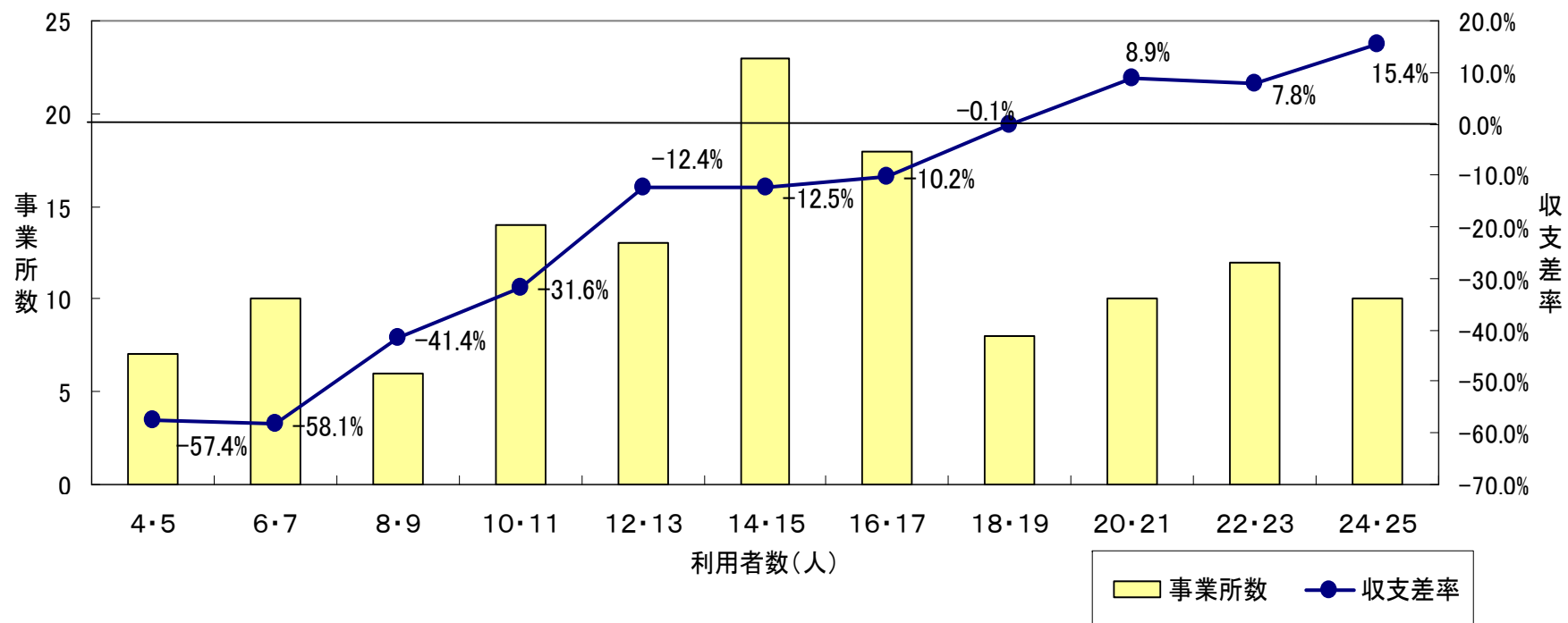
	常勤看護師配置数	常勤准看護師配置数
配置事業所数(142事業所中)	32(22.5%)	38(26.8%)

(資料出所): 平成20年介護事業経営実態調査より作成

【小規模多機能型居宅介護の状況④】

- 利用者数が多いほど、収支差率は良い傾向があり、概ね利用者が18～19人以上の事業所では、収支が均衡しているが、平均利用者数は14.8名程度に止まっている。
- 利用者数が集まらない理由として、事業者等からは、サービスのPR不足や居宅介護支援事業者との連携不足等が指摘されている。

小規模多機能型居宅介護の利用者数別事業所数・収支差率



(資料出所):平成20年介護事業経営実態調査より作成

Ⅱ これまでの指摘等の概要

介護給付費分科会介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム報告

(平成19年12月10日)

3 今後の検討課題について

(1) 各事業に共通する事項について

② キャリアアップについて

○ 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準、キャリアアップにつながる取組を行う事業所に対する評価、研修システムの構築又は介護労働者個人に対するキャリアアップのインセンティブの在り方等について検討する必要があるのではないか。

その際、小規模事業所ではキャリアアップのシステムを自ら構築することが困難であることから、何らかの対策を検討する必要があるのではないか。

介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成20年5月20日 参議院厚生労働委員会)

三、次期介護報酬改定に当たっては、介護従事者等の処遇の改善に資するための措置を講ずること。なお、地域差の実態を踏まえ、必要な見直しを検討すること。また、サービス提供責任者等の処遇に配慮するとともに、介護福祉士等の専門性を重視し、有資格者の評価の在り方について検討を行うこと。

○ 第54回介護給付費分科会(平成20年9月25日)・ヒアリングにおける「全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会」からの意見

- ・ 小規模多機能型居宅介護の報酬の底上げ
- ・ ケアマネジメント費用を支給限度額の外に
- ・ 医療連携体制加算の導入
- ・ すでに取り組まれている「運営推進会議」等を生かした公表・評価のあり方
- ・ 市町村の独自性を生かす仕組みの継続
(市町村独自の高い報酬の設定の拡大・継続)

Ⅲ 小規模多機能型居宅介護の報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

- 小規模多機能型居宅介護については、高齢者の在宅における生活を支える重要な柱となるサービスとして、引き続き普及を図る必要がある。
- 小規模多機能型居宅介護の報酬・基準については、以下の基本的な考え方に沿って見直しを検討してはどうか。
 - ① 平成20年介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、経営の安定化を図るため、利用者数の確保のための方策等を講じた上で、報酬上の対応について検討
 - ② 介護従業者のキャリアアップに資するよう、有資格者や経験年数の評価
 - ③ 医療ニーズへの対応
 - ④ 市町村独自報酬のあり方の検討
 - ⑤ 適切なサービス提供の確保

【具体的な論点】

(1) 事業所経営の安定について

○ 利用者数が多い事業所では収支差が良くなっていることから、事業所経営の安定化を図るため、利用者の増加や経営の効率化につき以下のような対応を検討してはどうか。このような対応を検討した上で、報酬上の対応を検討してはどうか。

- ・ 居宅介護支援事業者による情報提供や小規模多機能型居宅介護計画の作成に係る協力等、在宅サービスからの円滑な移行が可能となるような方策。
- ・ 人員の効率的配置、既存建物の活用の促進等による経営の効率化を促進するための基準等の見直し。
- ・ サービスのPR方法や試行的利用等の利用者確保策の周知・促進。

※ 介護報酬の見直しを行う場合、事業所の規模に応じた対応を行うことについてどう考えるか。

※ また、中重度者を対象とするという当初の位置付けとともに、比較的軽度の者にも利用されている現状もある中で、要介護度毎の報酬設定のバランスを見直すことについてどう考えるか。

【具体的な論点】

(2) 介護従事者のキャリアアップについて

- 介護従事者のキャリアアップの仕組みについては、他サービスを含めた議論を踏まえつつ、介護報酬の在り方とともに検討することとしてはどうか。

(3) 利用者の医療ニーズへの対応について

- 一定の医療ニーズのある利用者についても受け入れることを可能とするため、医療ニーズへの対応体制についての評価を検討することとしてはどうか。

(4) 市町村独自報酬の在り方

- 質の高いサービスを市町村が独自に評価できる仕組みとして導入された市町村独自報酬制度については、実施自治体の意見等を踏まえ、平成21年4月以降のあり方を検討することとしてはどうか。

(5) 適切なサービスの提供の確保

- 定額払いというサービスの特性上、必ずしも十分なサービスが提供されない状況が生じやすいと考えられることから、適切なサービスの提供を確保するための仕組みを検討してはどうか。

小規模多機能型居住介護の発展可能性

(私見を交えた課題の整理)

小規模多機能サービス拠点の意義が「可能な限り在宅での生活継続が実現できるよう、高齢者の状態の変化やライフステージに応じて、その時々に必要な様々なサービスを一体的・継続的に提供する拠点」であるとするのなら・・・

⇒基幹機能としての通所機能は（恐らく）必須だが、機能集積

の形態には様々な可能性があり得る。

例)

- ： E型デイ＋グループホーム／診療所
- ： 小規模デイケア＋有床診療所（＋往診）
- ： サテライトデイ＋分散型ユニットケア＋訪問看護・介護
- ： 小規模通所＋特定施設／高齢者住宅（＋訪問看護・介

護）

- つまり、小規模多機能型居宅介護は、
- ① 未だ発展途上であり、
 - ② 様々な可能性を秘めた新しいサービス形態である
- ということ。

- 小規模多機能サービスの本質を見失ってはいけないが、多様な機能集積の形態があるとするのであれば、それを可能にする柔軟な基準・報酬体系のあり方を考えるべき。

例)

サービスを分解しない → 包括性の重視

利用形態を選別しない → 柔軟性・現場判断の重視

「多様な小規模多機能」に対応した多様な基準、多様な報酬体系」 → 多様性の重視

- 看護機能（訪問看護・看護管理等）のあり方との関係での「看護サービス」の位置付け

おまけ

ケアの理念を考えると、誰でもどこでも同じ結論になります

ハーグ市郊外ナーシングホームを訪問



Verpleeghuis AHS de Strijp *Leven in eigen stijl*

入居定員 : 150人

従業者数 : 230人

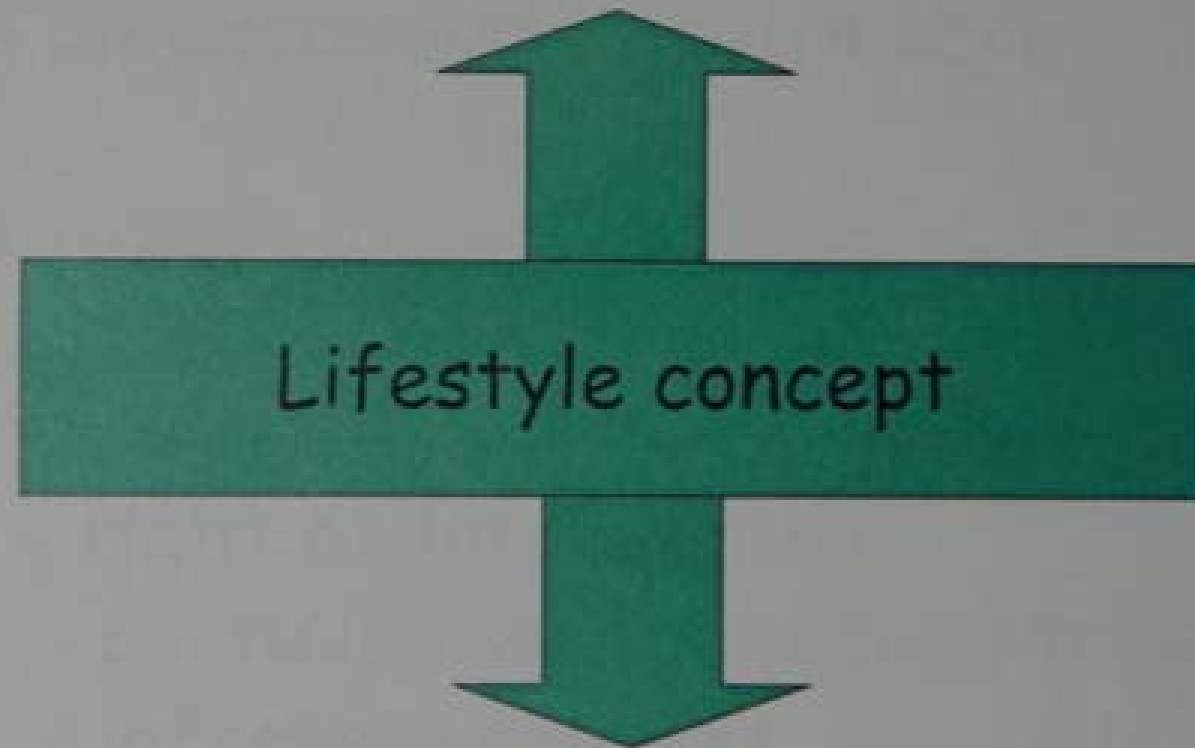
運 営 : 民間非営利団体

対応者 : H.Kasius 氏 (施設長)
: M.W.Kappe-van Workum 氏





Vision on care



Lifestyle concept

Vision on organisation

vision on care

traditional concept

medical model



- * illness
- * restrictions
- * phase of dementia
- * hospital environment

lifestyle concept

social-relational model



- * normal life
- * possibilities
- * personal lifestyle
- * familiar environment

focus on

integration of care and living

vision on organisation

- * decentralization
- * three integrated fields of management
personel / care / living
- * small scale lifestylegroups
- * integration of domestic activities in the
lifestylegroups
- * clubs
- * open and stimulating working-environment

痴呆ケアの方向性

伝統的概念

医療モデル



生活スタイルの尊重

社会(関係)性重視モデル

要約すると

☆疾病中心の考え方

☆抑制的処遇

☆痴呆の程度に応じた処遇

☆病院的環境

☆普通の生活

☆可能性の追求

☆各自の生活リズムの尊重

☆家庭的な環境

暮らしとケアの統合(生活単位と介護単位的一致)

施設(組織)運営の方向性

- ☆集中管理型ケアからの脱却
- ☆3つの分野を統合したケアのマネジメント
一人ひとりの個性 / 少人数のケア / 日々の生活
- ☆各自の生活スタイルに応じた小規模なグループ
- ☆生活スタイルを共有するグループの中で
各人の家庭内での役割を分担
- ☆共通の趣味と余暇活動
- ☆心地よい刺激と開放的な環境の下での
役割を持った生活

現状

- 在宅サービスメニュー、量の不足
- 居住系整備不足

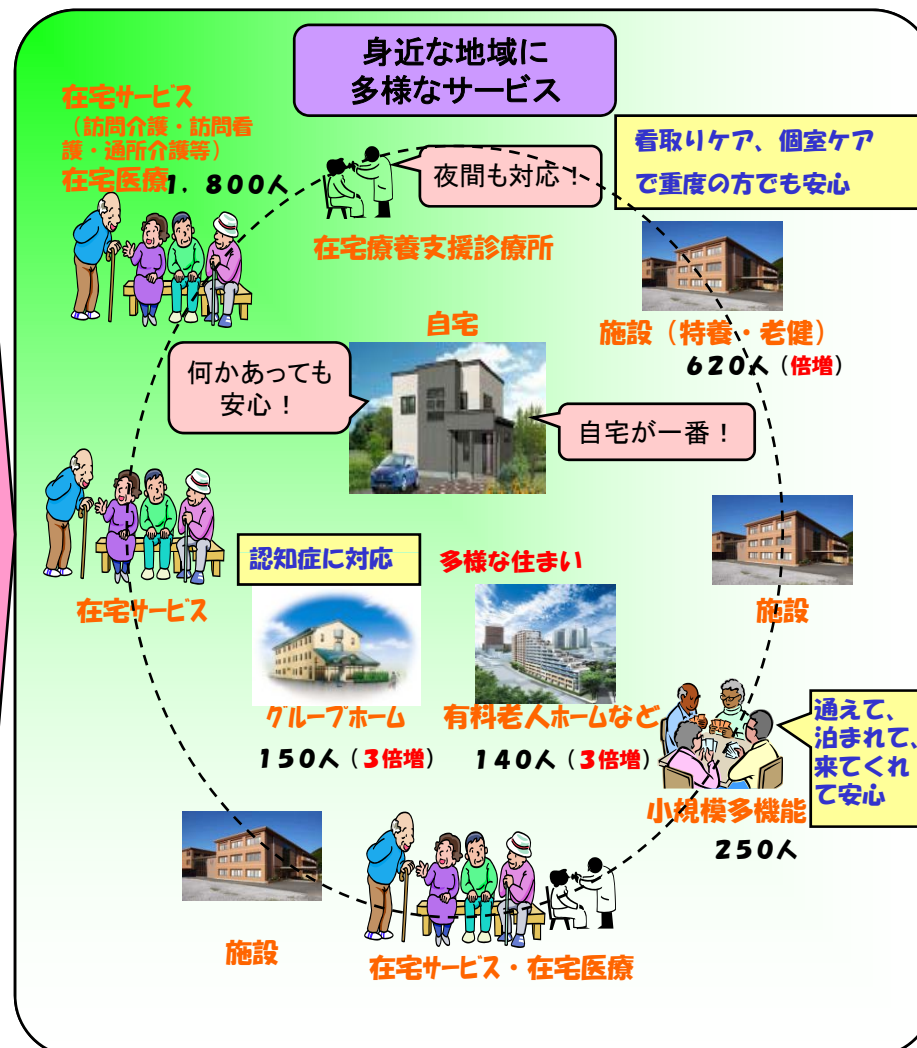
<人口5万人の場合>



65歳以上: 11,000人 (うち、75歳以上: 5,000人)

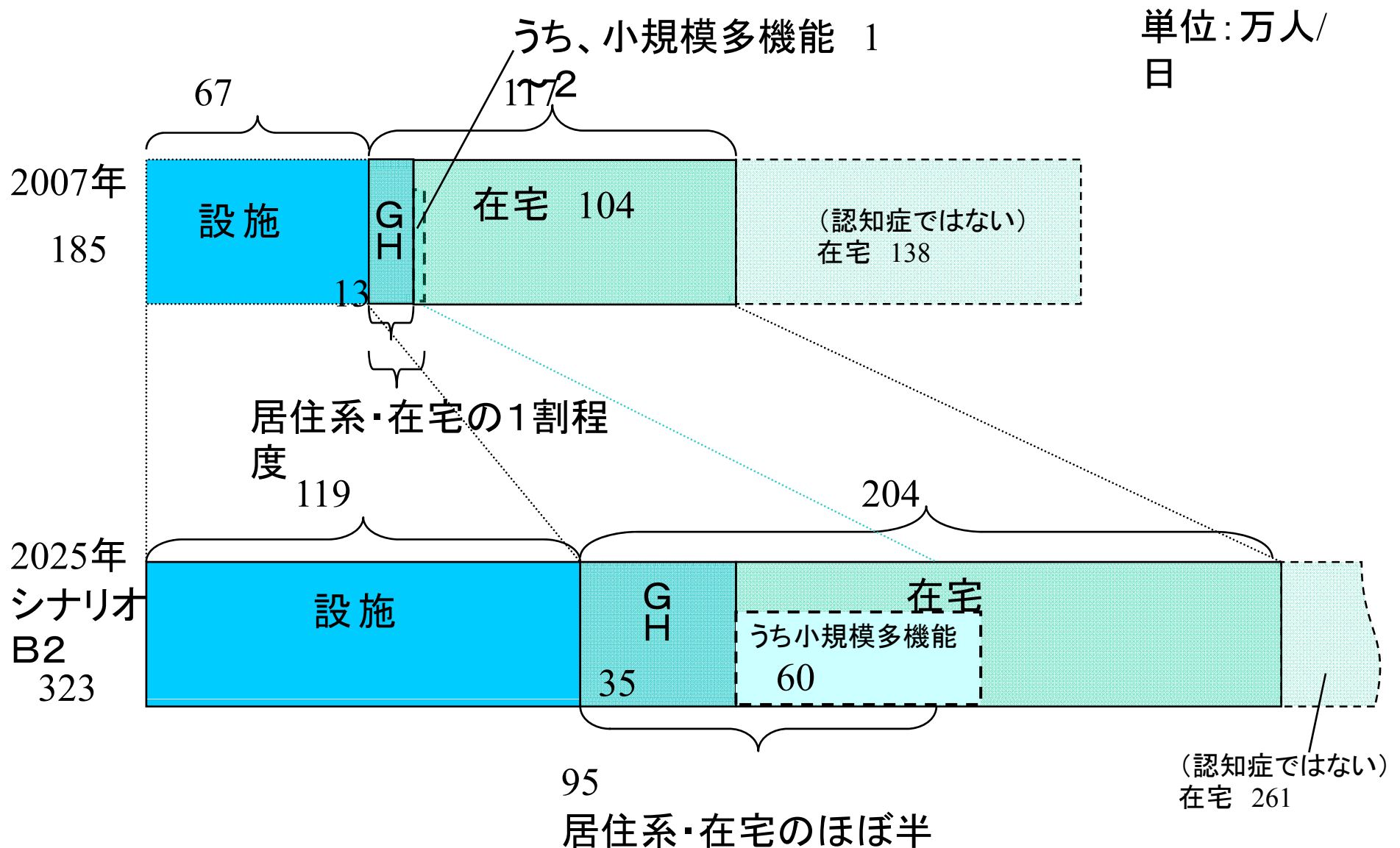
2025年の姿

- できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける
- 自らの希望と選択でよりよいサービスを受けることができる
- 施設・居住系サービスをスウェーデン並みに拡充
- 24時間対応など多様な在宅サービス
- 施設も地域に密着した小規模化、ユニットケア



65歳以上: 15,000人 (うち、75歳以上: 9,000人)

認知症高齢者ケアの全体像イメージ(認知症自立度Ⅱ以上)



(注) 増加する認知症に対応するため、中学校区(全国に約1万校区)に3箇所程度(定員20名)の小規模多機能を整備するものと仮定し、グループホーム(GH)と小規模多機能サービスにより施設以外にいる認知症高齢者のほぼ半分をカバーできることとなる。