

# 介護の“カタチ”を変える地域密着型サービス

社会研究部門 山梨 恵子  
yamanasi@nli-research.co.jp

## はじめに

介護保険制度改正にともなうサービス体系の見直しでは、新たなサービス類型として“地域密着型サービス”が登場した。これらは、要介護者の住み慣れた地域での暮らしを24時間体制で支えるという観点から構成されている。

サービスの目玉ともいえる小規模多機能型居宅介護は、制度化される以前より介護現場で生まれた「宅老所」<sup>(注1)</sup>などがモデルとなっている。先駆事業者の多くは、大規模施設における認知症介護の限界に直面した経験を持ち、「残された能力を奪わないケア」、「高齢者に寄り添うケア」、「その人本来の姿と普通の生活を取り戻すためのケア」を目指して試行錯誤を重ねてきた。そして、そのこだわりが、小規模、多機能、地域密着、という新しい介護の“カタチ”を生み出した。

本稿は、このサービスの意義とねらいを踏まえつつ、地域密着型サービスの利用により高い効果が期待できる認知症高齢者に焦点をあて、今後の普及に向けた課題を探るものである。

## 1. キーワードは小規模・多機能・地域密着

### (1) 地域密着型サービスの類型

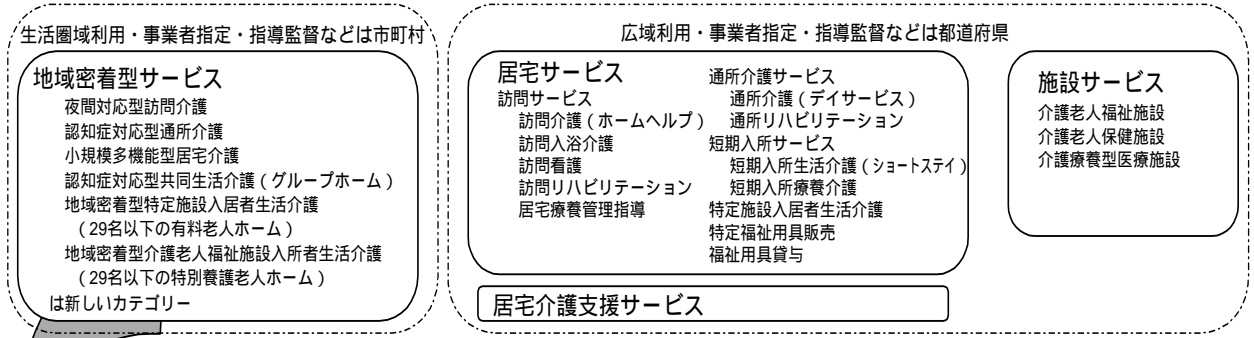
これまでの介護保険サービスは、「居宅サービス」と「施設サービス」の2類型だったが、来年度4月からは「地域密着型サービス」を加えて、3類型となる。

地域密着型に含まれるサービスには、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護などの新メニューのほか、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（以下グループホームという）、地域密着型特定施設入居者生活介護（定員29名以下の有料老人ホーム）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（定員29名以下の特別養護老人ホーム）等の従来型サービスが再編成される（図表 - 1）。

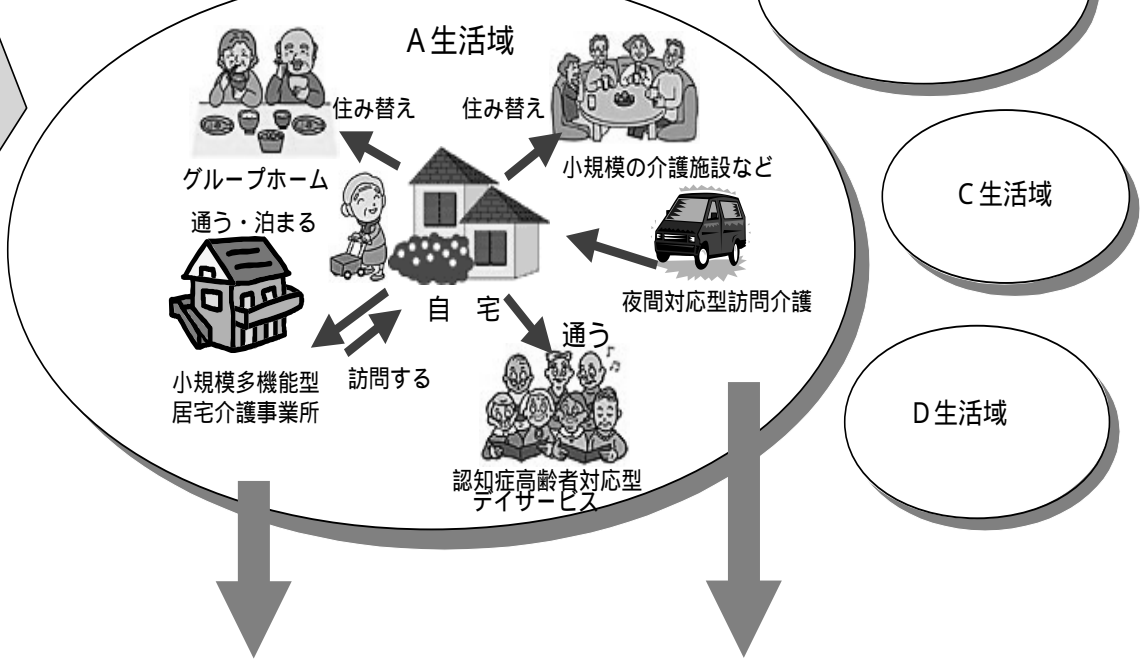
もともと認知症介護に端を発したサービスであるが、その基本的な考え方がすべての高齢者に通じる取り組みであることから、利用対象者は認知症の有無に関わらず要介護認定者すべてとなっている。

以下では、今回の改正で創設された新サービスを紹介する。

図表 - 1 改正後の介護給付サービスメニューと地域密着型サービスのイメージ

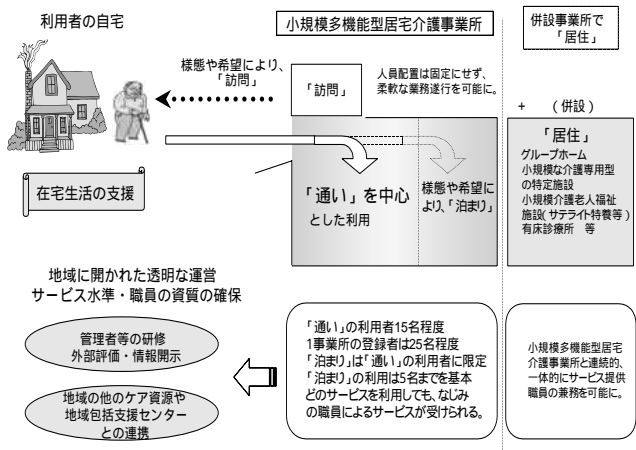


- 1: A市の住民のみが利用可能
- 2: 地域単位で適正なサービス基盤整備
- 3: 地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定 ( ) ( ) 国が定める報酬の水準が上限
- 4: 公平・公正透明な仕組み



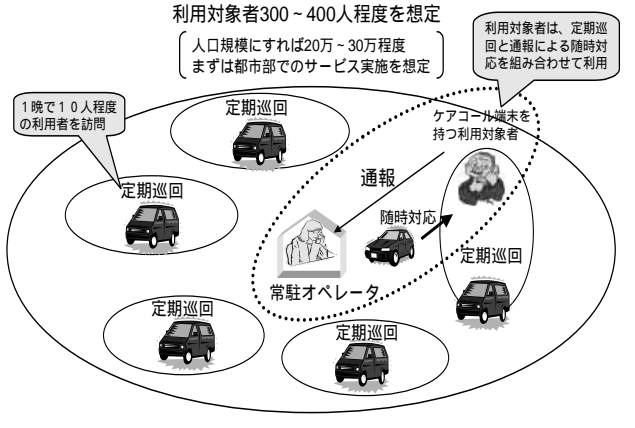
小規模多機能型居宅介護のイメージ

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」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。



夜間対応型訪問介護のイメージ

基本的な考え方: 在宅の場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要。定期巡回と通報による随時対応を合わせた「夜間専用訪問介護類型」を創設



(資料) 厚生労働省資料をもとにニッセイ基礎研究所作成

### 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、通い(日中ケア)を中心に、利用者の様態や希望に応じて訪問介護(訪問ケア)や宿泊サービス(夜間ケア)などを組み合わせて提供する。

1つの事業所に複数機能を持たせることで、在宅介護における24時間365日の安心感もあわせもつ。1日の利用定員は15名程度を限度としており、20~25名程度の利用者登録を想定している。

従来型のように、訪問介護、通所介護、ショートステイなどのサービスが別々の事業者から提供されると、それぞれの場面で利用者に対応するスタッフが異なるために馴染みの関係やケアの連続性が保ちにくい。特に、認知症高齢者は記憶や認知機能の障害のために、自分のいる場所がわからなくなったり、周囲の変化に対応できなくなるなど、不安や混乱から症状の悪化を引き起こしやすい。

小規模多機能型居宅介護では、日中、訪問、夜間など、それぞれ違う場面でも同じスタッフによる連続性のあるケアを受けられる。また施設の縮小化によって、要介護者はサービスを生活の一部として捉えられるようになり、サービス提供者側も要介護者の個別性に応じた対応がしやすいというメリットがある。

### 地域夜間対応型訪問介護

地域夜間対応型訪問介護は、在宅介護でも24時間安心できる体制を強化するものである。利用形態は定期的な巡回訪問と、通報による随時対応訪問があり、両者を組み合わせながら包括的にサービスを提供する。基本的に、夜間の安心感を確保する必要がある者として、排泄、入浴、衣服の着脱などの全介助を要する要介護3以上が対象となる。

### (2) 運用

従来型のサービスでは、サービス事業者の指定、指導監督は都道府県の権限であったが、地域密着型では市町村保険者が主体となる。指定基準や介護報酬なども、一定の範囲で市町村の裁量による変更が認められている。

ただし、利用者は原則として当該市町村の被保険者のみとされ、市町村をまたがった利用はできなくなる。(ただし、1つの事業所が複数の市町村の指定を受けていれば、近隣市町村にあるサービスを利用することも可能な場合がある。)

## 2. 在宅認知症介護の状況

次に、在宅における認知症介護の状況や家族介護者の困難を確認したうえで、地域密着型サービスの意義とねらいを整理する。

### (1) 家族のストレス

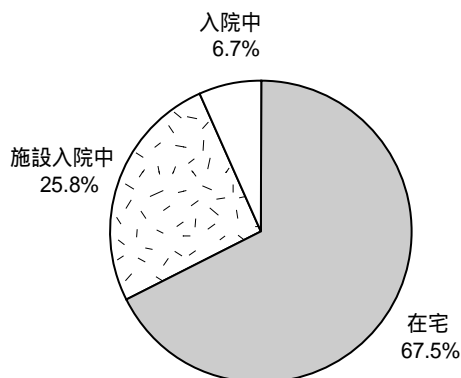
「呆け老人をかかえる家族の会」の会員を対象とする調査結果では、認知症高齢者の在宅介護率は67.5%となっている。また、介護者の平均年齢は61.0歳と高齢であり、介護者の74.3%が女性となっている(図表-2, 3)

認知症は、家族など周囲の者が認知症という病気を十分理解し適切に対応しなければ、徘徊、不潔行為、暴力などの行動障害を誘発することが多い。認知症に関する理解や対応方法への認識の浅い家族は、突然起こる様々な出来事に困惑し、戸惑いや不安とともに多くのストレスを抱えることとなる。

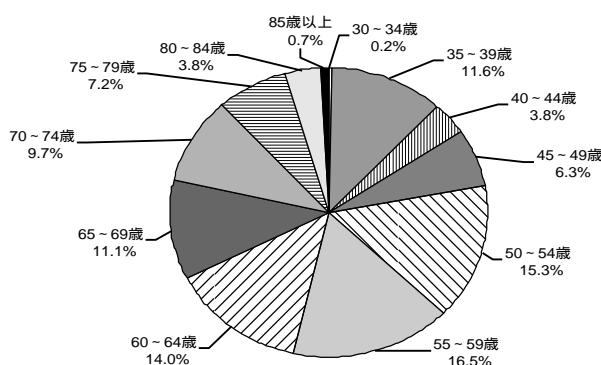
認知症介護は、本人の認知機能が低く、身体機能レベルが高いほど(いわゆる動ける認知症)介護者の身体的、精神的ストレスが高くなる。逆に、認知機能が低くても、寝たきりの高齢者

であれば1人で出歩く危険や他者とのトラブルそのものが発生しなくなるため、介護者のストレスは減少することになる（図表 - 4）

図表 - 2 介護している場所



図表 - 3 介護者の年齢



（資料）図表 - 2, 3とも「介護保険に関するアンケート調査報告書」社団法人呆け老人をかかえる家族の会

図表 - 4 介護者がかかえる七つの問題点

介護そのものに要する身体的・精神的負担
知識不足からくる身体的精神的負担
周囲の理解不足、支持不足からくる孤立感
ごくあたりまえの社会生活を送れないという問題
突然の変化に対応できるかどうかという不安
部屋の広さなどの物理的条件
介護にともなう経済的負担

（資料）「ぼけの法則」川崎幸クリニック院長杉山孝博著

図表 - 4の にあげられる「周囲の理解不足、支持不足からくる孤立感」は、周囲に症状の深刻さや本当の苦勞が理解されないため、介護者が孤立無援の状態に追い込まれやすい状況を示

している。これは、認知症を一番身近でよく面倒をみている介護者ほど、本人の症状がひどく出やすいという特性による問題といえる。

また、認知症に対する地域住民の理解不足や病気に対する誤解は、家族介護者の“家族の認知症を隠そうとする心理”につながり、“家の中に閉じ込める” “症状の悪化を招く” “介護者のストレスが増加する”といった悪循環を引き起こすことにつながる。

さらに、の「ごく当たり前の社会生活を送れないという問題」は、認知症が常時、見守りや介助を要する状況から、介護者の日常生活が束縛され、習い事や旅行だけでなく、買物や近所づきあいなどの日常的な家事さえ困難な状況に追い込まれることを示している。

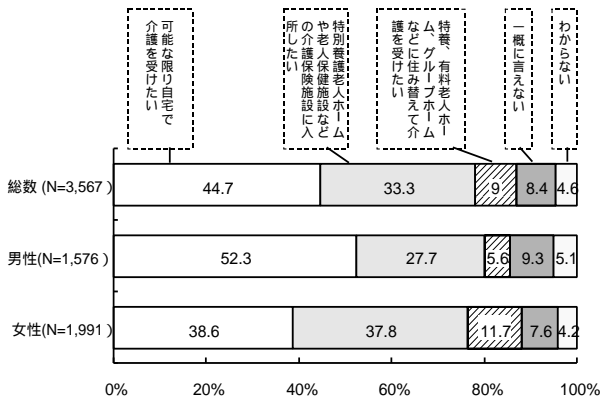
## （2）在宅生活の鍵をにぎるレスパイトサービス

自分自身が将来介護を受けたい場所に関するアンケート調査（高齢者介護に関する世論調査：図表 - 5）をみると、「可能なかぎり自宅で」とする回答が44.7%と半数を占める。男女別でみると、在宅介護を希望する人は、女性（38.6%）よりも男性（52.3%）の方が多い。

24時間365日の介護力が保障される施設介護より、在宅を希望する割合が高い結果となっている。

ただし、要介護高齢者の半数は認知症をとまなうことから、「症状が悪化した時にどこで介護を受けるか」という点では、本人の意思より家族や周囲の判断が優先されやすい。在宅介護を長く続けるには、家族介護者が心身ともにゆとりを持った介護を行えることが鍵となる。

図表 - 5 介護を受けたい場所



(資料) 内閣府大臣官房政策広報室「高齢者介護に関する世論調査」(2003年7月調査)

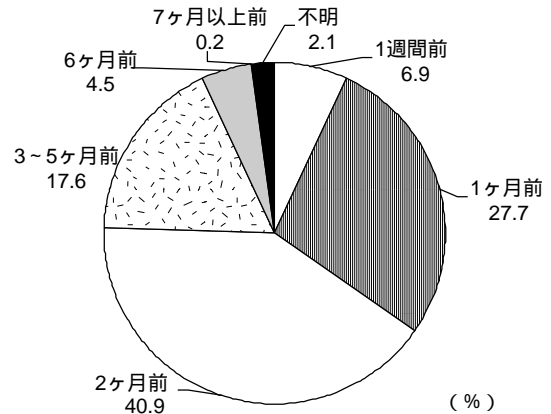
このため、日中安心して預けられるデイサービスや緊急時にも対応してくれるショートステイなど、家族介護者が「ほっとする時間」を確保できるレスパイトサービス (respite service)<sup>注2)</sup> が極めて重要な意味を持つことになる。

しかし、現状では、ショートステイもケアプランによる計画的利用が優先されるため、介護者の病気や緊急的な利用としてはほとんど使えないのが実態である。

ショートステイの申込時期に関する調査結果をみても、全体の4割が2ヶ月前に、3割が1ヶ月前に予約している。3ヶ月以上前からの予約も2割以上あり、緊急時にサービス利用を希望してもほとんど空きがない状況となっている(図表 - 6)。また、空きのあるショートステイ施設を探しても、馴染みのない施設の生活は認知症高齢者の不安と混乱を助長し、帰宅したときには症状が悪化しているというケースも少なくない。

一方、デイサービスを利用して、家族介護者が就業したいと思っても、通勤時間や個別事情に対応できる体制は整えられていない。このため、介護者が仕事をやめたり、施設介護を選択せざるを得ない状況に追い込まれることもある。

図表 - 6 ショートステイ申し込み時期



(資料) 「ショートステイ利用に関する「ニーズ」と「サービス調整」の実態調査」東京都社会福祉協議会報告書2003年2月

小規模多機能型居宅介護は、毎日のように通える日中ケアを基本に、利用者の希望や様態に応じて泊まりの機能も備えている。絶対的に不足している緊急時対応の宿泊機能が確保されることは、家族介護者にとっての力強い支援体制となるであろう。

また、在宅生活の継続が困難になって居住サービスが必要となった場合も、グループホームや小規模施設に移り住むことで、住み慣れた地域に暮らし続けることが可能となる。

### 3. 市町村が鍵をにぎる地域密着型サービス

前述の通り、地域密着型サービスの事業者指定権限および指導・監督権などは市町村が持つことになり、一定の範囲内で指定基準や介護報酬の変更を行うことが可能となる。市町村中心の運営になることを踏まえて、サービス普及・定着に向けた課題を考える。

#### (1) 基盤整備

地域密着型サービスの基盤整備にあたっては、市町村による日常生活圏域の設定にはじまり、必要量のサービス拠点を設置するための「市町村整備計画」を作成することとなる。

日常生活圏は、各市町村の面積や人口だけでなく、旧行政区、住民の生活形態、地域づくりの活動単位など、それぞれの地域の特性を踏まえて設定し、それぞれの圏域ごとに利用量を定めることとなる。

そのため、これまで都道府県認可のもとで建てられてきた中小の介護専用型特定施設（有料老人ホーム）やグループホームも、「市町村整備計画」を超える設置は困難となり、事業の新規参入に歯止めがかかることが予測される。

裁量権の移譲により、地域の実情に応じた基盤整備が期待できる一方で、保険者たる市町村の財政状況によってサービス供給の不均衡を生じさせないことも課題の1つである。

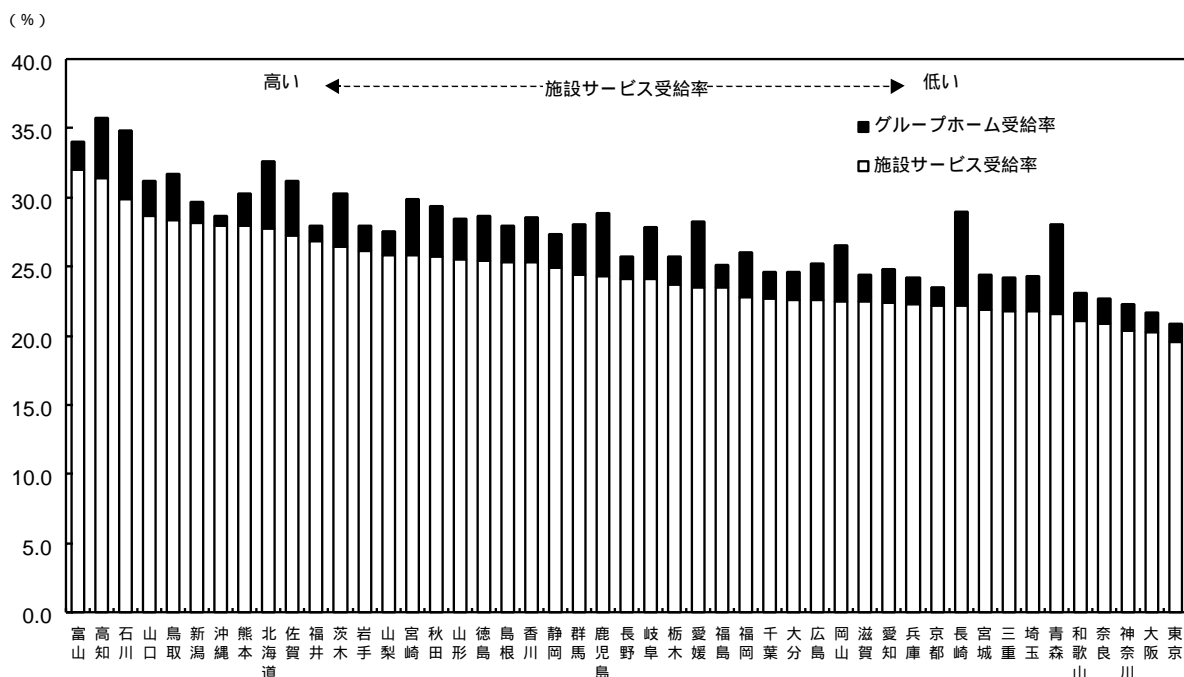
図表 - 7 は、介護保険の施設サービスとグループホームの受給割合を都道府県別に比較したものである。グループホームは、制度施行当初250箇所程度だった事業所数が僅か5年で7,000箇所に増えている。全国規模でみると急速な勢

いで整備が進んできたといえるが、都道府県別にみると整備状況には大きなばらつきがみられる。長崎県、青森県では突出してグループホームの整備が進んでいるものの、3施設の拡充が進んでいる沖縄県、福井県といったところでは受給率が低く、必要なサービスがバランスよく供給されている状況とはいえない。さらに、現状の介護保険月額保険料についてもかなり高額な地域差（上位と下位の差は4千円以上）があるという状況を踏まえれば、今後ますますサービスの基盤整備に格差が生じることも懸念される。

介護保険第2次事業計画において、国が示した施設整備の参酌標準（65歳以上人口に対する施設利用者数の比率を3.4%としている）では、3施設<sup>(注3)</sup> + 特定施設（有料老人ホーム） + グループホームの合計で目標値を示している。

しかし、全体の需給量でバランスをとっても必要なサービスが整備されているとはいえない

図表 - 7 都道府県別・施設サービスとグループホームの受給割合



施設サービス受給率 = 介護保険3施設（特養、老健、療養施設）受給者人数 ÷ 受給者総数  
 グループホーム受給率 = グループホーム受給者人数 ÷ 受給者総数  
 (資料) 厚生労働省介護給付費実態調査2005年5月審査分をもとに集計

く、床数の確保のみにとらわれれば、それぞれのサービスの特徴や意義が活かされにくい。要介護認定の状態、認知症のレベル、家庭環境などにより、個々の利用者に適したサービスの選択ができるような整備を行う必要がある。そのためには、新規事業者の抑制に目を向けるばかりでなく、大型施設の一部を在宅支援で不足しがちなショートステイに切り替えることや、特養のサテライト化を促進するなど、サービス全体のバランスの中で計画を進めていく必要がある。

## (2) サービスの質の確保

市町村主導の基盤整備におけるもうひとつの課題はサービスの質の確保である。

まず、第一に「市町村整備計画」に基づくサービス拠点の整備では、市場原理が働き難いという点が懸念される。計画量が満たされれば、新しくその地区に参入できる事業者はいなくなる。そこでは事業者間の競争が起こらず利用者は唯一のサービス事業者を選択せざるを得なくなる。このような状況下では、サービス提供者に対して利用者が弱者となりやすく、関係悪化を恐れて要望や意見を出しにくくなる状況は制度施行以前の措置時代をほうふつとさせる。

次に、新規サービスの普及期における事業者の見極め方や地域密着型サービスの理念の浸透の難しさである。前述の通り同一圏域内でのサービス競争は起こりにくいものの、日常生活圏域を単位とする新規サービスの基盤整備では、相当数の新規参入者が見込まれる。新規サービスの普及期における課題は、昨今のグループホームの姿にも見ることができる。宅老所や小規模多機能施設に先駆けて制度に取り込まれたグループホームは、事業所の激増を背景にグループホームケアの理解浸透が追いつかず、本来目

指していたケアとは違う姿のグループホームが顕在化してきている。

介護報酬の不正請求、利用者への虐待などで指定取消しに至った悪質なケースばかりでなく、グループホームを収益事業としてのみ捉えて、利用者の“生活”に目を向けられない事業者が少なからず存在することは否めない状況である。

監督者たる市町村は、事業者の適正やケアの質を見極める力量と評価するしくみづくりが求められる。

## 4. 地域に暮らすということ ～普及と定着に向けて～

認知症の中核症状は記憶力、認知力、思考力などの障害である。記憶の連続性がないために自分がどこにいるか、何をしているかがわからなくなる。また、昔と今の記憶が混在したり、知的機能の低下のために、言動が“わけのわからない”ものとして受け取られてしまう。

しかし、認知症になっても能力が全て失われてしまうわけではない。「昔取った杵柄」で上手に裁縫をする人もいれば、子供の面倒や大工仕事ができる人もいる。症状が重くなり、グループホームなどの専門ケアが必要になっても、日常生活では庭の花に水をやり、草むしりをし、たとえ掃除機の使い方を忘れても、買物の途中で買物に来たことを忘れても、損なわれた機能を補ってくれる助言や支援があれば、それまでと同じように地域生活を続けることは可能なのである。

ところが、認知症高齢者が特別養護老人ホームなどの大型施設に生活の場を移すと、従来の生活は一変してしまう。大型施設の持つ24時間365日の介護体制や安心感のある暮らしの中には、衣食住が満たされるサービス体制があるの

と同時に、草むしりや食事の心配をする必要はなくなり、それまで自分で行ってきた日常生活の行為そのものの機会を失うこととなる。

最近では逆デイサービス<sup>(注4)</sup>やユニットケアなどの取組みも活発化し、入居者に対するノーマライゼーションが見直されつつあるが、自宅から遠く離れた施設に入れば一時帰宅することもままならず、住み慣れた地域や馴染みのある人々とは隔絶された生活になりがちである。

環境の変化に弱い認知症高齢者の多くは、広々とした馴染みのない空間と大勢の見知らぬ人々に囲まれた生活の中で、不安と混乱を増幅させながら症状の悪化や周辺症状の出現(いわゆる行動障害)を招いていく。

認知症の人も最期の一瞬まで、その人らしさと普通の暮らしを続けられる支援システムが心から求められる。そして、その可能性は地域生活の中にこそ存在しており、地域密着型サービスの意義は、そういった可能性を制度として支えていくところにある。

地域密着型は、自宅近くにあるサービス拠点という“立地”だけではなく、「立地を活かしたケアの中身」や「地域と利用者の関わり方」にも大きな意味を持つ。また、認知症高齢者の地域生活には、住民や町ぐるみの理解と支援が欠かせないことから、このサービスの創設を契機とした地域の啓発活動や連携のしくみづくりにも期待が寄せられるところである。そして、サービスの普及・浸透にあたっては、監督者たる市町村が地域密着型サービスの理念を今一度理解し、個々の利用者の様態に応じた柔軟なサービス提供体制が図られるよう、指定基準だけに頼らない柔軟性と適切な判断力を持って取り組むことが期待される。

川崎幸クリニックの杉山孝博医師の著書では、「ぼけがあるからこそ、私たちは、人生の

最期をつらい思いをしなくて迎えることができている」(杉山孝博著「ぼけの法則」20ページ)と説明しており、認知症が死を迎える準備として自然現象的に起こる症状だという考え方が示されている。

要介護高齢者160万人のうちの半数が何らかの支援を必要とする認知症であるといわれている。認知症は誰にでも起こりうる身近な問題として受けとめ、サービスの問題を考えていく必要がある。

#### (参考文献)

- ・「ぼけなんかこわくない・ぼけの法則」川崎幸クリニック杉山孝博著
- ・「痴呆の人の「思い」に関する調査」社団法人呆け老人をかかえる家族の会調査報告書2004年10月
- ・「ショートステイ利用に関する「ニーズ」と「サービス調整」の実態調査」社会福祉法人東京都社会福祉協議会報告書2003年2月

(注1) 法律等の定義はなく、民間の独自の発想でサービス提供が行われてきた。従来の施設などとは趣が異なり、民家などを改修した建物を使っていることが多い。地域に根ざした家庭的な雰囲気の中で少人数のケアサービスが行われ、既存サービスでは手がとどきにくい部分にもきめ細かいサービスを提供する。

(注2) 介護を要する高齢者や障害者を一時的に預かって家族の負担を軽くする援助サービス

(注3) 介護保険制度では、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設(老人保健施設)及び介護療養型医療施設(療養病床等)の3施設が介護保険施設として、施設サービスを担っている。

(注4) 施設の入所者が、日中だけ住み慣れた地域におもむいて過ごすというデイサービスの逆のスタイルをいう。地域の民家などを借りて職員とともに炊事や洗濯などを自分自身でこなしながら、自宅にいるような日常生活を過ごす。このような体験を重ねるうちに、認知症などにも大きな効果があるとされている。