

■ 現状分析

■ 小規模多機能型居宅介護の現状と課題

有限会社ハヤカワプランニング / 代表取締役 早川 浩士

■ 「小規模多機能サービス」と「小規模多機能型居宅介護」

2006年の介護保険法改正で誕生した「小規模多機能型居宅介護」の原型は、1980年代に誕生した「宅老所」と呼ばれる取り組みをモデルとして多機能サービスを付随して制度化したものであり、諸外国にもモデルがない日本独自サービスといえる。

多くの「宅老所」は、古民家を改修して作られたのが多く、少人数の高齢者(主に認知症の方々)をあずかるものを総称し、日中のみあずかる「通い(デイサービス)」を主体としながら、スタッフによる「訪問(介護)」、1泊から一定期間の「宿泊(ショートステイ)」など住む場所の提供が行われてきた。

とはいえ、宅老所の取り組み方に注目が集まるようになったのは、介護保険制度が施行されてからであり、それまでの間、このようなサービスそのものを異端児的な目で見えてきた時代があったことも確かである。

また、老人福祉法等の関係法令に規定がなく、したがって、設備、人員配置等の基準もなかったことから、地域のニーズに合わせた独自のサービス提供を行ってきた先駆者の実践的な取り組みが、制度施行とともに、全国的に広がってきたという歴史を背負ってきたことを見過ごしてはなるまい。

地域密着型サービスの中に創設された「小規模多機能型居宅介護」の基本的な考え方は、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じた随時、訪問や宿泊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という仕組みによって構成されたものだ。一見すると宅老所の行ってきたサービス機能と大きな違いは見られない。

だが、宅老所の中には「小規模多機能型居宅介護」に転換しなかったところが少なくない。

転換を回避した背景には、次のような要因が挙げられる。

1つ目は、登録制による既存サービス利用者の継続利用が断ち切られること。

2つ目は、地域密着型サービスのため、周辺他市町村の利用者が使えなくなること。

3つ目は、介護報酬の設定が中重度者に傾斜配分されていること。

つまり、この新サービスに対する「宅老所」の評価は必ずしも高いとはいえない。

また、「宅老所」が従前から行ってきた「小規模多機能サービス」と呼ばれる介護サービスが存在する一方、新制度に基づく「小規模多機能型居宅介護」と名乗る新たな介護サービスの出現によって、むしろ、利用者及びその家族に対していらぬ混乱を与えてはいないだろうか。

あえてここで、元祖と本家を比較・対峙するものではないが、たとえば、歯科診療のような自由診療と保険診療の選択と考えるべきなのか、はたまた公立小学校と私立小学校の違いなのか。いずれにせよ、“小規模多機能”を前提とした介護サービスを提供する仕組みに対する選択肢が全国に広がってゆくことだけは確かだ。

似て非なる介護サービスの並存は、ひとえに保険者の才覚と裁量による賢明なる理解と判断が求められるところだが、強制的に「宅老所」から「小規模多機能型居宅介護」への転換を促しているところもある。これも課題の一つであるとする。

■ 「小規模多機能型居宅介護」の明暗

このサービスは、グループホームや介護施設などと同様に利用者の給付額をプールして、その時々ニーズを捉えてサービスが提供される仕組みとなっている。

つまり、在宅でありながら、3つのサービスを柔軟に組み合わせ使える仕組みとなっているところに特徴がある。

「通所介護」との違いは、ある日は半日、ある日は数時間の「通い」の利用など状況に合わせた対応がとれることから、利用者の送迎時間もまちまちとなり、必ずしも乗り合い形式による送迎とはならず、利用者の一人ひとりに合わせた対応が可能であり、サービスの始点、終点が決まっていないという特徴がある。つまり、「4時間－6時間」などの決められた時間の縛りが無いことである。

「訪問介護」との違いは、身体介護や生活援助、夜間巡回などと異なったサービスの提供が可能となる。地域包括支援センターから紹介されたという、若年性認知症の妻を在宅で介護する夫（タクシーの運転手）の事例である。認知症を患う妻に対する要望は、ひとえに定期的な安否確認と見守りであったという。若年のために本人が通所介護を拒否するため、訪問介護を中心とした組み立てを求めたというが、家事援助の必要度も低いことから、なじみの関係を構築しながら徐々に利用の形態を変えていく予定とのこと。自宅での生活を中心におきながら、状況に応じて適宜、サービスの組み立てを変えていくことが中心となっていて、身体介護中心の訪問介護とは明らかに違ったサービスが提供されている。

「短期入所」との違いは、「泊まり」が定められていたとしても、状況や環境の変化によって変更が可能であることから、自宅に帰ったとしても、引き続き介護スタッフによる訪問介護が受けられるという対応が容易にとりやすいことである。2泊3日の利用だとしたら、「泊まり」の2日間とは別に、日中の3日間は「通い」という扱いとなる。

「小規模多機能型居宅介護」のよさは、他の在宅サービスに比べ、柔軟性が高いという点につきる。

とはいえ、開設から1年を経過しても登録者の数を20人確保できていないところが少なくない。延べ登録者数が25人を超えたものの、そのうち10人が登録解除（入院及び介護施設へ）したなどから、出入りの激しさに悩むところもある。

「通所介護」「訪問介護」「短期入所」など、現在使っている在宅サービスを継続して利用することが不可能なことから、既存のサービスを受けている利用者の切

り替えは稀でしかない。登録者の多くは、認定されながら各種の困難ケース（多くの場合認知症を伴う）から未利用の状態にあった方、病院、老健、療養病床などから退院を迫られて引き受けた方などである。

2007年6月に開設して丸4ヶ月で20人の登録を達成した事業所がある。しかも、初月から12人の登録を確保したという。その地域では初の開設ということで、事前に地域周辺の住宅や商店など400軒の一軒ずつ、職員が念入りに訪問による説明を行った。通常、門前払いが避けられないと思われがちな戸別訪問だが、母体の診療所を運営する医師の評判の高さが浸透していたことも手伝って、面談を拒否されることが一軒もなかった。

この役を担った職員は、地域に出向いたことで、改めて信頼されている医療機関であることが痛感できたと共に責任の重さを強く自覚させられた貴重な体験であったこと語ってくれた。登録の内訳は、在宅サービスの切り替え5人(内他のケアマネからの紹介が3人)、老健からの退所3人。残り12人の多くは、自宅で暮らす男性未利用者という構成。20人の半数が男性によって占められている。

2006年9月に開設した事業所の場合、管理者自ら地域の開業医、病院の医療連携室、老健などへの訪問と連携を約1年の間、地道に取り組んできた結果、登録数は16-17人程度と少ないものの、半数が要介護度4以上を占めることから月額介護報酬が400万円台を推移。登録定員数を18人と低く設定するなど、人員配置にも工夫を凝らしてきた。1年の経過を踏まえ、登録数はようやく22人まで引き上げる判断を下したという。

このような事例もあるということだ。

必ずしも単独の開設ではなく、「通所介護」「特定施設」「サテライト特養・老健」など、他の介護サービスを併設や介護予防事業の着手、更には、高齢者住宅など保険外事業に踏み込んだ事業展開するなど、収入の強化を図ることで経営基盤の安定化を図るところも少なくない。

■ 今後予想される当該事業の課題は3つ。

1つ目は、経営難から合従連衡が避けられない。

登録者が5～8人から伸び悩んでいる、要介護度の平均が低いなどから介護報酬の総額が当初の見込みを下回って、収支計画に支障を来たして資金難に陥る事業所（特に単独開設による）が経営権を手放すことが十分に考えられる。俗に居抜きと称する事業譲渡である。第4次計画に入った際は、グループホームに転換することを想定しての暫定的な開設もある。当のグループホームだが、経営不振から引き受け先もなく高齢者住宅に転用したという事例もあるのだが・・・。

2つ目は、療養病床の廃止、縮小などから再編に伴う医療ニーズの拡大が避けられない。

2011年度までに介護療養型医療施設の廃止、医療療養病床の縮小などの再編により在宅に誘導される医療ニーズの高い利用者が、このサービスの利用機会を増やすことが考えられる。

たとえば、胃ろうや在宅酸素への対応などを含めた医療処置にも踏み込んだ対応が迫られることになろう。グループホームが辿ったターミナルへの経緯から押し量れば、避けて通るわけには行くまい。

3つ目は、介護スタッフの募集（欠員補充）難から、事業規模の維持が困難になることが避けられない。

このサービスに限ったことではなく、介護業界自体にとっての難題でもある。とりわけ、「24時間・365日」「個別ケア」「認知症ケア」など、サービスの質の向上を謳うグループホーム等の介護現場では、専門研修事業、評価事業、運営推進会議等への取り組みに伴って、勤務シフトに全く余裕のないところが少なくない。

このサービスの勤務体制にも、グループホームと似たような点が内在していると考えられるだけに看過するわけにはゆくまい。

提案だが、現役第一線の介護職から、就業（労働）に関する満足度調査の実施和すべきである。

もっばら、要介護者の介護環境改善にスポットを当ててきたこれまでの取り組みは、多床室から個室化、在宅サービスの24時間365日化に向け、着実な移行が進んできた。

利用者満足（CS=Customer Satisfaction）は、スタッフ満足（ES=Employee Satisfaction）と一対であるべきだが、フルタイムサービスの提供は、サービスの密度が濃くなるので、余裕のない職員配置によるローテーションでは、職員一人ひとりに強いる恒常的な不規則勤務体制は身体的にもきつく、体調不良を訴える一因となって、定着率の低下につながっている。

利用者、事業者から、今後は、就労者視点、つまり、雇用や就労環境の改善にも踏み込んだ施策と対策が求められている。

氷河期ともいうべき介護業界を襲う人材難の時代を迎えた昨今、介護の仕事はやりがいがある、しかし、労働環境が整備されておらず、収入は低く、長続きしない、との声に対して、真摯に謙虚に耳を傾けねば、すべては砂上の楼閣となりかねない。

このような緊急事態にあることこそが、喫緊の課題と考えねばなるまい。

■ 最後に

このサービスを提供する幾つかの事業者の声を紹介する。

自立支援のはずであるのに、機能訓練指導員の配置がない。これに伴って、訪問リハビリ、訪問入浴のニーズがあり、自主事業として取り組む予定である。

看護職員の配置義務はあるが、常勤の必要はなく毎日の配置も必要とされていない。医療的な判断が欠かせないことから、看護師の常勤配置が避けられない。

認知症が中心の方と身体介護が中心の方には、自ずと支え方に違いがある。これに伴って、認知症ではない方へのサービス提供に支障を来すことがある。それぞれに必要なケアに特化した特色を打ち出す検討を行っている。