

# 小規模多機能ケアの誕生と 今後への期待

介護保険サービスの一つ、小規模多機能型居宅介護が2006年に制度化されてから4年が経ちます。地域密着型サービスとして、在宅支援と個別ケアをうたい、1事業所がその人の暮らしに寄り添って柔軟に対応する新しい形は、なかなか周囲の理解を得られず奮闘しているように見えます。

そもそも、制度にするときにどんな議論があったのか、どんな思いで制度化されたのかを、あらためて振り返る時期に来ているのではないのでしょうか。

当時、厚生労働省老健局振興課長として制度化に携わった香取照幸さん(現 厚生労働省大臣官房審議官)に、小規模多機能ケアの誕生秘話と今後への期待を語っていただきました。  
(Juntos 編集部)

## 香取 照幸

Teruyuki KATORI

厚生労働省大臣官房審議官  
(雇用均等・児童家庭、  
少子化対策担当)



1956年、東京都生まれ。1980年3月、東京大学法学部卒業。1980年4月、厚生省入省(保険局国民健康保険課)。厚生省大臣官房政策課企画官(高齢者介護対策本部事務局次長)、厚生省大臣官房政策課企画官(社会・援護局保護課災害救助対策室長兼任)、厚生省大臣官房組織再編準備室次長、厚生省児童家庭局育成環境課児童手当管理室長、内閣官房内閣参事官などを経て、2002年8月厚生労働省老健局振興課長。2005年8月、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長。2007年8月、厚生労働省参事官(社会保障担当参事官室長兼任)。2008年2月、内閣官房内閣参事官兼任。2009年7月より現職

## 基本コンセプト

私はいま少子化担当をしていて、高齢者福祉からは離れており、今の動きについてはよく知りませんが、昨今の高齢者介護の厳しい状況をみると、小規模多機能サービスの制

度化の原点に帰ることも必要だと感じます。

すでに熟知されていることだと思いますが、この小規模多機能サービスの原点とは何か。基本コンセプトは大きく3つに分けられます。

## ①「住宅支援」を目指した各種サービスの機能統合

1つは、在宅生活の継続を支援するために、制度外も含むさまざまなサービスの機能を統合して、パッケージで提供することはできないだろうかと考えました。24時間365日を通して在宅の人を支援できるサービスをつくれないだろうか、あるいはそういう実践者はどんなサービスをしているのか、を一つのコンセプトにしました。モデルとなった実践の多くは、通所（デイサービス）を基幹的なサービスとし、そこからアフターケア、夜間ケアに展開していました。

## ②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

2つ目に、高齢者は時間の経過とともに、良くなったり悪くなったり状態が変化します。その状態の変化に合わせて、一番合うサービスが提供できるように、いろんなサービスをできれば同じ事業所が連続的・一体的に提供できるようにならないか、ということを考えました。

ですから、「多機能」という言葉の意味は、デパートのようにそこに行けば何でも揃っているという意味ではなく、一つの目的をもっているようなサービスを積み上げたり、つなぎあわせたり、あるいは用意をするという意味です。医療や介護のサービスを受けるために、その人の日常生活が犠牲になるようなことを少なくする。その意味で言うと、生活の継続性の中断を何らかの形で高齢者に強いることになる施設入所や入院は、基本的に最後の選択肢です。できるだけそこに至るプロセスの

なかで、多様な在宅サービスを利用し、在宅機能の延長線上に入所があるような、リロケーションダメージの少ない状況をつくっていくことができないだろうか、と考えました。

## ③高齢者の生活圏内でのサービス完結

3番目に、できるだけ高齢者の生活圏域のなかで、必要なサービスが完結するようにしたいということ。最近はなくなったと信じていますが、施設入所や入院によって隣町や山のなか、あるいは県外へ行ってしまうなど、高齢者がそれまでの生活の枠組みの外に連れ出されることがないようにしたい。高齢者の生活圏域のなかに、小規模多機能サービス拠点を確保したい。小規模であることや地域に密着していることは、機能の問題として価値があると考えます。ですから、一見、いろんなサービスが揃っている「高齢者総合施設」と同じように見えますが、基本的なコンセプトは全く違います。

## 議論の背景

当時、なぜ前述のような議論をしたかという、施設におけるケアの限界、あるいは施設ケアのもっている一種の矛盾というものをどうやって解消していくか、を考えていたからです。

施設の機能を否定するものではなく、ある段階で施設入所が起ることはやむを得ないことですし、必要なことですが、そこに至るプロセスのなかで、できるだけ高齢者が自分らしい、人間らしい生活が送れるように支えたい。当時のサービス体系では明らかに欠けている、見過ごされてきたサービスを、地域のなかでこだわりをもって制度の外側でつくってきた人たちがいて、その取り組みをき

ちんと位置づけ、これからの高齢者ケアのサービスの基本に据えていけないだろうかと考えました。

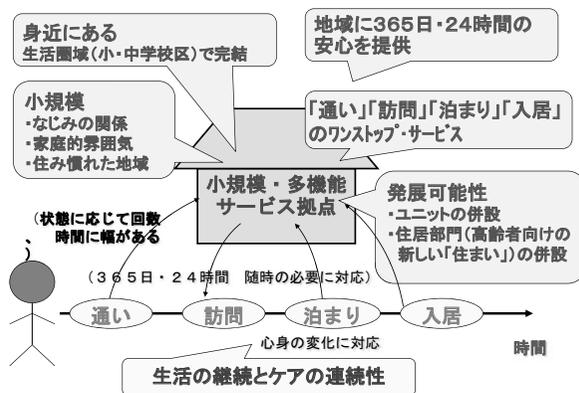
## 当時の先駆的ケアを検証

制度にするにあたって、当時の基本のケアは何が問題で課題があったかを明らかにするとともに、先駆的に取り組むケアがどのような解決の手法をとっていたのかを検証しました。それが、平成14年、15年に行った「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究事業」です。制度化する前から先進的に小規模多機能ケアやサテライトケアに取り組んできた方々の多くのご参加を得て、この報告書が出来上がり、制度化する際の一番の原点となった報告書です。テーマは3つありました。

1つは、在宅から通所・一時宿泊・グループホーム入居に至るまでのプロセスを連続的に提供できるケアの形、つまり小規模多機能ケアの形を考えること。もう一つは、グループホームで最期まで普通に暮らしてつづけることを支援するための、認知症高齢者のターミナルケアのあり方や条件を考えること。3つ目に、当時取り組みが始まっていた小規模多機能サービス、あるいは特養やデイサービスのサテライト型事業所、在宅・施設複合サービスという地域へ展開する取り組みについての研究です。これは施設機能を地域へ出していく取り組みです。

できるだけ地域で最後までケアをしていくための、新しい地域ケアの形をどうやって整備していくかを議論しました。この3点は、それぞれ前回の制度改正で制度に位置づけられました。

図1.小規模・多機能サービス拠点のイメージ



## 小規模多機能サービス拠点のイメージ

図1は、当時考えた小規模多機能サービス拠点のイメージです。

矢印は時系列です。時間軸のなかで、最初はデイで支えられ、状態の変化に応じて、通っていない時間帯に訪問サービスを受け、夜間帯のケアが始まって、最終的には入所となる、このような一連のサービスを同じ拠点から24時間365日提供できないだろうかと考えました。施設側のスケジュールや体制でサービスを組み立てるのではなく、できるだけ利用者の必要に応じて、施設側が対応していくことが基本のコンセプトです。

したがって、人によって利用回数や時間の幅、やり方が異なり、その人の身体状況や心身状況の変化に応じて先月と今月のサービス内容も違う。それに柔軟に対応できることが、まさに生活の継続を支えることとなります。同時に、車で30分～1時間かかるのでは通いは続けられないし、訪問サービスも柔軟にできないことになるので、できるだけ身近な地域にあることが重要になります。

そこで、前回の介護保険改正の際に、日常生活圏域という概念を介護保険サービス計画に設定しました。基本的には中学校区、あ

るいは小学校区を単位にしてサービスを提供します。同時に、施設としての規模も小さく、通常の家庭の規模程度で、できるだけ固定したスタッフと、自分の見慣れた風景のなかでサービスを利用できる。そこを利用している人にとっての安心というだけではなく、そういうサービスが地域にある、施設がまちの風景にあることが、自分の家族に何かあったときの安心につながります。

そしてワンストップのサービスとして、高齢者の居住とケアを支えることを考えました。

### 制度化にあたっての課題

制度化にあたっては、課題が3つありました。

1つは、小規模多機能サービスの理念を具現化するための基準や報酬をどうするのかという課題です。すでに実践している人がいるので、実現不可能ではないのですが、これまでの施設を中心とした画一的標準的ケアという発想をまったく変えて、地域でその人の生活からケアを組み立て、それに沿って事業者側が提供するためには、どれだけの職員の配置や規模や報酬が必要なのか。また、ほかのサービスとの連携やケアマネジャーとの関係など、制度設計では課題が多くありました。

2つ目は、小規模で、包括的で、一人の人がずっと関わるサービスをするということは、裏返すと、非常に密室化しているということでもあります。広く言えば、ケアの質をどう担保するのか、逆にいえば利用者の権利擁護をどうするのか、これはグループホームでも問題となっていたことなので、それをどうするのか、という課題です。

3つ目には、包括的に必要なサービスを提供する小規模多機能であっても、小規模多機能だけですべてのケアを完全にカバーするこ

とはできません。たとえば医療のケアをどうするのか、訪問看護などをどうするのか、あるいはリハビリテーションなどのサービスをどうするのか、ということを考えてうえで、小規模多機能も地域の包括的なサービスの一つとして位置づけ、地域全体で高齢者を支えるというシステムをつくる必要がありました。

### 理念の具現化—地域生活継続の支援

そこで、課題の一つ目である地域生活継続の支援の具現化についてです。

たとえば、施設規模については研究会でも議論になりましたが、実践者はそれぞれのやり方でやっていました。中規模の人もいたし、5～10人という少人数で実践しているところもありました。また、施設のサテライトとして実施しているところは、母体施設がバックアップするので、規模が小さくても大きくても問題にならないということがありました。そして、24時間365日の支援を可能にするには、職員の数もそれなりに必要です。この議論のなかで、最終的には報告書にあるとおり、デイ15人プラス9人で24人という利用者数、今の人数設定になりました。

一方、全体の機能の中で、入所機能をどう位置づけるかという問題もありました。最初から入所まで揃っている小規模多機能の場合は入所主導となり、経営的にも部屋が埋まっていないとやっていけなくなるので入所機能から始まってしまふことが考えられました。さらに、通所の部分だけの小規模多機能があってもいいし、デイや泊まり、訪問だけ実施しているところも小規模多機能の類型として認め、そこから機能が発展していく形を認めたらいいのではないかとこの考えもありました。最終的に、入所機能はつけませんでした

が、デイの機能拡張で展開できるように認めました。こういう議論を毎日のように実践者と重ねて制度化しました。

時系列的なサービス利用の流れを確保するために、「通い」と「泊まり」の関係をどうするのかも議論になりました。報酬の付け方や制度設計によって入所主導へ誘導されがちになるので、それを回避して、できるだけ在宅でねばるように考えました。

報酬の基本骨格はどうするのか、という議論では、そもそも包括的にサービスを提供するのに、「通い」1回いくらという考え方では事務的に対応できませんし、サービスのコンセプトが壊れてしまいますので、基本的には包括方式とし、訪問看護などを一部出来高払いとすることになりました。

### ケアの質の確保・権利擁護 ・地域ケアシステム

利用者の権利擁護の問題では、できるだけ密室性や抱え込みを排除するために、情報開示を考えました。当時、介護保険全体で情報開示という流れになったこともあり、事業運営への地域の人の参加を促しました。グループホームでは事業者がたくさん参入したことが問題になったので、劣悪事業者を排除するために、小規模多機能については指定前研修の導入を考えましたが、現状はうまく機能していないようです。また、事業者自身が自助努力してケアの質の確保につながるような仕掛けをつくるように考えました。

地域ケアシステムのなかでの機能や役割の問題については、制度をつくるときに議論しませんでした。小規模多機能サービス事業所が持たない、かかりつけ医やリハビリ機能などのサービスを利用者が利用できるよう

に、地域のほかの機関と連携する必要があります。また、地域包括支援センターやケアマネジャーとの関係をどうするのかという問題があります。小規模多機能のなかにケアマネジャーを置くのか、外に置くのかという議論もあり、現在も解決していないように僕の間からは見うけられますが、小規模多機能のケアの本質に関わる問題といえます。

### 実際の制度

実際の制度はどうなったかというところ、図2のとおりです。

基本は在宅生活の支援で、通所をベースに、高齢者の様態や希望によって泊まりの機能、訪問の機能を組み合わせ、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援します。居住機能は併設事業所にするとし、認知症グループホームや小規模特養、有床診療所などが考えられます。利用者数や職員配置は図のとおりです。

泊まりの場所は、専用室は設けずに、昼間のデイで使う部屋で泊まってよいことにし、報酬は要介護度別の月単位の定額制としました。

### 小規模多機能型居宅介護の動向

小規模多機能型居宅介護の動向について、現在の資料を現役職員から入手しました。

図3を見ると、利用者は36,800人ほどいて、要介護度別の分布を見ると比較的中程度の方が多いようなので、もともとのコンセプトからはそんなに外れていません。

事業所の数、利用者の数の伸び方は表4のとおりです。もう少し増えてもいいように感じますが、クオリティを保ちながら増えていくのが理想なので、これから5年後、10年後をどう考えていくかだと思います。

## 図2. 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**」を組み合わせて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。

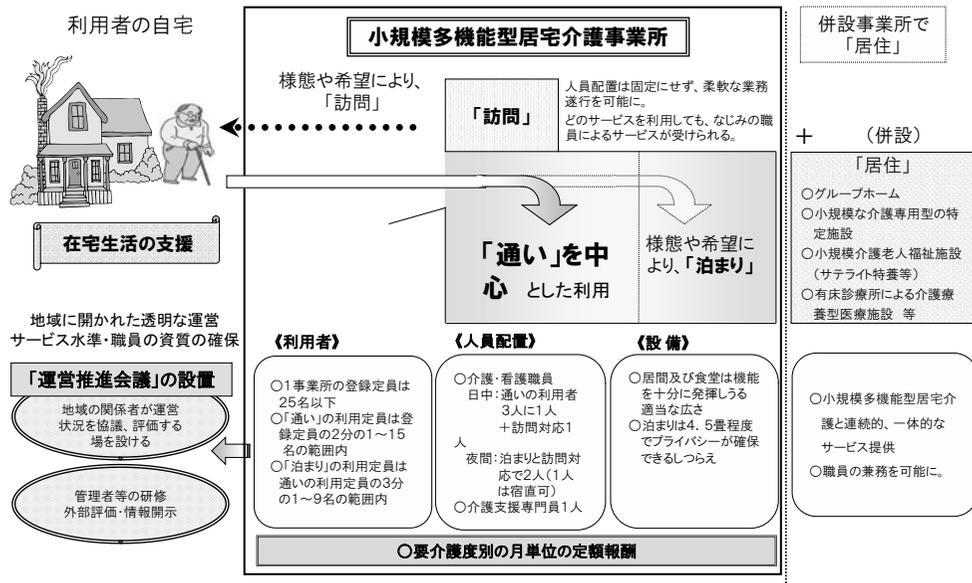


表5は、都道府県別の事業所数ですが、地域格差が大きいです。まだ分析はしていませんが、行政側の新しいサービスに対する理解度の差であったり、すでに病院や施設が多くある地域は新たにサービスを設置しにくいので、そういうことが一因ではないかと思えます。

介護報酬は表6のとおりです。お金の話になると、ほかのサービスとのバランスがあって難しいのですが、小規模多機能は、要介護1と2を意識的に下げています。小規模多機能のような複合的な連続的なサービスでは、機能分担として中重度の人を支えることが大事なので、あえて中重度の報酬を高く設定しています。介護報酬にはルールがあるわけではなく、利用者や国民が、そのサービスをこれからどのように位置づけるのかによって変わっていくものです。ユニット型の特養、認知症に対応できるような小規模特養、小規模多機能というバランスで考えていくことが大事だと思います。

図3. 小規模多機能型居宅介護の動向について



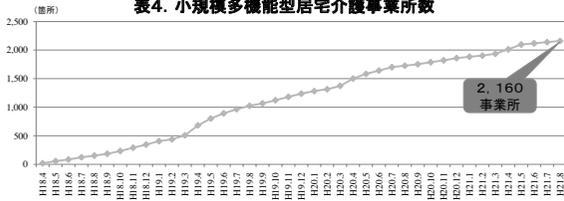
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
人数	1,466	2,068	7,785	8,647	8,692	5,606	2,541	36,805
構成比	4.0%	5.6%	21.2%	23.5%	23.6%	15.2%	6.9%	100.0%

(資料出所)：厚生労働省「介護給付費実態調査」

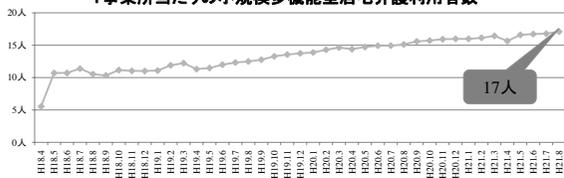
## 発展の可能性

小規模多機能型居住介護の発展の可能性について、私見を交えて課題を整理すると、機能集積の形態にはさまざまな可能性があり得ます。基幹機能としての通所機能は恐らく必須なので、たとえば、認知症デイとグループホームまたは診療所という形、小規模デイ

表4. 小規模多機能型居宅介護事業所数

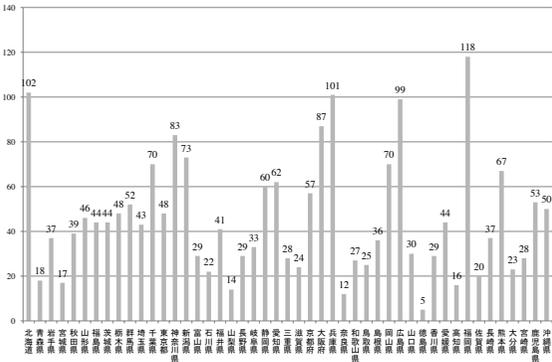


1事業所当たりの小規模多機能型居宅介護利用者数



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

表5. 都道府県別小規模多機能型居宅介護事業所数(平成21年7月)



(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

ケアと有床診療所(プラス往診)という形、サテライト型デイと分散型ユニットケアと訪問看護・介護という形、小規模通所と特定施設または高齢者住宅(プラス訪問看護・介護)という形などが考えられます。つまり、小規模多機能型居宅介護はまだまだ発展途上であり、さまざまな可能性を秘めた新しいサービス形態だということです。

小規模多機能サービスの本質を見失ってはいけません。多様な機能集積の形態があるとすれば、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です。サービスを分解しない包括性、利用形態を選別しない柔軟性や現場の判断を重視し、「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」が求められると思います。また、訪問看護や看護管理などのあり方との関係での「看護サービス」の位置付けが重要になります。

制度は理念を現実のものとして具現化するための重要なツールですが、同時に、制度理念は現場の実践から生み出されるものです。いまこそ現場実践と制度設計のダイナミックな協働的共存が求められています。

\*この原稿は、2009年12月20日に広島県で開催された「小規模多機能ケア全国セミナー」における記念講演を収録、加筆・修正したものです。

表6. 介護報酬

(下線部は平成21年4月介護報酬改定により新設)

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)
小規模多機能型居宅介護費 (1月につき)	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)
初期加算	( 1日につき 30単位加算)	
認知症加算(*)	(1) 認知症加算(Ⅰ)	( 1月につき 800単位加算)
	(2) 認知症加算(Ⅱ)	( 1月につき 500単位加算)
看護職員配置加算(*)	(1) 看護職員配置加算(Ⅰ)	( 1月につき 900単位加算)
	(2) 看護職員配置加算(Ⅱ)	( 1月につき 700単位加算)
事業開始時支援加算	(1) 事業開始時支援加算(Ⅰ)	( 1月につき 500単位加算)
	(2) 事業開始時支援加算(Ⅱ)	( 1月につき 300単位加算)
サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	( 1月につき 500単位加算)
	(2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	( 1月につき 350単位加算)
	(3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	( 1月につき 350単位加算)

このほかに、サービス提供が過小である場合等に減算される

(\*)については介護予防小規模多機能型居宅介護では算定されない加算

： 事業所開始時支援加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目