

高齢者ケア 実践事例集

高齢者ケア実務研究会 編著

本書をご購読いただき、誠にありがとうございます。
この追録は、新たに台本に加入する最新の情報です。「加除〈差し替え〉整理の手引」をご熟読のうえ、「加除表」により加除整理をして、ご活用下さい。

【ご案内】

- 1 追録差し替え(加除)サービスをご利用の方は、後日加除担当者が訪問いたしますので、お申し付け下さい。
- 2 その他加除に関してお困りの際は、以下のフリーダイヤルまでご連絡下さい。
TEL:0120-203-694(受付時間/9:00~17:30。土・日・祝日を除く)

この追録で補正される主な内容

＝新規に掲載される主な内容＝

【実践編】

第1 認知症（痴呆）ケアの実践と体系化

第1章 認知症の早期診断と対応

- ◆認知症の人と家族を支えて33年—認知症てれほん相談のあゆみ—
(認知症の人と家族の会東京都支部)……………1043の101頁

第5 地域密着型サービス・小規模多機能居宅介護のケア実践

第1章 地域密着型サービス・小規模多機能居宅介護の動向

- ◆高齢者包括支援システムにおける複合型サービスの展開
(高齢者総合ケアセンターこぶし園)……………4425頁

第6 通所介護・デイサービスのケア実践

第2章 通所介護・デイサービスのケア実践

- ◆利用者の自宅にみんなが集う「茶ろんAさん家」の実践
(デイサービスセンター道)……………4729頁

第12 福祉用具・住宅改修のサービス

第2章 福祉用具関係サービスの相談・支援

- ◆介護ロボットの実用化と今後の展望
(大和ハウス工業株式会社営業本部ヒューマン・ケア事業推進部ロボット事業推進室)……………6551頁

第13—2 震災対応・防災のまちづくり

第2章 震災対応の多様な実践

- ◆津波からの避難と早期事業再開
(めだかグループ)……………7497の351頁

第14 多問題・生活困難ケースへの支援

第2章 多問題・生活困難ケースのケア実践

- ◆触法高齢者等生活困難ケースの受け入れ
(各務原市養護老人ホーム慈光園)……………7631頁

第17 介護職員研修・キャリアアップ

第1章 介護サービス人材の育成とキャリアアップ

- ◆外国人介護士の受け入れと今後
(社会福祉法人こうほうえん)……………8917の15頁

第18 利用者参加のサービス・システム

第2章 利用者参加のサービスの実践

- ◆ケアプラン自己作成の実践—自分らしいサービスを選択するために—
(全国マイケアプラン・ネットワーク)……………9251頁

＝一部改正される主な内容＝

【実践編】

第1 認知症（痴呆）ケアの実践と体系化

第1章 認知症の早期診断と対応

- I 認知症の早期診断(須貝 佑一)……………1005頁

第2 地域包括ケア・リハビリテーションの実践と体系化

第2章 地域における総合リハビリテーションの展開

- ◆「リハビリテーションセンター」を中心とした地域リハビリテーションの取組み(横浜市総合リハビリテーションセンター)……………2021頁

高齢者包括支援システムにおける複合型サービスの展開

高齢者総合ケアセンターこぶし園

運営主体の概要

施設種別	複合型サービス
経営主体	社会福祉法人 長岡福祉協会
設立年月日	2013年10月1日※複合型サービス大島の設立年月日
所在地 連絡先	〒940-2135 新潟県長岡市深沢町2278-8 TEL0258-46-6610 / FAX0258-47-1243
施設の定員	25人（通い15人、泊まり6人）※複合型サービス大島の定員
施設職員数	介護職員13.4人、看護職員2.8人（常勤換算）※複合型サービス大島の職員数
事業内容	複合型サービス、訪問看護ステーション ※高齢者総合ケアセンターこぶし園としては、 指定介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、認知症対応型通所介護、訪問介護（24時間365日型）、夜間対応型訪問介護、訪問看護（24時間365日型）、居宅介護支援事業所、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、配食サービス（3食365日型）、地域包括支援センター（委託事業）、高齢者センター（委託事業）、健康増進・介護予防センター、ケアハウス
ホームページアドレス	http://www.nagaokafukusi.com

〔ケア事例六四〕

1 小規模多機能型サービスが求められた理由

2000（平成12）年に施行された介護保険法は2006（平成17）年に抜本的な見直しが行われ、生活基盤である住宅選択と介護負担を分離する時代に突入した。またこの改正時にも謳われていた在宅の中重度者の支援を強化する方向は2015（平成27）年改正

の議論の中にも多く示されている。

さて1945（昭和20）年の終戦以降の数年間、連合国の統治を受けていた段階で制定された現在の憲法第13条で「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」とされた幸福追求権をベースに、第25条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」において、さらには社会福祉事業法（現・社会福祉法）において現在の社会福祉は規定されている。

しかし当時の社会情勢は戦後の混乱期を乗り切ることが最優先であったし、地域や家庭も、社会構造が第一次産業を中核とした戦前の仕組みの延長にあったことから、十分な介護力をもっていた。

そして1963（昭和38）年によくやく全ての国民の将来を対象とした老人福祉法が制定され、ここに要介護高齢者に対するフルタイム・フルサービスを提供する特別養護老人ホームが生まれた。

この中で高齢者介護に対する認識は、当時から今日まで「収容」から「利用」に言葉は変化したもの、その基本は当時の老人福祉法第11条3項にあるように「65歳以上の者であって、身体上または精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者を時に特別養護老人ホームに収容し…（後略）」というものにあり、施設は在宅生活が困難であるから収容させるという二次的な目的となっていた。

この理由は前述したように第一次産業を中心とした社会に存在した大家族と家庭内で保持していたフレキシブルな労働時間、そして脆弱な医療体制化での短命を前提としていたからであった。つまり高齢者介護の原則は家庭にあり、それを超えた場合に施設利用という二極化した体制であったのである。

しかし我が国の経済はその後急速に発展し、高度成長期には労働人口の都市集中という核家族化の要因を生んだし、高学歴化も加わり家庭内においてもそれまでの夫婦の役割分業から共働き世帯が急増し、家庭内介護の力量は急速に衰えた。さらには医療の進展により長命化が進み、要介護状態の期間の延長及びその人口自体が増加している状態にある。

ちなみに労働人口の都市集中の結果が、2015（平成27）年（団塊世代が65歳を超える時期）、2025（平成37）年（同75歳を超える時期）の高齢者問題と言われさまざま

な制度提案が行われている理由である。

この中で、従前の家庭内介護を補足的に支えていくサービスでは成り立たないことは明白であり、このこととリンクして起こる高齢者施設の増加と医療機関への社会的入院の増加が財政全体を圧迫してきた。

これらの状況下において在宅志向と自立支援を目指した介護保険法が制定されたことは当然の成り行きと思われるが、法施行後も施設志向や医療機関への依存は減少していなかった。この最大の理由は、我が国が憲法第25条に社会福祉を明記して以来、学校教育においても、地域社会の場においても、その意味と責任についてほとんど触れずにきたために、相変わらず介護は家庭内だけの役割で、これを超えた段階では施設入所か医療機関での社会的入院で代行されることが当然であるという慣習が根強く残っているからである。

つまり対象者たる高齢者自身が中心ではなく、家族介護の力量にゆだねられていたということと、在宅を支えきれるサービス提供量を事業者も用意していなかったことにある。

これらのことに対応するためには、家族に変わって24時間365日連続する介護が提供されなければならないが、従前の在宅サービスのような出来高による費用負担では負担が重すぎて利用が困難になってしまう（図1）。

そこで法制度外のサービスであった「在宅生活をベースに、通いや泊まりなどを柔軟に対応していた宅老所」をモデルとした小規模多機能型居宅介護事業が制度化された。

これは宅老所と同様に、通いや泊まりや訪問を柔軟に組み合わせられることに特徴があり、入浴・排泄・食事などの介護や日常生活上の世話などを提供する。多くが人

図1 在宅サービスの費用負担



〔ケア事例六四〕

里離れた地に建設されてきた従来型の大規模な老人ホームなどに対して、疑問を投げかけることから出発したグループホームと同様に、利用者の生活の継続を保証しようとするものであることから、登録定員は25名であるものの、通いの定員は15名（上限）、泊まりの定員は9名（上限）と小規模にしているし、住宅地に整備することも求められている。

つまり大規模集約型の施設入所ではなく、地域での暮らしを継続したいという高齢者自身のニーズと、高額な負担が必要な病院入院からの転換を図ることが求められたということである。

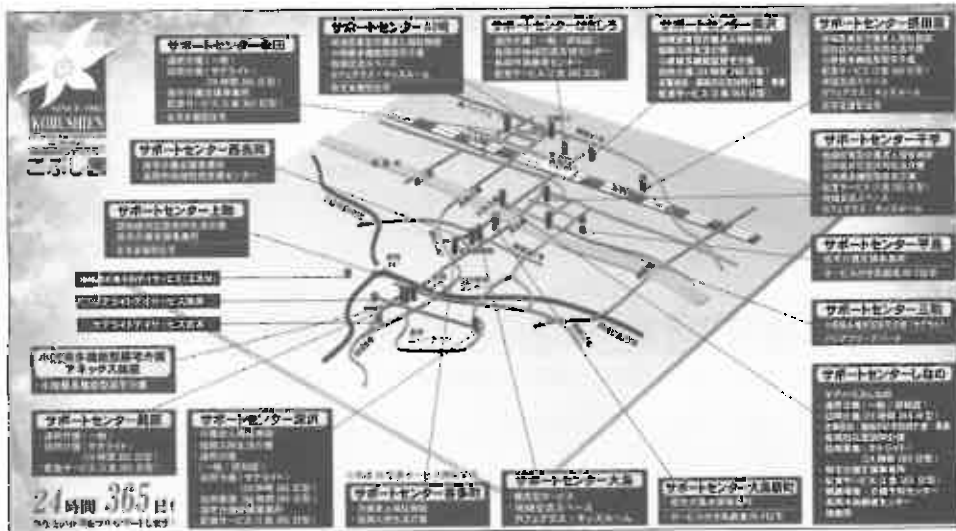
2 包括ケアにいたるチャレンジ

小規模多機能型居宅介護事業が求められた理由については前述したとおりであるが、高齢者総合ケアセンターこぶし園では、地域を含めた高齢者包括支援システム（The system of all-inclusive care for the elderly）の構築を目的として、サポートセンター構想を展開しており、この仕組みを照会することで小規模多機能型居宅介護から複合型サービスに発展していくことの意味が理解されると思われるのでここに紹介したい（図2）。

高齢者総合ケアセンターこぶし園のスタートは1982（昭和57）年に開設した特別養護老人ホームこぶし園に始まるが、周辺エリアにサービスがない時代であったことと、国立療養所の移転統合と重なったために、利用者の中心を長岡市としていたものの、19市町村という広域から入所を受け入れていた。しかし施設を利用することで家庭介

〔ケア事例六四〕

図2 高齢者総合ケアセンターのサポートセンター構想



介護者の過重な負担の解消と要介護状態に対する支援は可能になったが、利用された要介護高齢者にとっては暮らし慣れた地域社会から隔絶されることになり、見知らぬ他人との集団生活を余儀なくされたのである。

そこで当センターでは、地域社会での生活を支えることを目的として、以下のような多様なサービス形態を創設し、それらをまとめた包括ケアセンターにシフト変換していくことになった。その中の一つが複合型サービスなのである。まずは介護保険制度開始前から提供してきた在宅サービスを紹介する。

(1) 短期入所生活介護

介護保険制度開始以前の訪問介護や通所介護は必ずしも高齢者本人のためのものではなく、介護家族を支えるための仕組みであったことから、世帯の状況が単身や高齢者世帯、さらには共働き世帯になっていた状況の中では、利用期間は限られているものの、一時的に生活全般を支える短期入所生活介護の拡大が急務であった。

このために1986（昭和61）年に施設を拡張して12ベッドを整備、次いで1990（平成2）年には国のモデルとして50ベッドに、そして1997（平成9）年には在宅複合型施設の整備でさらに30ベッドを追加し、合計80ベッドという全国でも稀な短期入所生活介護を整備した。

(2) 訪問介護

在宅での生活を支えるためには訪問介護が不可欠であることから、1990（平成2）年には訪問介護サービスを開始し、1992（平成4）年にはワイドタイム制、そして1995（平成7）年からは24時間365日のフルタイムの訪問介護に移行した。移行時には、市の保健師、医療機関のソーシャルワーカー、民生委員、施設職員など多種のスタッフで構成した委員会を立ち上げ、それまで訪問介護サービスを受けていた124名に対する詳細なチェックを行い、半年間の期間をかけて対象者を6名まで絞り込み、現在のケアプランに該当する介護計画を立てた上で試行した後にスタートした。これはフルタイム・フルサービスに投資するサービスの量・費用とも重いものを、本当に必要とするか否かを適切に判断し、その効果を期待するもので、現在のケアマネジメントそのものでもあった。

(3) 通所介護

1994（平成6）年には市内の中心部に通所介護も開設し、ついで1997（平成9）年に在宅複合型サービスセンター内にも開設、以来9カ所の通所介護と6カ所のサテライト型デイサービス及び生きがい型デイサービスを提供している。

利用者及び家族の生活ニーズに対応するために、サービス提供時間を朝7時30分か

ら夜18時30分までの365日体制とし、週に数回程度の利用者には公民館などを活用したサテライト型のデイサービスを開設してこれに当たった。また要介護状態ではないものの、虚弱や引きこもりの高齢者を対象とした生きがい型のデイサービスもサテライトデイサービスに併設している。

(4) 訪問看護

短期入所生活介護において在宅のさまざまな状態に対応してきたが、中でも褥創^{じよく}などの継続的な医療行為を必要とする対象者に対する短期入所生活介護期間終了後のフォロー体制の整備が必要となり、当初は短期入所生活介護担当の看護師を無料で在宅に派遣していたが、その対象者が増加したために、1997（平成9）年に当時の老人ホームとしては珍しい訪問看護ステーションを設置してこれに当たってきた。

この事業は訪問介護と並んで在宅生活を支える重要な柱となり、こちらも生活支援の原則となる365日24時間体制であることは言うまでもない。

(5) 配食サービス

1997（平成9）年には在宅複合型サービス開設に併せて、3食365日の配食サービスステーションを開設したが、これは単なる食事サービスだけではなく、誰もが負担している食費の負担だけで、1日3回の安否確認ができることに大きな意味がある。

3 小規模多機能型居宅介護の実践

前記してきたように、1995（平成7）年からの24時間365日の訪問介護、1997（平成9）年からの365日夜間対応型の訪問看護と3食365日の配食という生活の基本サービスは、介護保険施行以前に提供が可能になっており、複合型サービスと同様のサービスはすでに提供していた。

またこれらのサービスに通所や認知症サービス、さらにはサービス付き高齢者向け住宅の先駆けとなる在宅支援型住宅（仕組みはサービス付き高齢者向け住宅とほぼ同じ）等を組み合わせたサービスの総称をサポートセンターとして2004（平成16）年から地域に展開してきた。

しかし介護保険制度は、在宅について家族依存の仕組みが残っているために、施設サービスが定額の負担になっていることに対して、在宅サービスは出来高の負担になっており、それも高額負担のために連続的な使用を困難にしていた。

これを打開するために「サポートセンター三和」（訪問介護・訪問看護・配食・通所介護・グループホーム・居宅・住宅（在宅支援型住宅）のセット）の創設などさまざまなチャレンジを通して提案し、2006（平成18）年の介護保険法改正時に小規模多機能型居宅介護が制度化された。

(1) 小規模多機能型居宅介護美沢

2006（平成18）年3月20日に開設した「サポートセンター美沢」は、従来型の特別養護老人ホーム利用者を、それまで暮らし続けてきた地域に戻す施設として、2004（平成16）年に内閣府に構造改革特別区として申請、既存施設の地域分散の先鞭であり、この分散モデル第1号をベースとして、同年12月20日に小規模多機能型居宅介護を創設した。つまり地域密着型老人福祉施設は「共同住宅」支援として、小規模多機能型居宅介護は「個別住宅」支援として、ともに一定地域に暮らす人たちを支えるもので、以降も同様の仕組みを展開している。

サポートセンター美沢

- ・地域密着型老人福祉施設（定員15名）
- ・短期入所生活介護（定員3名）
- ・小規模多機能型居宅介護（登録定員25名。通い15名、泊まり9名）
- ・配食サービス（3食365日対応）

(2) 小規模多機能型居宅介護関原

すでに通所介護・訪問介護・配食・グループホーム・住宅（在宅支援型住宅）・居宅などが半径100mほどの範囲に点在していた地域に、2008（平成20）年1月21日に創設したもので、それぞれ点として整備してきたサービスが、面として包括的な支援システムになることから、ネットワーク型のサポートセンター機能の中核として小規模多機能型居宅介護を創設した。

サポートセンターアネックス関原

- ・小規模多機能型居宅介護（登録定員25名。通い15名、泊まり9名）

(3) 小規模多機能型居宅介護千手

「サポートセンター美沢」に続いて同様の形態で2009（平成21）年6月1日に開設した「サポートセンター千手」は既存施設の地域分散の発展型であり、地域の高齢者だけではなく、ともに暮らす地域の住民（大人・子ども）も共有するスペースを併設した地域社会の共有モデルで、分散第2号に併設した小規模多機能型居宅介護である。

サポートセンター千手

- ・地域密着型老人福祉施設（定員20名）
- ・認知症対応型協同生活介護（定員18名）
- ・小規模多機能型居宅介護（登録定員25名。通い15名、泊まり6名）
- ・配食サービス（3食365日対応）

- ・キッズルーム
- ・カフェテラス

(4) 小規模多機能型居宅介護摂田屋

2010（平成22）年7月1日に開設した「サポートセンター摂田屋」は、既存施設の地域分散のさらなる発展型で、特別養護老人ホーム各室の玄関を外向きに設定した。通常のアパートと同様に外からの出入りを可能にしたことと、地域の高齢者だけではなく、ともに暮らす地域の住民（大人・子ども）も共有するスペースを併設した限定された地域社会の共有モデルで、分散第3号になり、ここに前述同様の目的で小規模多機能型居宅介護を併設した。

サポートセンター摂田屋

- ・地域密着型老人福祉施設（定員20名）
- ・認知症対応型共同生活介護（定員9名）
- ・在宅支援型住宅（10室）
- ・小規模多機能型居宅介護（登録定員25名。通い15名、泊まり6名）
- ・配食サービス（3食365日対応）
- ・キッズルーム
- ・カフェテラス

(5) 小規模多機能型居宅介護川崎

2012（平成24）年5月1日に開設した「サポートセンター川崎」は、「サポートセンター摂田屋」同様のスタイルで分散第4号になり、ここに同様の目的で小規模多機能型居宅介護事業所を併設した。

サポートセンター川崎

- ・地域密着型老人福祉施設（定員15名）
- ・在宅支援型住宅（10室）
- ・小規模多機能型居宅介護（登録定員25名。通い15名、泊まり6名）
- ・配食サービス（3食365日対応）
- ・キッズルーム

(6) 小規模多機能型居宅介護サテライト事業所三和

2002（平成14）年1月1日に地域包括ケアシステムのモデルとして、全て社会福祉法人の自己負担によりチャレンジした「サポートセンター三和」の役割は、周辺地域に順次分散・展開していった。具体的には2010（平成22）年4月26日に小規模多機能

型居宅介護に転換、さらに周辺地域のサービスの機能分化に合わせて2012（平成24）年9月1日に「小規模多機能型居宅介護千手のサテライト事業所」に転換した。

・小規模多機能型居宅介護サテライト事業所（登録定員18名。通い12名、泊まり6名）

（7）小規模多機能型居宅介護大島

法人の関連医療機関である病院に隣接して開設していたサポートセンター西長岡は民間のサービス付き高齢者向け住宅の開設予定地近くに、医療と介護と住宅の連携を目的につくられ、複合型への転換を前提に2012（平成24）年5月1日に小規模多機能型居宅介護を創設した。

・小規模多機能型居宅介護（登録定員25名。通い15名、泊まり6名）

4 複合型サービスの実践

前記した「小規模多機能型居宅介護大島」は、当初より複合型への転換を前提にしていたが、多種類の事業を運営している大きな社会福祉法人の弱点でもある、法人の定款変更に係る時間のロスが響き、ようやく2013（平成25）年10月1日に複合型サービスへの転換が図れた（図3）。

「複合型サービス大島」は従来の「小規模多機能型居宅介護大島」からの転換であり、近隣にある系列の病院、地域包括支援センター、サービス付き高齢者向け住宅などと連携して、慢性期の入院からの地域復帰と地域から施設への避難の防止を目指して創設した。

図3 複合型サービス大島



〔ケア事例六四〕

サービスの規模は従前の小規模多機能型居宅介護と同じく、登録定員25名、通い15名、泊まり6名、これに加えて365日夜間対応型の訪問看護事業所を併設、職員は常勤換算で介護職員13.4人、看護職員は同2.8人でスタートした。

利用状況は従前の小規模多機能型居宅介護事業開始時点より複合型サービスへの転換を標榜していたことから医療ニーズの高い高齢者を中心にしており、複合型サービスの転換以降も同様の対象者を中心としている。

当事業所では介護保険法施行以前から複合型サービスと同様の24時間365日の訪問介護、365日夜間対応型訪問看護を提供していたし、小規模多機能型居宅介護も同様の仕組みで提供し続けてきたことから、事業者としては基本的にサービス提供の中身に大きな変化はなく、利用者サイドとして利用負担の定額化というメリットが生じたということであるが、複合型サービスの基本的な仕組みについては下記のとおりである。

(1) 創設の目的

創設の目的は、訪問看護と小規模多機能型居宅介護の複数のサービスを組み合わせた複合型サービス事業所を創設することで、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図ることにあり、既存の小規模多機能型居宅介護では「サービス提供時間帯を通じて看護職員の配置がないため、医療・看護ニーズのある利用者の受入が困難」で、既存の訪問看護では「訪問看護は別事業所からの提供となるため、介護と看護の連携が取りにくい」ことから介護看護を一体的にしたものである。

対象者については下記の者を想定している。

- ・軽度の要介護者：人工肛門・人工膀胱の管理、インスリン注射等が必要な者
- ・重度の要介護者：吸引、経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）、点滴・中心静脈栄養、褥瘡処置等が必要な者

(2) 訪問看護を併設するための基準

25人の登録定員に対し、小規模多機能型居宅介護の看護職員は1人（非常勤可）の配置であるが、複合型サービスでは、看護職員2.5名以上の配置とし、通いや泊まりサービス時には複合型サービスの利用者の日常生活上必要な医療・看護ニーズに対応する。（例：吸引、経管栄養等）

また複合型サービスの利用者は、自宅に居る場合にも一定の医療・看護ニーズがあるため、1カ月に複数回の訪問看護が必要であるとしており、要介護度に応じ2～5回/月程度を想定している。（例：通い、泊まりサービス時の対応の他に採血などの検体採取、身体状態の変化に伴う点滴等）

その他、報酬と支払いの方式は図4、図5のようにになっている。

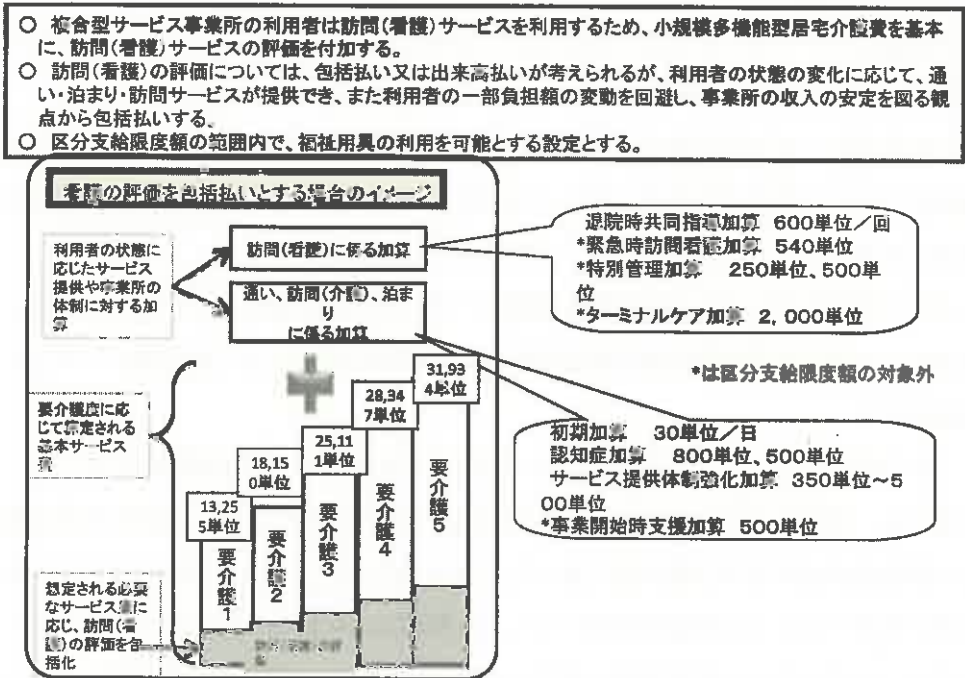
図4 複合型サービスの介護報酬

1 複合型サービス費(基本サービス費) ○ 要介護度別・月単位の定額報酬を基本とする ・要介護1→13,255単位/月 ~ 要介護5→31,934単位/月	
2 加算 ○ 訪問看護費に準じた加算 ・退院時共同指導加算→600単位/回 ・緊急時訪問看護加算→540単位/月 ・特別管理加算→(Ⅰ)500単位/月、(Ⅱ)250単位/月 ・ターミナルケア加算→2,000単位/死亡月 ○ 小規模多機能型居宅介護費に準じた加算 ・初期加算→30単位/日 ・認知症加算→(Ⅰ)800単位/月、(Ⅱ)500単位/月 ・事業開始時支援加算→500単位/月 ・サービス提供体制強化加算→(Ⅰ)500単位/月、(Ⅱ)350単位/月、(Ⅲ)350単位/月 ・介護職員処遇改善加算→(Ⅰ)~(Ⅲ) 所定単位数に4.2%を乗じた単位数	※緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、事業開始時支援加算、介護職員処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象外とする。
3 減算 ○ 小規模多機能型居宅介護費に準じた減算 ・登録者数が登録定員を越える場合、従業員の員数が基準に満たない場合、サービス提供が過少の場合 → 基本サービス費に70/100を乗じた単位数で算定 ○ 医療保険の訪問看護が行われる場合の減算 ・末期の悪性腫瘍等の利用者の場合の減算：要介護1→925単位/月~要介護5→2,914単位/月 ・特別指示により頻回な訪問看護が必要な利用者の場合の減算：要介護1→30単位/日~要介護5→95単位/日 を指示日数に乗じた単位数 (注)小規模多機能型居宅介護等の「同一建物に対する減算」については、複合型サービスには適用しない	

出典：厚生労働省資料

図5 複合型サービス事業所の介護報酬の支払い方式

〔ケア事例六四〕



出典：厚生労働省資料

5 今後の課題と提案

在宅サービスの多くが措置時代と同様に家族介護を原則にこれを補填^{てん}するレベルにとどまっていたため、家族介護が困難となった段階で施設入所になり、また病院からの退院も困難という状況が続いてしまっていた。そのような中で高齢者ケアの方向転換をするために、2003（平成15）年に当時の厚生労働省老健局長の私的諮問機関がまとめた「2015年の高齢者介護」に地域包括ケアの方向が示され、また「地域包括ケア研究会」の報告書を見るまでもなく、過去において安全確保や家族など周辺者の生活を守るために病院・施設へ収容してきた時代から、本人自身の生活を重視するケアの時代に向かおうとしてきた。

そして2013（平成25）年8月6日に社会保障制度改革国民会議の最終報告書が安倍総理大臣に提出され、これを具現化するための通称「プログラム法案」が衆参両院にて可決された。この報告書のサブテーマは、「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」であり、この中で医療介護分野の目的を「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」とした。これを具体的に実現するためには、高齢者の地域での生活を支える介護サービスとして、「24時間の定期巡回・随時対応サービス」や「小規模多機能型サービス」の普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要であるとした。

これらのサービスが必要な理由は、それまで家族に依存し続けてきた在宅介護を、家族がいなくても続けられるように「24時間365日連続して支え」、なおかつ利用者の負担にならないように施設と同じ「定額負担」にしたことにある。

そして在宅においても中重度者や医療ニーズの高い対象者に対して対応することを目指し、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せもつ「複合型サービス」が創造された。

しかし複合型サービスには改善しなくてはならないいくつかの課題がある。

第一に、従来の小規模多機能型居宅介護と訪問看護の併用では、保険の在宅上限枠と小規模多機能型居宅介護の額の差があまりないために、訪問看護の利用により自己負担の割合が高くなる問題を解消するため定額利用に転換した意味は大きかったのであるが、従来の外付け訪問看護の利用ではなく、内付けの訪問看護事業にしなければならないために、看護師不足の現状の中では事業開設が極めて困難なことである。

これを解消するために費用負担はそのまま定額にして、従前の外付け訪問看護との

連携が求められるが、現在の制度では、訪問看護は自宅に訪問することとしているために外付けの訪問看護では小規模多機能型居宅介護事業所に訪問することはできないという障害がある。このことは医師の往診についても同様であり、在宅ターミナルが求められている現在、早急な制度転換が必要である。

第二に、脆弱な在宅サービスと家族介護力の低下により、自宅での生活が継続できなかった者を対象とした医療機関の入院や特別養護老人ホームなどから移行し、地域における介護・医療サービスを提供するために複合型サービスが創設されているが、同居家族のいる自宅への連続的なサービスは利用が困難である。サービスを受ける高齢者にとって連続的なサービスは必要不可欠であるが、同居している家族にとってはプライバシーの確保が困難なことと休みなく訪れるサービス提供者の中での気疲れが生ずる。このために入院の長期化や施設利用に転嫁されることが増える。これを解消するためには、利用者の暮らしてきた地域社会の中に、利用者の生活空間を確保することが重要であり、空家の再編やサービス付き高齢者向け住宅など生活圏内での住みかえ対策が必要である。

第三に、複合型サービスの根幹は、介護と医療者の連携にあるが、従来から両者の連携不足が指摘されてきた。それは介護事業者と医療従事者間に共通言語が少なく、それまでの社会的な立場という壁も存在していた。私達の事業所では2003（平成15）年に在宅と介護を結ぶテレビ電話を活用した在宅版ナースコールシステムを創設して現在も活用しているし、2010（平成22）年には経済産業省の支援による訪問介護版のパソコンタブレットによる連携システムを、2011（平成23）年には同訪問看護版を、そして2012（平成24）年には在宅医療連携拠点事業の助成で地域包括・医療連携版を創設し活用している。

複合型サービスの訪問を強化して配食を加えると、私達が推進している地域包括ケアシステムの完成版サポートセンターになるのであり、介護と医療を併設した複合型サービスの整備は今後のサービスの中核として期待されている。

（小山 剛）

