

平成22年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

**平成22年度
地域において24時間在宅ケアを可能
にするための体制に関する研究
報告書**

平成23年3月

**国立大学法人東京大学
高齢社会総合研究機構**

目 次

§ 1 本研究の背景	1
§ 2 モデル調査結果	5
(1) 本研究の調査対象.....	5
(2) 小規模多機能居宅介護を拠点サービスとした 24 時間在宅ケアモデル.....	5
(3) 24 時間随時訪問介護サービスモデル (ジャパンケアサービス)	18
(4) 短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式 (株式会社新生メディカル)	20
§ 3 先進モデル調査から得られた示唆	22
§ 4 24 時間在宅ケアシステムへの展望	24
(1) 基本認識.....	24
(2) 具体的な展開方策.....	27
§ 5 今後の課題	34

§ 1 本研究の背景

昨年度に実施した「在宅医療と連携した在宅ケアシステムを組み合わせた高齢者向け住宅のあり方と普及方策に関する調査研究」では、高齢者が自分の住まいを「終の棲家」とできるよう、医療を含めた地域ケアと高齢期の多様な住まい方を可能にする地域の形成を計画的に行うことが必要である、との結論を得るに至った。

その際、特に以下の点について政策的配慮が必要との意見が得られた。

- ・今後急増すると予測される要支援要介護高齢者が、住み慣れた住まいで住み続けることのできる環境を実現するための方策の一つとして、一定のエリアの中で介護・医療のサービスを連続的、包括的に定額で面的に提供する仕組み（以下、「24 時間在宅ケアシステム」と表記）を構築することが必要であること。
- ・低所得世帯や借家世帯については、現在の政策の下では、高齢者が安心して住める「終の棲家」としての住まいの確保が難しいこと。特に、昨年度調査では、次のようなパターンの住まい方が問題視された。

○高齢者世帯の約一割を占める借家居住の単身世帯が、退職等による収入源により、居住継続が困難になること。その場合、住まいを失ったり、生活保護の対象となり、自らの住まいを確保できず、不適切な処遇を受けていることがある。

○持ち家ながら低所得の高齢者が、わずかな身体機能低下により、住居費用が減免される施設（多床室）等への移動を余儀なくされていること。この場合、高齢者専用賃貸住宅等個室の住まいに移動できなかつたり、生活の質及びコストの両面において不適切な状況に陥る場合がある。

以上の問題は、介護保険等の報酬の仕組みを含めて24時間在宅ケアシステムの導入を含めて住まい方とケアのあり方を、地域で一体的に見直す中で解決すべき問題である。

このような点に着目し、本事業では次の2つの研究を実施する。

1) 地域において24時間在宅ケアを可能にするための体制に関する研究

特定のモデル地域を設定し、そこにおけるこれまでの先駆的な取り組みを実証的に分析しつつ、訪問看護ステーションや訪問介護事業所、デイサービスセンター、ショートステイを一体化した小規模多機能型居宅介護を連動させ、地域に対する面的サービス展開で、地域の住まいに居ながらにして24時間支えることのできる仕組みの成立条件をこぶし園をモデルとして調査する。

2) 低所得者の住まいとケアに関する実態調査研究

大都市郊外に住む低所得の介護保険利用者を対象に、身体状況、所得状況、住まいの状況、介護サービス利用状況の経年変化を集計する。これに基づき低所得高齢者の状態変化を時間の経過に配慮して分析する。

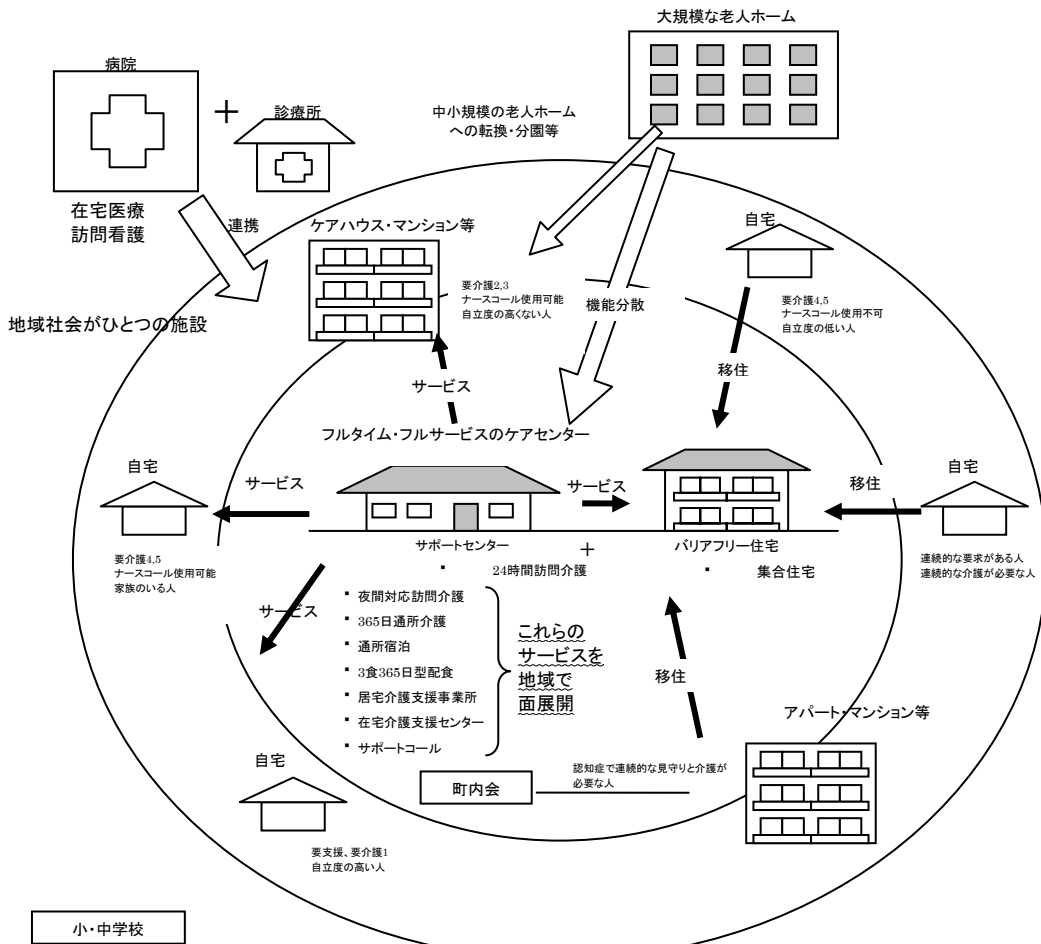
図表1.1 平成21年度研究事業での具体的な提案（抜粋し、一部、加工）

1. 地域面展開のサービス提供の仕組みづくり

介護保険の給付システムとして、フルタイム・フルサービスのできる拠点からの円滑なアクセスの可能な一定の地域に居住する一定程度以上の要介護高齢者に対し、特別養護老人ホームと同様の総合サービスを提供できる新業態に対応する「一人当たり定額の介護報酬制度」を導入し、施設並みのサービス給付の地域面展開を目指す。

また、このような介護サービスの展開と連携して既存の病院の転換を含め、病院・診療所の連携による在宅医療・訪問看護の普及を行う。

図表2 施設並みの介護サービス給付の地域面展開のイメージ



資料) 園田委員提供。

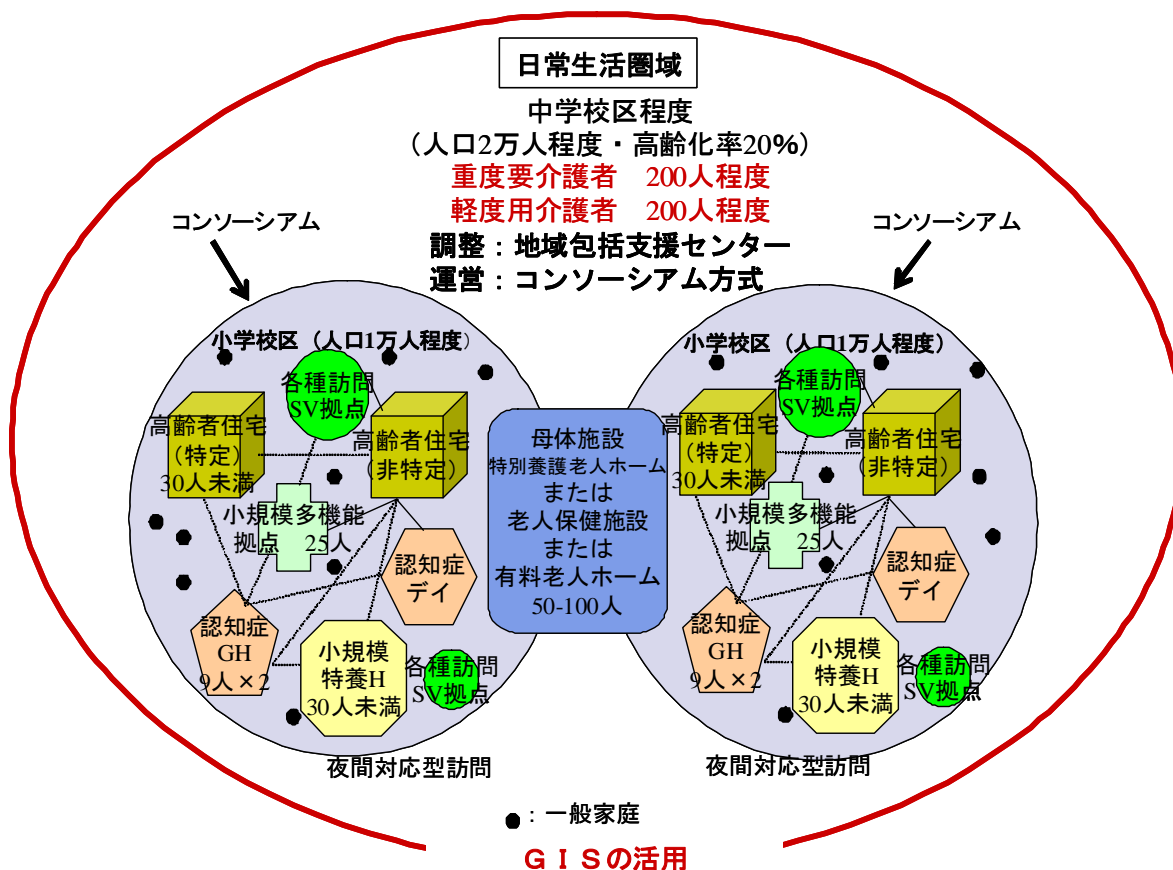
2. コンソーシアム方式によるネットワーク化

高齢者世帯、各種住宅関係、医療・福祉の地域資源に関する情報をGISの活用により、地域的・地理的に可視化することができる。これにより、正確な現況把握と将来の的確な予測を行い、地域ネットワークや各種サービスの効率的な面展開に活用する。

その際、単独の主体が地域面展開を担う方式以外に、生活圏域ごとに既存の様々なサービス提供主体がネットワークを形成することによって、コンソーシアムを組織することが考えられる。これにより、介護保険の地域面的展開に即した給付の導入を含めた事業が可能になる。

その場合、医療、介護、および居住に関して、「地域包括ケア」としてのセーフティネット（網目）から一人の高齢者も漏れ出ないようにすることが社会福祉の本来の役割である。そのための、地域におけるサービス・所管間の情報ネットワークの構築と調整の役割を地域包括支援センターが担う。

図表3 サービスの面的展開（イメージ）



資料) 園田委員提供を元に作成。

§ 2 モデル調査結果

(1) 本研究の調査対象

H21年度の聞き取り調査より、従来の「施設内」での24時間介護システムを「地域内」で展開する介護保険の仕組み(定額払い)に転換することにより、在宅高齢者を24時間支える仕組みを実現している「こぶし園」及び、施設の夜勤体制と同様の常勤職員配置により、夜間の訪問介護ニーズに対応し、24時間随時訪問サービスを民間企業が実現している例として「ジャパンケアサービスグループ」を本調査の対象とした。

(2) 小規模多機能居宅介護を拠点サービスとした24時間在宅ケアモデル

(社会福祉法人長岡福祉協会「高齢者総合ケアセンターこぶし園」)

○ 概要

- ・ 本調査で対象としたこぶし園のモデルは、社会福祉法人長岡福祉協会が運営している小規模多機能型居宅介護などと高齢者住宅が提供するサービスの仕組みである。
- ・ このモデルでは「居室は住宅、廊下は道路」という考え方で、特別養護老人ホームと同様のサービスを地域に展開している。
- ・ 小規模多機能型居宅介護などの介護サービスに、食事、緊急通報サービスをオプションで組み合わせ、24時間対応を実現している。

○ 人員配置

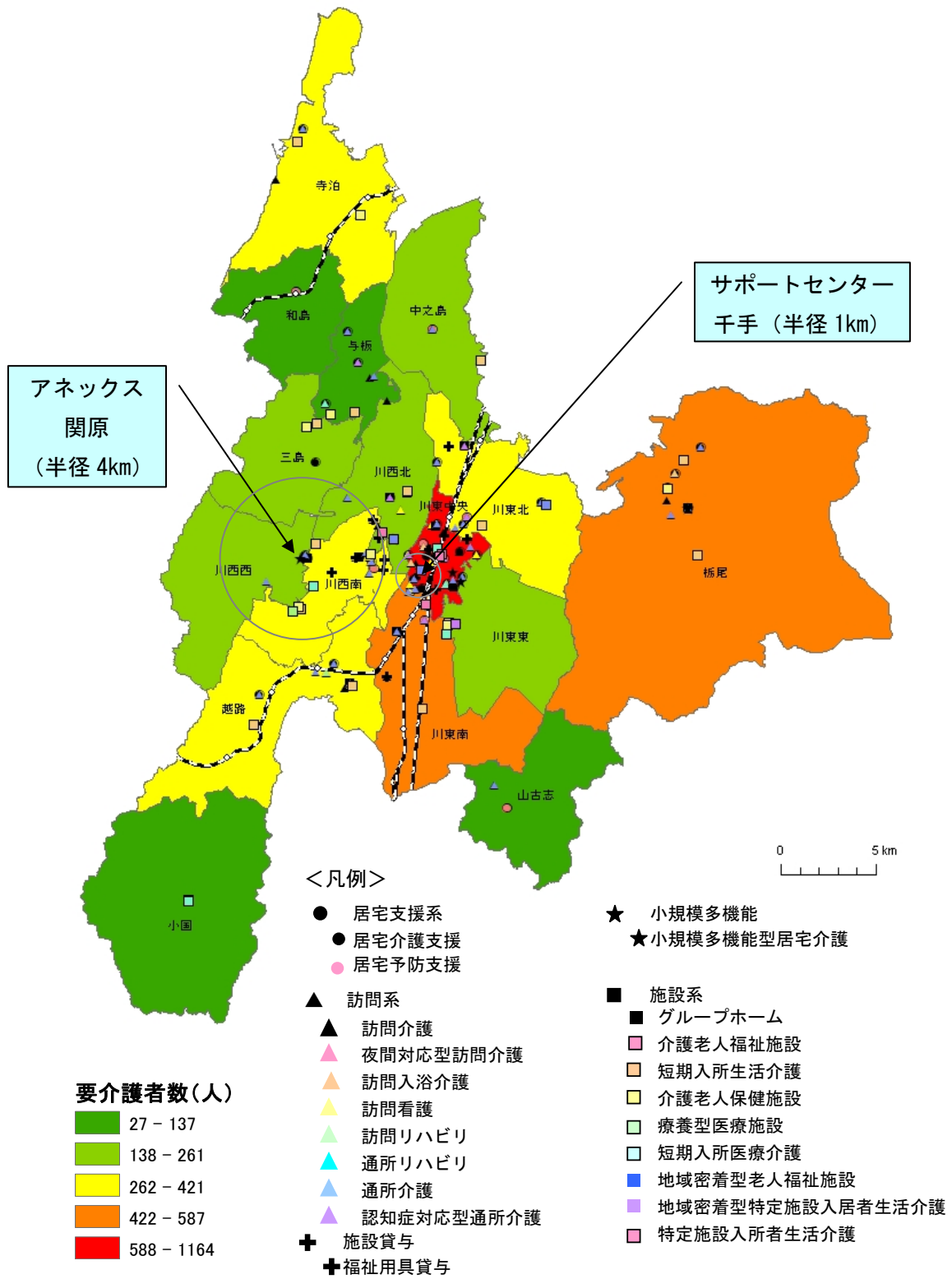
- ・ 大きなポイントは、24時間対応のサービスを地域に展開する上でも、配置されている限られた人材・体制を、通い、泊まり、訪問の3サービス間で分配するという考え方に立っている点である。これは特別養護老人ホームにおいて、デイ、ショートステイ、ホームヘルプ等に相当するサービス・人員体制をそれぞれの入所者にどう配分するかを考えているのと同様の視点である。小規模多機能居宅介護においては、25人の定員に対して各サービスを提供する上で、限られた職員体制を最も効果的に配分することに置き換えられる。そのためには、利用者の状態に応じてサービス・職員を配分する優先順位を職員が判断する必要がある。具体的には、軽度(要介護2以下)の対象者にはサービスの量と種類を限定し、限りあるリソースを中重度の対象者に効率的に分配するという考え方も必要である。ただし、要介護度のみで安易に優先順位を判断することは危険であり、軽度の方であっても状態によっては一時的に手厚いケアが必要となる場合がある点に注意が必要である。つまり、認定された要介護度に応じてサービス内容や量を設定するのではなく、個々の利用者のその時々状態に合わせたサービスの提供が必要である。

- ・ 現在は、サービス単位で職員配置の基準が設定されているが、対象とする地域単位で包括報酬とし、職種別に配置人数を決めた方がよい。

○ 対象圏域の考え方

- ・ 24 時間対応を展開するエリアはどのくらいが合理的であるかという点については、こぶし園が実施した調査によると、概ね 15 分以内に訪問すれば利用者の満足度は高いという結果が得られている。よって、対象圏域はその範囲が妥当だと考えられる。このように訪問までの所要時間で対象圏域を設定する場合、地理的要因や交通事情によって、対象範囲の広さは地域によって異なるであろう。
- ・ 個々の事業者が効率的にサービスを提供するためには、それぞれの対象圏域が大きく重複しないよう、エリアごとに独占させる方向性が必要である。複数の事業者が同一圏域を対象にサービス提供する形態は、結果的に非効率が生じているといえる。
- ・ また、事業所の安定的運営のためには、サービス対象となる人口が一定数以上存在する範囲であることも重要である。そのため、都市によっては事業所から利用者社宅までの「物理的な距離」がポイントになる場合もある。例えば、長岡市では旧市内は事業所から 2~3km 圏で十分であるが、郊外では 5~10km 圏まで広げないと十分な対象人口が確保できず、事業所として運営が成立しない。
- ・ 事業規模（職員数）も一定規模以上であることが必要となる。例えば、中学校区（人口 1 万人強、介護給付費平均 6 億円）以上の規模であれば、1 事業所での対応は可能である。しかし、それ以下になると職員数が、より少ない組織体にしかならず、非効率なサービスが生じた場合にカバーすることが難しくなる。

図表2.1 長岡市の介護事業者の分布状況



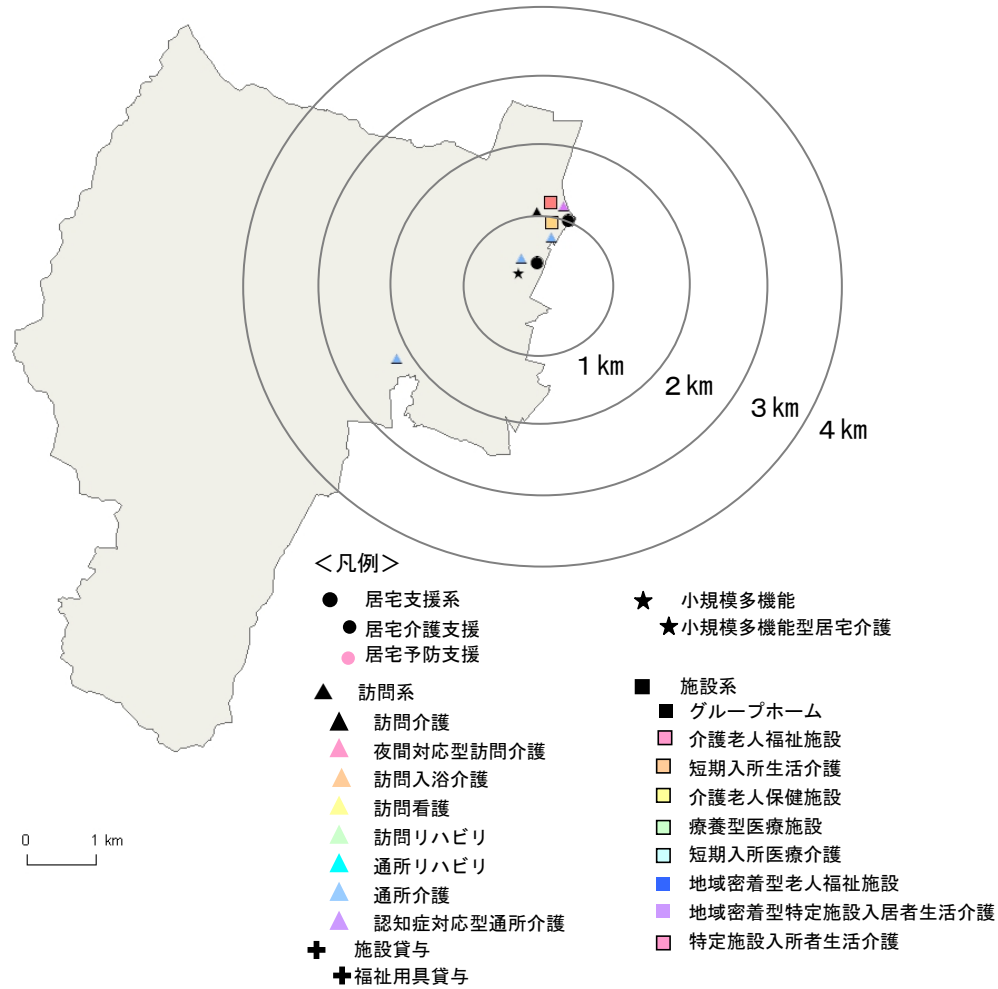
図表2.2 こぶし園の小規模多機能型居宅介護の比較 【調査結果】

	小規模多機能型居宅介護 アネックス関原	小規模多機能型居宅介護 千手
開設年月日	2008年12月1日	2009年9月15日
拠点	サポーとセンター関原 サポートセンター上除 (ネットワーク型)	サポートセンター千手
併設又は近隣に所在 する サービス	【サポートセンター関原】 ・通所介護 ・訪問介護 ・配食サービス 【サポートセンター上除】 ・グループホーム ・居宅介護支援 ・ユニバーサルハイツ上除 (バリアフリー住居):2階部分	・特別養護老人ホーム千手 (指定介護老人福祉施設) ・グループホーム千手 (認知症対応型共同生活介護)
立地地域*	川西西	川東中央
面積	46.66km ²	13.16km ²
人口	12,732人	64,730人
高齢者数	2,433人	16,688人
高齢化率	19.1%	25.8%
要介護者	要支援74人、要介護328人	要支援486人、要介護2,052人
認定率	16.5%	15.2%
資源状況*		
施設	特養1(50人)	療養1(36)、 地域密着特養:サテライト2(35)
小規模	1(25):計画なし	2(50):計画2(50)
夜間対応型訪問介護	(対象地域)	1
訪問看護	—	1

*) 長岡市第4期介護保険事業計画より(平成20年4月1日現在の値)

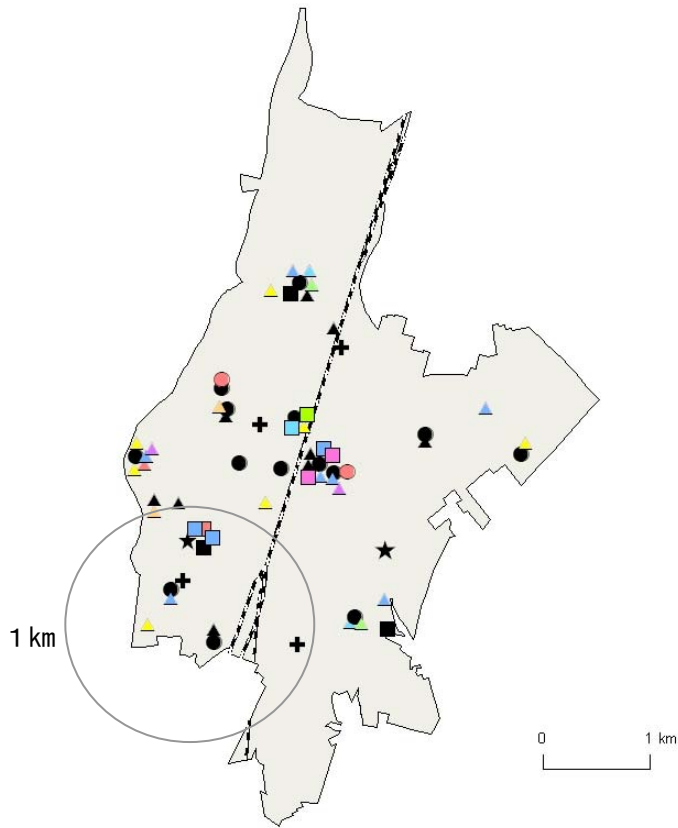
<http://www.city.nagaoka.niigata.jp/shisei/kakusyu/koureisya/4-advance.pdf>

図表2.3 アネックス関原のカバーしている圏域
【川西西部】



範囲（半径）	利用者数 （人）	累計人数 （人）	備考
1 km 未満	3	3	関原南
1 km 以上～ 2 km 未満	8	11	日越、上除町
2 km 以上～ 3 km 未満	6	17	宮本町、南七日町、宮本堀之内町、塚町
3 km 以上～ 4 km 未満	3	20	喜多町、大積善間町、希望ヶ丘
計	20	20	—

図表2.4 サポートセンター千手のカバーしている圏域
【川東中央部】



<凡例>

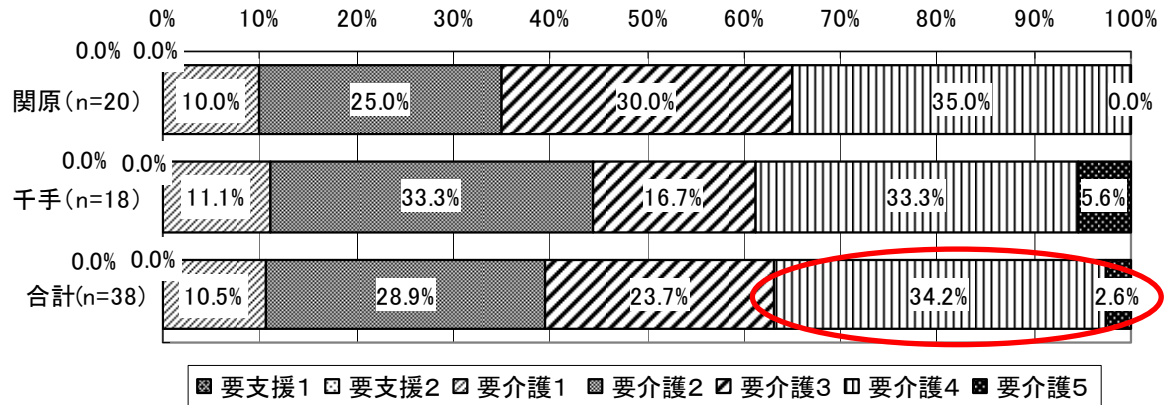
- 居宅支援系
- 居宅介護支援
- 居宅予防支援
- ▲ 訪問系
- ▲ 訪問介護
- ▲ 夜間対応型訪問介護
- ▲ 訪問入浴介護
- ▲ 訪問看護
- ▲ 訪問リハビリ
- ▲ 通所リハビリ
- ▲ 通所介護
- ▲ 認知症対応型通所介護
- ✚ 施設貸与
- ✚ 福祉用具貸与
- ★ 小規模多機能
- ★ 小規模多機能型居宅介護
- 施設系
- グループホーム
- 介護老人福祉施設
- 短期入所生活介護
- 介護老人保健施設
- 療養型医療施設
- 短期入所医療介護
- 地域密着型老人福祉施設
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 特定施設入所者生活介護

範囲（半径）	利用者数 （人）	累計人数 （人）	備考
1 km 以内	18	18	旭町、春日、千手、船江町、草生津、 中島、殿町、日赤町、本町
計	18	20	—

○ こぶし園利用者の要介護度の分布

こぶし園の利用者の3割以上は要介護4～5の重度者である。

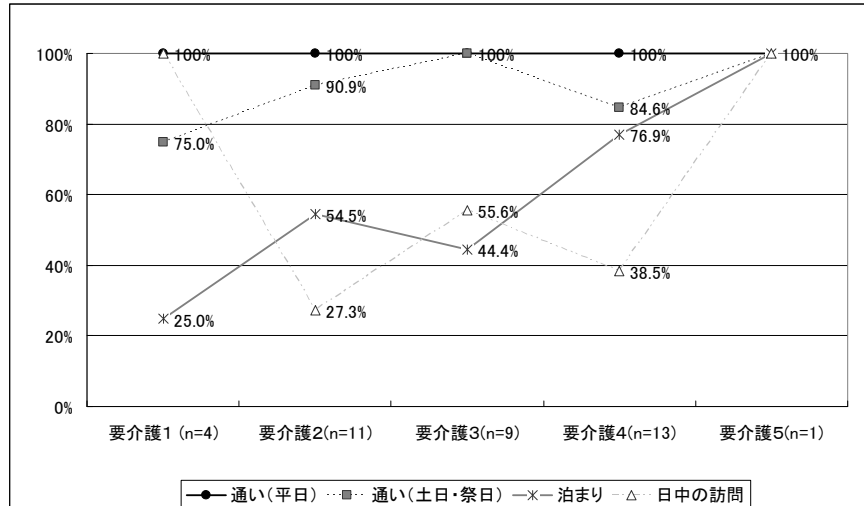
図表2.5 こぶし園利用者の要介護度分布



○ 要介護度と利用サービスとの関連

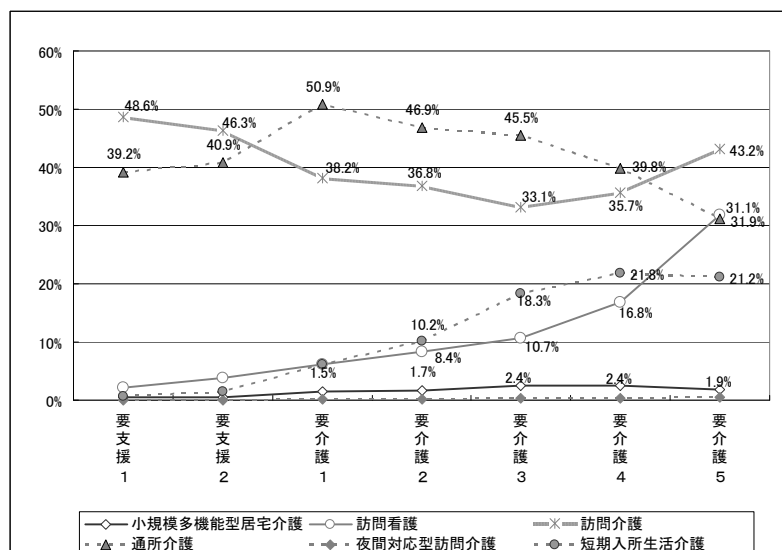
こぶし園における「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの利用率を利用者の要介護度別にみると、「通い」は要介護度によらず利用率が高いが、「泊まり」は要介護4～5の重度者で利用率が高い。「訪問」は軽度者及び重度者で利用率が高い。

図表2.6 こぶし園の要介護度別サービス利用率



なお、小規模多機能居宅介護の「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスに該当する居宅サービス「通所介護」「短期入所生活介護」「訪問介護」及び、「小規模多機能居宅介護」「訪問看護」「夜間対応型訪問介護」の全国における利用率は以下のとおりである。概観すると、重度化によって利用率が上がるのは「短期入所生活介護」「訪問介護」「訪問看護」であり、重度者へのサービス提供においてはこれらのサービスをパッケージ化する必要性が示唆される。

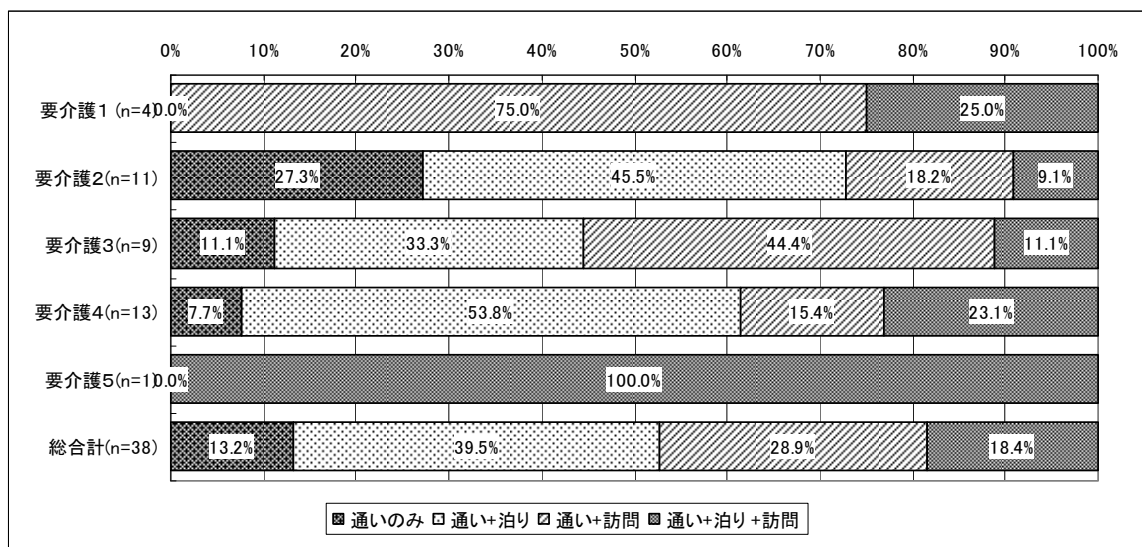
図表2.7 全国の要介護度別サービス利用率



(出典：厚生労働省介護給付費実態調査 平成22年11月審査分)

また、こぶし園における「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの利用パターンを利用者の要介護度別にみると、重度者ほど「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスを組み合わせて利用している傾向がある。

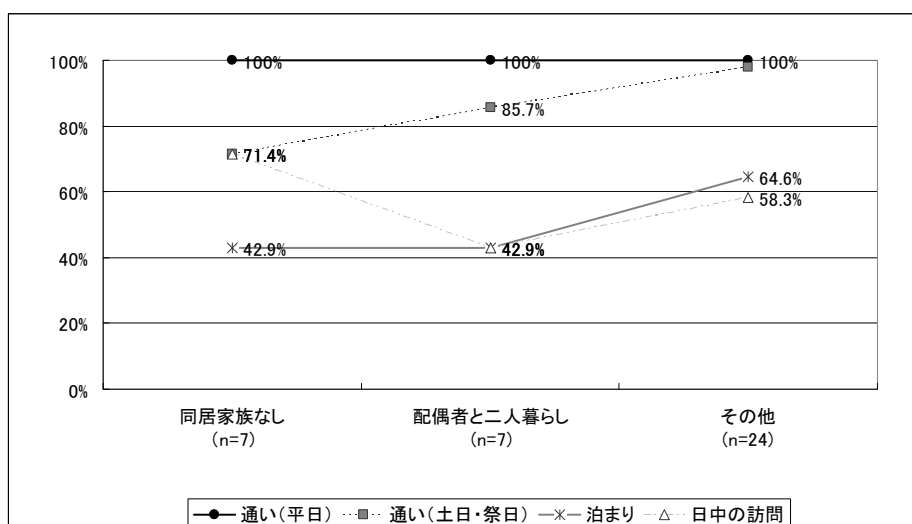
図表2.8 こぶし園の要介護度別サービス利用パターン



○ 世帯構成と利用サービスとの関連

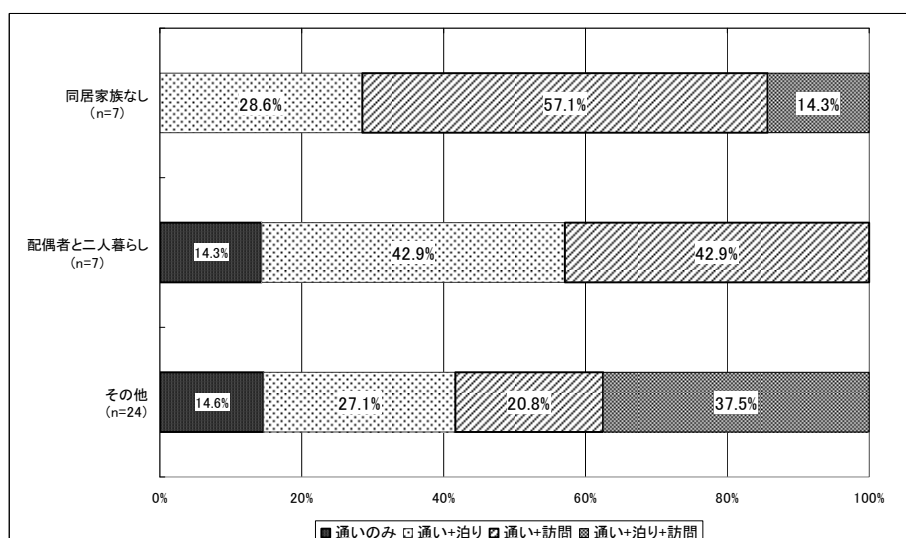
こぶし園における「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの利用率を利用者の世帯構成別にみると、「通い」は世帯構成によらず一律に利用率が高いが、「同居家族なし」では「訪問」の利用率がやや高い。

図表2.9 こぶし園の世帯構成別サービス利用率



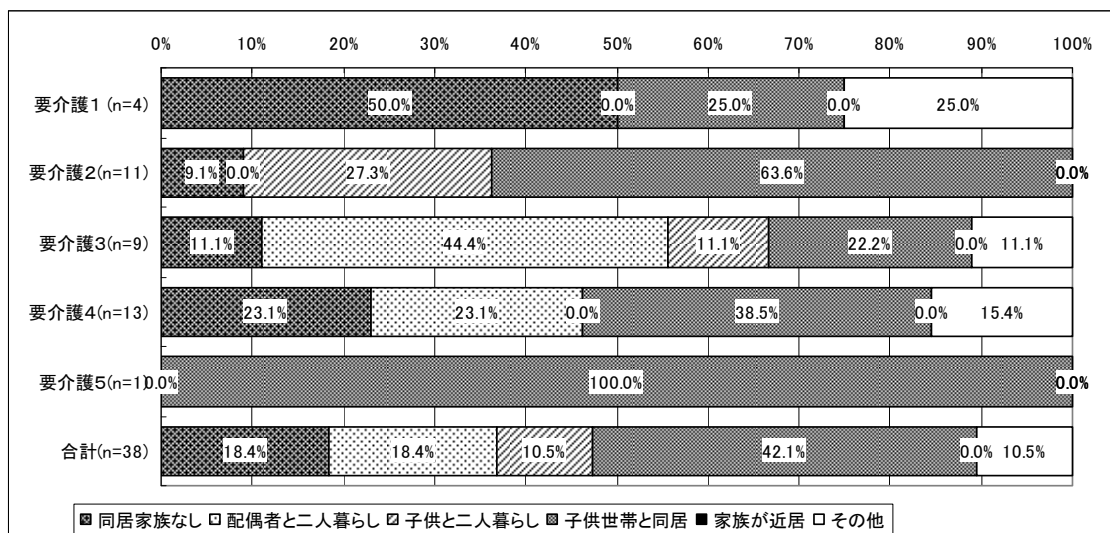
また、こぶし園における「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの利用パターンを利用者の世帯構成別にみると、「同居家族なし」では「通いのみ」の利用者はおらず、約6割が「通い」「訪問」の2サービスを組み合わせて利用している。この点から、独居者の在宅生活を支える上で通所型サービス単体では不十分であり、訪問型サービスが必須であることが推察される。

図表2.10 こぶし園の世帯構成別サービス利用パターン



なお、こぶし園には、「同居家族なし」かつ「重度（要介護4）」の利用者が3名おり、この3名のサービス利用パターンは、「通い+泊り」が2名、「通い+泊り+訪問」が1名であった。つまり、これらのサービスをパッケージとして提供することで小規模多機能居宅介護においても独居重度者の在宅生活を支えられることが示唆された。

図表2.11 こぶし園利用者における独居重度者の割合



○ 要介護度別のサービスの利用回数

こぶし園における「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの利用回数を利用者の要介護度別にみると、「通い」「泊まり」は重度者ほど利用回数が多く、「訪問」は要介護によってばらつきがみられる。

図表2.12 こぶし園の要介護度別サービス利用回数

要介護度	通い(平日)		通い(土日・祭日)		泊まり		日中の訪問		夜間の計画的な訪問 (22時～早朝6時)		夜間の臨時・特別な訪問 (22時～早朝6時)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
要介護1	6.25	4.03	2.75	2.99	1.75	3.50	36.25	36.11	0.00	0.00	0.00	0.00
要介護2	6.27	5.55	2.82	2.09	3.91	6.16	6.55	13.00	0.00	0.00	0.00	0.00
要介護3	9.56	5.98	4.33	2.35	8.22	11.73	36.44	50.14	0.00	0.00	0.11	0.33
要介護4	10.85	7.12	4.38	2.93	7.15	10.48	11.54	17.69	0.00	0.00	0.00	0.00
要介護5	6.00	—	3.00	—	5.00	—	8.00	—	0.00	—	0.00	—
合計	8.61	6.18	3.71	2.55	5.84	9.03	18.50	31.17	0.00	0.00	0.03	0.16

なお、小規模多機能居宅介護の「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスに該当する居宅サービス「通所介護」「短期入所生活介護」「訪問介護」及び、「小規模多機能居宅介護」「訪問看護」の全国における利用回数は以下のとおりである。

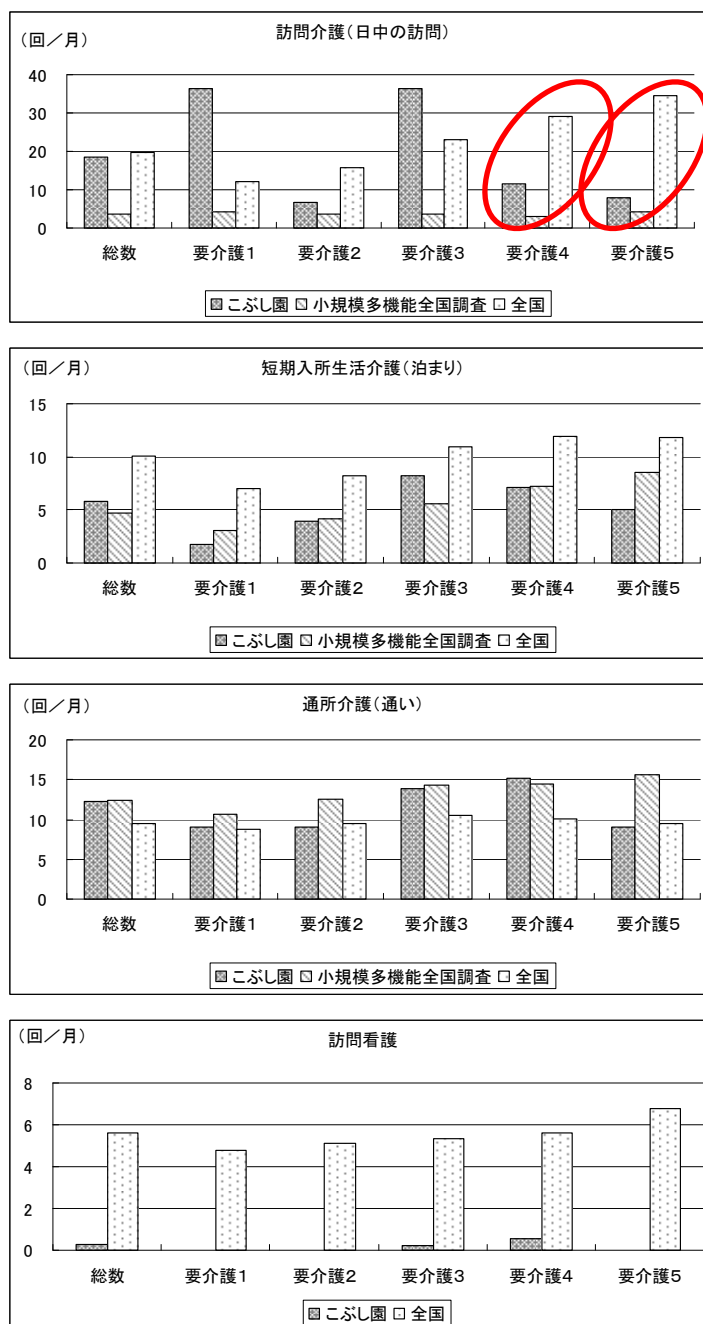
図表2.13 全国の要介護度別 一人当たり利用回数 (1ヶ月当たりの回数)

	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
居宅サービス						
訪問通所						
訪問介護	19.6	12.1	15.8	22.9	29.0	34.4
訪問入浴介護	4.8	3.9	4.4	4.6	4.6	5.0
訪問看護	5.6	4.8	5.1	5.3	5.6	6.8
訪問リハビリテーション	10.0	9.9	10.1	10.1	9.9	9.9
通所介護	9.5	8.8	9.4	10.5	10.1	9.5
通所リハビリテーション	8.5	8.3	8.6	8.9	8.6	8.0
福祉用具貸与	109.0	60.7	97.0	115.5	132.3	140.2
短期入所						
短期入所生活介護	10.1	7.0	8.2	10.9	11.9	11.8
短期入所療養介護(老健)	7.6	5.8	6.5	7.8	8.3	8.9
短期入所療養介護(病院等)	8.3	7.3	7.0	6.4	9.1	9.7

(出典：厚生労働省介護給付費実態調査 平成22年11月審査分)

小規模多機能居宅介護の「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスに該当する居宅サービス「通所介護」「短期入所生活介護」「訪問介護」の利用回数を全国値と比較した結果は以下のとおりである。「訪問」の回数をみると、訪問介護事業所に比べ小規模多機能居宅介護では重度者への訪問回数が少ない傾向がみられる。よって、「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの適切な組み合わせによって、サービスの効果的な提供が可能になることが推察される。

図表2.14 サービス別の1人当たり利用回数の比較（1ヶ月当たりの回数）



(出典：小規模多機能全国調査は平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業未来志向研究プロジェクト「地域密着型サービスの今後の在り方に関する調査研究」(平成20年3月)、全国値は厚生労働省介護給付費実態調査(平成22年11月審査分)。

(3) 24 時間随時訪問介護サービスモデル (ジャパンケアサービス)

○ サービスの特性

- ・ 随時対応する点が特徴である。コールを受けて訪問するが、事前情報が少ないため臨機応変の対応力が求められている。
- ・ 職員体制は、施設の夜勤体制と同様に、常勤職員のローテーションにより 24 時間随時訪問を実施している。
- ・ サービスの事前説明を行う面接相談員は兼務職員を配置している。オペレータにも兼務職員を配置し、訪問介護員との連携を図っている。
- ・ 独自の取組として、夜間訪問した場合には、翌朝 7 時に担当ケアマネに結果を FAX で報告している。

○ サービス提供状況

- ・ 約 400 名が利用しており、そのうち約 10 名が限度額を超過してサービスを利用している。
- ・ 訪問 1 回当たりのケアの時間は約 15～20 分が一般的である。ジャパンケアサービスでは入浴介助等の他サービスも提供しており、入浴介助等を併用する利用者もいる。
- ・ 利用者には単身独居の高齢者が多く、全利用者の 53.8%を占めている。その他、夫婦二人高齢世帯が 25.8%、家族同居世帯が 20.4%となっている。
- ・ 独居の方が多く利用しているサービスは排泄介助であり、一晩に 2～3 回利用する例もある。

○ 採算確保を前提とした圏域のあり方

- ・ 職員配置も考慮しながら一定の随時訪問ニーズに対応するためには、相当大きな圏域を対象として拠点を設定する必要がある。
- ・ 登録利用者数が 120 人程度を超えれば夜間事業でも採算が確保できる。
- ・ 対象圏域は、日中と夜間で分けて設定した方がよい。夜間サービスでは、人口 10 万人以上、なおかつ訪問までの所要時間が 30 分以内の圏域が目安となる。広域的に夜間対応を行っている事業者が、日中サービスを提供している事業所と連携し、サポートする形で夜間・土日・休日対応をする事業態も考えられる。

○ 利用者紹介の流れ

- ・ 居宅介護対応事業所からの紹介が大半であり、次に多いのは地域包括支援センターからの紹介である。

○ サービス提供における課題

- ・ 圏域内で情報を共有する仕組みが十分に整っていないことと、医療との連携が課題である。夜間訪問介護サービス事業者を中心に利用者情報を整備し、24 時間共有可能なシステムを構築すべく関係者と議論を重ねている段階である。
- ・ 移動距離があると効率的なサービス提供が難しいという課題があるため、現在は大規模な都市部でしかサービス展開ができていない。
- ・ 随時訪問ニーズが集中する時期、時間帯がある。特に、ヘルパーの訪問が難しい早朝（6～9 時）や、夕方・夜間（17～21 時）の時間帯でニーズが高い。
- ・ 現行制度では、夜間の訪問はできても、人工呼吸器、たんの吸引、カテーテル管理等のケアが提供できないため、ジレンマを感じている。

(4) 短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式（株式会社新生メディカル）

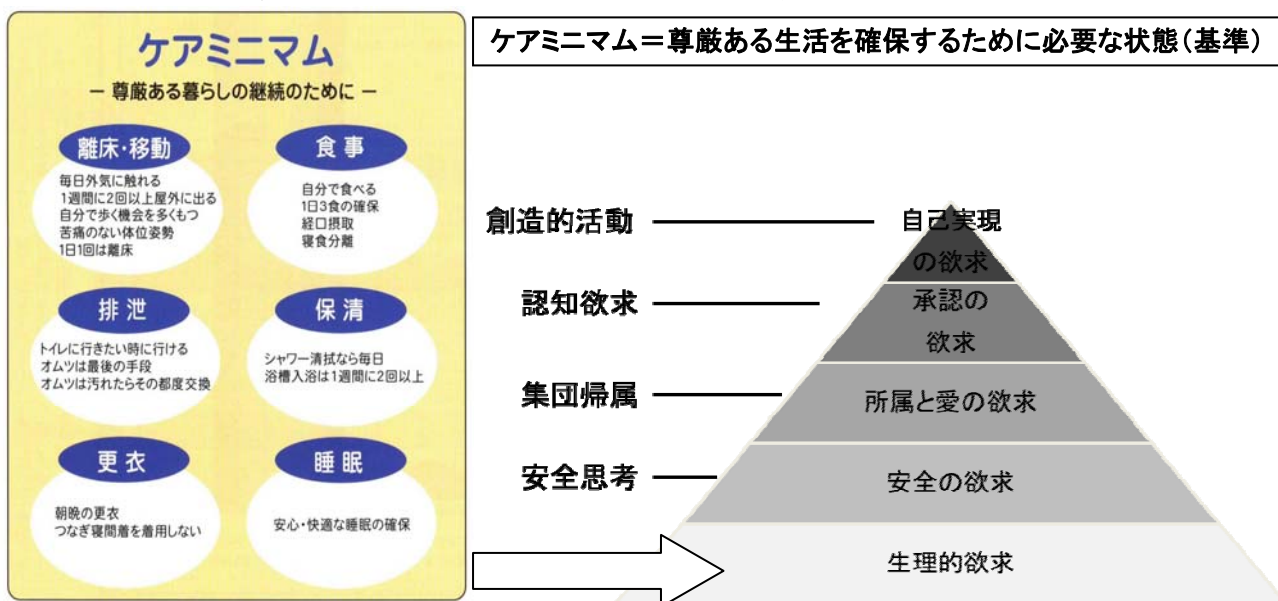
○ 岐阜県方式の概要

- 岐阜県方式と呼ばれる「短時間巡回訪問介護サービス」を実施している。これは1回15分程度の「ピンポイントケア」を朝、昼、夜の1日複数回にわたり提供するもので、在宅における要介護者の毎日の生活リズムを支えるサービスの基盤となっている。その構成は、基本チェック5分+メニューの組み合わせ10分の計15分となっている。基本チェックでは安否確認や一連の定常的対応がなされる。組み合わせのメニューとしては、「更衣介助」「おむつ交換」「服薬確認」「口腔ケア」等にそれぞれ時間（分）が設定されており、必要なケアを選択できる。このようにケアをモジュール化（単品化）することで、必要なケアを必要な時に組み込むことができるようになっている。

○ 共通指標ケアミニマムの導入

- 新生メディカルでは、人としてあるべき姿、すなわち障がいがあっても「尊厳が守られるための最低限の基本的生活」を「ケアミニマム」として提案している。ケアミニマムは、離床・移動、食事、排泄、保清、行為、睡眠の基準で毎日保証されるべきもので、マズローが提唱する欲求の5段階層の最下層「生理的欲求」にも該当するものである。
- 利用者・家族・ケアマネジャー・サービス提供者が、ケアミニマムを共通指標としてケアプランを作成することで、在宅介護の標準化が達成される。また、不必要なケアを行って利用者の自立を妨げることもなくなる。

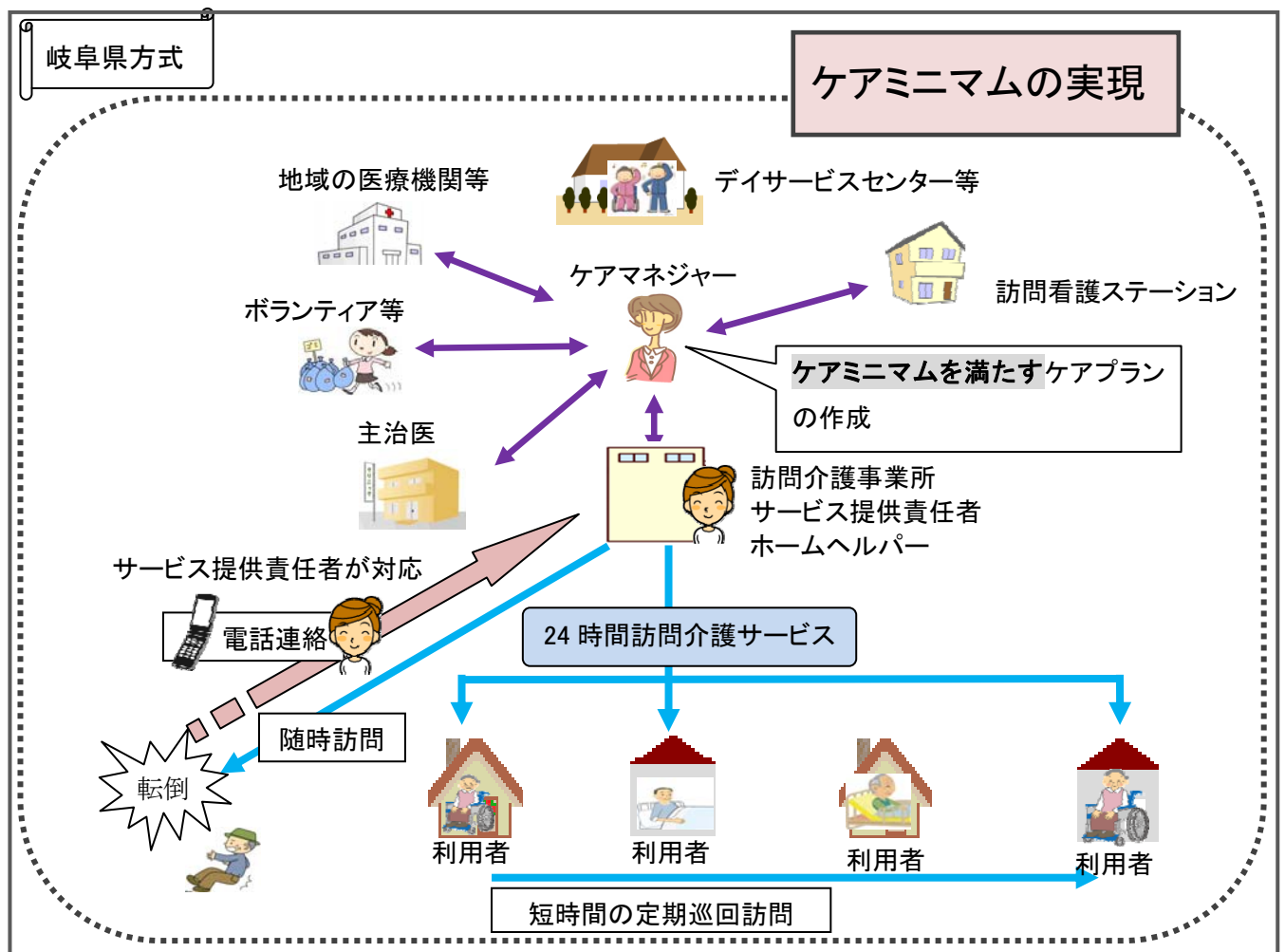
図表2.15 ケアミニマムとマズローの欲求5段階層



出典) (株) 新生メディカル

○ 運営の効率化

- ・ 今までの訪問介護においては、提供単位が時間で捉えられ、概ね1～2時間単位でヘルパーが訪問し、1回の訪問にケア行為がいくつも提供されることが多く、過剰になりがちである。例えば配膳、下膳のみに介助が必要な場合でも、本来は不必要な間の食事見守りも提供することになり非効率である。また、食事時間等、訪問介護の需要が集中する時間においては、同じ時間帯に複数ヘルパーが訪問できる体制を整える必要がある。
- ・ 対して岐阜県方式では、ケアを単品化して必要な行為（ケア）のみを適切な時間帯に提供することで、食事時間帯への長時間ケアの集中を避け、ケアの分散化を図っている。このようなケアの分散により、3人必要だったものを1人で行えるようになるなど、一人ひとりのヘルパーの稼働率が上がり、効率的な事業展開に繋がっている。



§3 先進モデル調査から得られた示唆

□こぶし園の要点

- ・ こぶし園では、小規模多機能型居宅介護などによる介護サービスに、食事、緊急通報サービスを付加的に組み合わせることで24時間対応の在宅ケアを行っている。これは、特別養護老人ホームの機能を地域全体に展開する発想に近い。
- ・ 介護施設内で、それぞれの入所者に介護サービスをどのように配分するかを決めるのと同じ考え方で、通い、泊まり、訪問等のサービスと人材の配分を調整している。
- ・ この場合、適正な配分がなされているか、ケアの質は適切かなどをチェックする仕組みが大切となる。

□ジャパンケアサービスの要点

- ・ ジャパンケアの24時間随時訪問は、施設の夜勤体制と同様に、常勤の職員のローテーションにより実施している。このような職員配置を考慮しつつ、一定の随時訪問ニーズに対応するためには、事業採算性を確保する上で相当大きなサービス提供圏域を設定する必要がある。

□新生メディカルの要点

- ・ 現行の法制度では、在宅介護において介護老人福祉施設等のような基準がなく、例えば入浴回数の確保（週2回以上等）や離床しての食事等、基本的な生活の保障が脆弱である。そのため、在宅において最低限目指すべき要介護者の生活像の共有化がなされず、要介護者の生活は本人・家族の要望や経済力、ケアマネジメント力に左右されてしまう。
- ・ 「短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式」においては、ケアミニマムという共通の指標を取り入れることで、利用者が基本的な生活の保障を享受できている。
- ・ 生活リズムに合わせて、1日に複数回ヘルパーが巡回し、必要な時間帯に必要な“ピンポイントケア”を提供することで生活リズムが整い、夜も熟睡できるため夜間のニーズは少ない。

□24 時間在宅ケアの地域への展開方策

- ・ 住み慣れた地域で、年老いても住み続けることができる地域づくりが必要である。そのための方策として、在宅で生活する高齢者それぞれの介護ニーズに対し、個別にサービス提供を行うのではなく、在宅の介護ニーズを地域全体で捉えて一体的にサービス提供を行うことが考えられる。
- ・ この場合の圏域の大きさとしては、地域の自然条件・交通条件にもよるが、サービス利用のためのアクセス時間によって、その大きさを考える必要がある。こぶし園の場合、15分で設定しているが、高齢者の居住密度によって圏域設定の広がり異なる。
- ・ ただし、24 時間随時、利用者ニーズに対応するサービス供給体制を構築した上で事業の採算を確保するためには、一定規模の需要量がなくてはならず、この観点から圏域の大きさを考える必要もある。

§4 24時間在宅ケアシステムへの展望

(1) 基本認識

○今後のケアシステムのあるべき姿

- ・ 今後のケアシステムのあり方としては、高齢期を迎えても自分のライフスタイルを維持し、また、年を重ねて介護が必要になっても住み慣れた地域で住み続けることのできる環境を整備することが望ましい。
- ・ 今から10数年先の2025年には、わが国では一人暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の数が高齢者世帯の7割を占めることが予測されている。とりわけ都市部においては、このような家族介護が困難な世帯の急増が見込まれており、地域で住み続けることのできる仕組みづくりは急務といえる。

○「24時間在宅ケア」とは

- ・ 現行の在宅サービスは、家族による介護体制がある場合を含めて、基本的に高齢者が在宅で生活する上で不足する介護サービスを補填する考え方に立っており、その不足分を出来高払いで限度額まで積み上げる給付体系となっている。
- ・ この仕組みでは、家族による介護力が少ない一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の場合、在宅生活が困難なほど要介護度が上がったときには施設に移行することで対応してきた。
- ・ しかし、今後、高齢者の一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯が中心となる中で、施設への移行を前提としたケアシステムでは限界がある。
- ・ したがって、基本的に一人暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が地域で住み続けることのできるケアシステムの構築を原則とするという方向に政策展開する必要がある。
- ・ この場合、従来の施設の中で行ってきた24時間対応のケアシステムを、地域で生活する高齢者に対して展開するシステムの開発が必要である。
- ・ 施設における介護サービスは訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の組み合わせとみることができる。したがって、これらのサービス要素を組み合わせたものが「24時間在宅ケア」のシステムの基本となる。
- ・ 在宅の場合、訪問介護については生活リズムに合わせた提供回数として日中、朝、昼、夕、就寝前など毎日4、5回程度（デイサービスセンターを利用するときは2、3回）のサービス提供が必要となるが、時間当たりの方式ではなく、必要な介護サービスをスポット型で提供する方式で足りると考える。
- ・ 要介護者の家族との関係、あるいは個々の状況等に応じた臨機応変のケアマネジメントを行う必要があり、出来高払いで介護報酬を支払うことは妥当ではないので、施設における介護報酬体系と同様に、定額報酬で上記の「24時間在宅ケア」のシステムを構築する必要がある。

- 本調査研究でいう「24時間在宅ケア」とは、施設で行ってきたシステムを地域に展開するものであり、要介護度の重い高齢者に対して一定の総合的なサービス資源を定額報酬の下で随時配分し、全体的に24時間介護サービスを提供するシステムとする。
- このような仕組みを構築していくためには、在宅の高齢者に対して複数の介護サービス事業者がそれぞれ単一の介護サービスを個別に積み上げて提供する現行の方式は軽度の要介護者に限定し、中重度の要介護者については、上記の24時間対応を行う介護サービスを提供できる事業主体が定額報酬で一括して引き受け、一定圏域を対象として、複数の在宅サービスを総合的かつシームレスに提供する方式へと介護サービス供給のあり方を転換するモデルが合理的と考えられる。
- また、この場合、訪問看護を一体的に行う形態と、別主体が連携する形態とが考えられるが、いずれにせよ重度化を防止する視点が重要であり、必要な時点を捉えて看護師が予防的な観点に立ったサービスを提供できることが必要である。

○「24時間在宅ケア」の対象者

- ・「24時間在宅ケア」の対象者は、通いと泊まり、訪問のサービスをパッケージで提供する必要性の高い要介護3～5の中・重度の利用者とする。ただし、以下のような利用者は「住まい型の施設サービス」での対応となる。
 - 1) 常時見守りが必要な利用者
 - 2) 徘徊等があり、自宅での生活が困難な利用者
 - 3) 単身の場合には、自らが病状等の急変を知らせることが困難な利用者
- ・なお、単品のサービスを中心として、自らの意思で介護サービスを選択して利用できる傾向の高い「軽度の高齢者」は対象外とする。

○「24時間在宅ケア」を地域で実現するために

- ・「24時間在宅ケア」を実現するために、下記の5つのサービスを総合的に提供する体制が必要である。
 - ・訪問（重度者については毎日4，5回程度の複数回スポット型の訪問を保障）、通所、短期入所の3サービス及び定期訪問以外の必要に応じた臨時訪問
 - ・訪問看護サービス
 - ・ICT機器を利用した（映像伝達機能のある）24時間の連絡体制
 - ・サービス全体を調整するケアマネジメント
 - ・食事についてはオプションサービス
- ・これらの中・重度者に対応する「24時間在宅ケア」サービスは、一定地域内での整備が求められることから、地域における計画的な整備が求められる。具体的には、地域包括ケアの考え方を基本に置いた介護保険事業計画等により「24時間在宅ケア」の普及の展望を含めた地域グランドデザインを描くことが重要である。

(2) 具体的な展開方策

①24 時間在宅ケアへの移行方策

○事業主体の考え方

- ・ 現在のサービス提供形態を踏まえると、「24 時間在宅ケア」を提供するサービス提供形態には、次の 3 つのパターンが考えられる。

Ⓐ 小規模多機能型居宅介護事業所であって重度者に対して原則毎日 4, 5 回程度^{※1}の複数回スポット型の訪問介護を行う形態

Ⓑ 一法人で訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、居宅介護支援を実施している主体であって、重度者に対して原則毎日 4, 5 回程度^{※1}の複数回スポット型の訪問介護を行う形態

Ⓒ 複数の法人によるコンソーシアムでⒷの事業を行う形態^{※2}

※1. デイサービスセンターを利用するときは 2, 3 回

※2. 定額報酬でどのように運営できるかについては検討が必要。

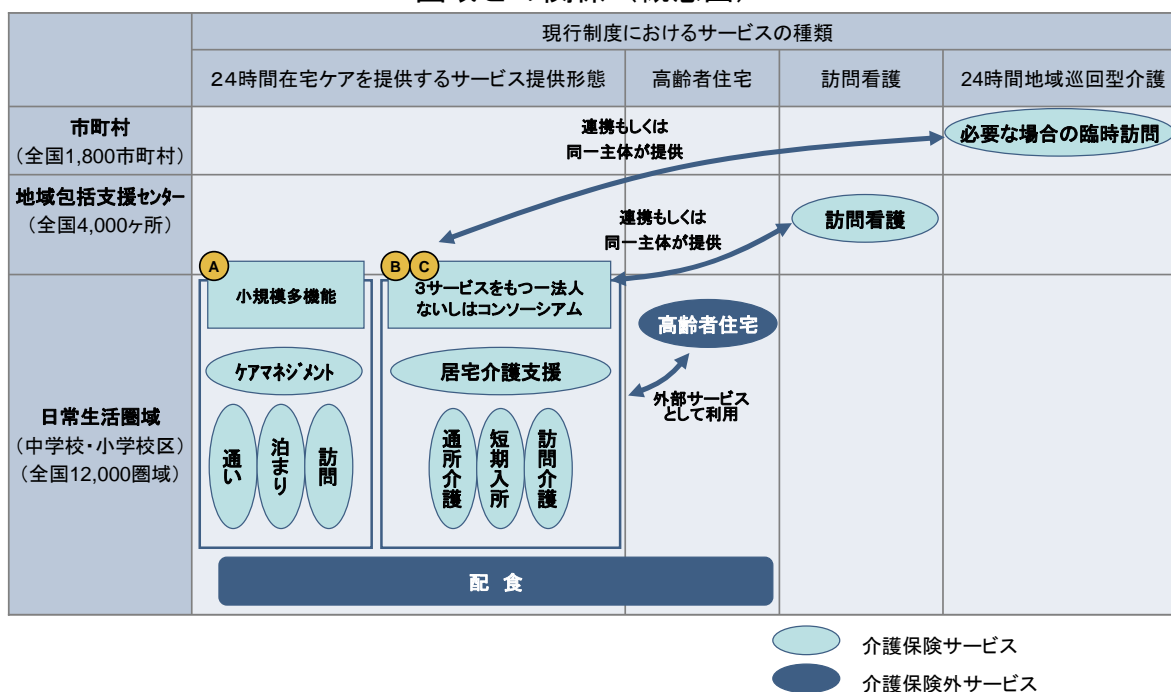
- ・ ICT 機器を利用した 24 時間の連絡体制は上記いずれのパターンでも不可欠であるが、訪問看護サービスと、必要に応じた臨時訪問サービスは同一主体（上記のサービス主体）が行うか、別主体と連携するかの 2 通りの組み合わせが考えられる。
- ・ これらの考察を踏まえ、現行のサービス体系から移行させることを考えると、次のような移行形態が考えられる。
- ・ 一つは小規模多機能型居宅介護を基本として、重度の人は 1 日に 4, 5 回程度（デイサービスを利用する場合は 2~3 回）のスポット型の訪問介護サービスの提供を基本とするもの。
- ・ 二つ目は、現行の 24 時間地域巡回型訪問サービスに短期入所生活介護と通所介護を付加するもの。

注：日常生活の中では、精神不安・発熱・発病・看取りなど、不定期のニーズが常に発生するため、臨時訪問を含めた 24 時間の対応が原則となる。なお、最低一日 4 回の定期的な短時間巡回訪問介護サービスを行うモデル事業を実施している新生メディカルへの聞き取り調査によると、定期的な巡回サービスを行っている場合、夜間における不安が少なく睡眠が確保されることで、夜間の臨時訪問のニーズが少なくなるとのことである。

○圏域設定の視点

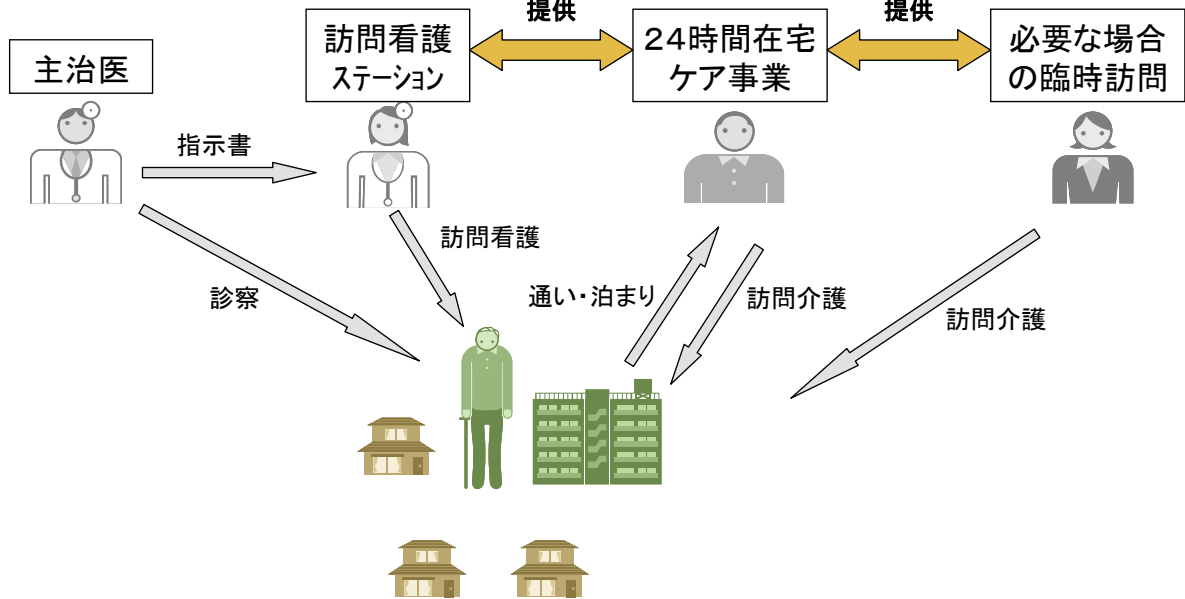
- ・ 「24 時間在宅ケア」は次ページの図に示すように、重層的な圏域設定において実現されるものである。
- ・ まず、高齢者の生活に身近なエリアである日常生活圏域に、通い・泊まり・訪問の3サービスを提供する拠点が配置される。
- ・ 訪問看護サービスや必要に応じた臨時訪問サービスは、日常生活圏域単位ではまとまった需要を確保するのが困難なため、地域包括支援センター単位に訪問看護サービスや在宅医療の拠点を、また、対象者が少ない現状では当面、市町村単位に必要な応じた臨時訪問サービスの拠点を配置することが考えられる。

図表4.1 現行制度から24時間在宅ケアのサービスへの移行の構造と圏域との関係（概念図）



- ・ 高齢者専用賃貸住宅等の高齢者住宅は、日常生活圏域内の24時間在宅ケア事業者から外部サービスの提供を受ける方式が考えられる。

図表4.2 訪問看護及び臨時訪問との連携イメージ
 連携もしくは
 同一法人が
 提供



②既存システムから24時間在宅ケアシステムへの再編成

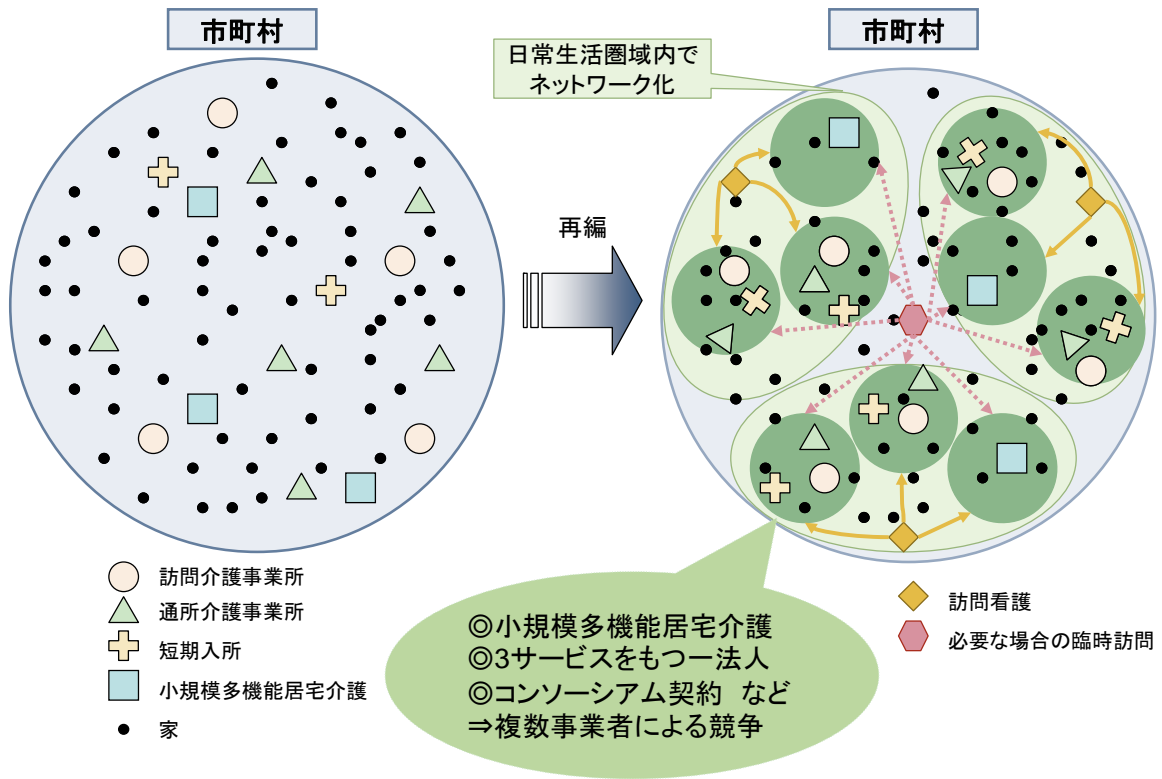
○日常生活圏域単位での事業展開方策の明示

- ・ 高齢化の進展が著しい都市部においては、現行の在宅介護サービス体系から圏域単位のサービス体系へと移行するための展開方策を明らかにしていく必要がある。

○圏域単位の報酬配分

- ・ 既存のシステムでは、各々の事業所ないし法人が各々の経営判断で事業展開を行う結果、一事業所の圏域が必要以上に広域になってしまうなど、必ずしも効率的なリソース配分とならない場合がある。逆にいえば定額報酬にすると単価が相当程度、高くなる可能性がある。
- ・ この問題を解決するためには、圏域単位に適正な定額報酬の単価を設定し、圏域ごとに事業者を指定する仕組みを模索していく必要がある。
- ・ また、競争原理を保つため、たとえば地方公共団体が公募で事業所を選定する期限付きの認定方式（有期認定方式）や同一圏域内での複数事業者の指定方法を検討することも重要である。
- ・ なお、「24時間在宅ケア」のパッケージとして提供するサービスメニューは比較的初期投資額の低い居宅サービスであり、介護老人福祉施設などの施設サービスと比べて参入や撤退が容易であるため、地方公共団体や地域密着型サービス運営協議会などの運営協議会等による事業者選定時および事業実施過程におけるチェックを厳格に行えば、サービスの質を担保しやすいと考えられる。

図表4.3 24時間在宅ケアの基本となるサービス内容と圏域の関係（概念図）

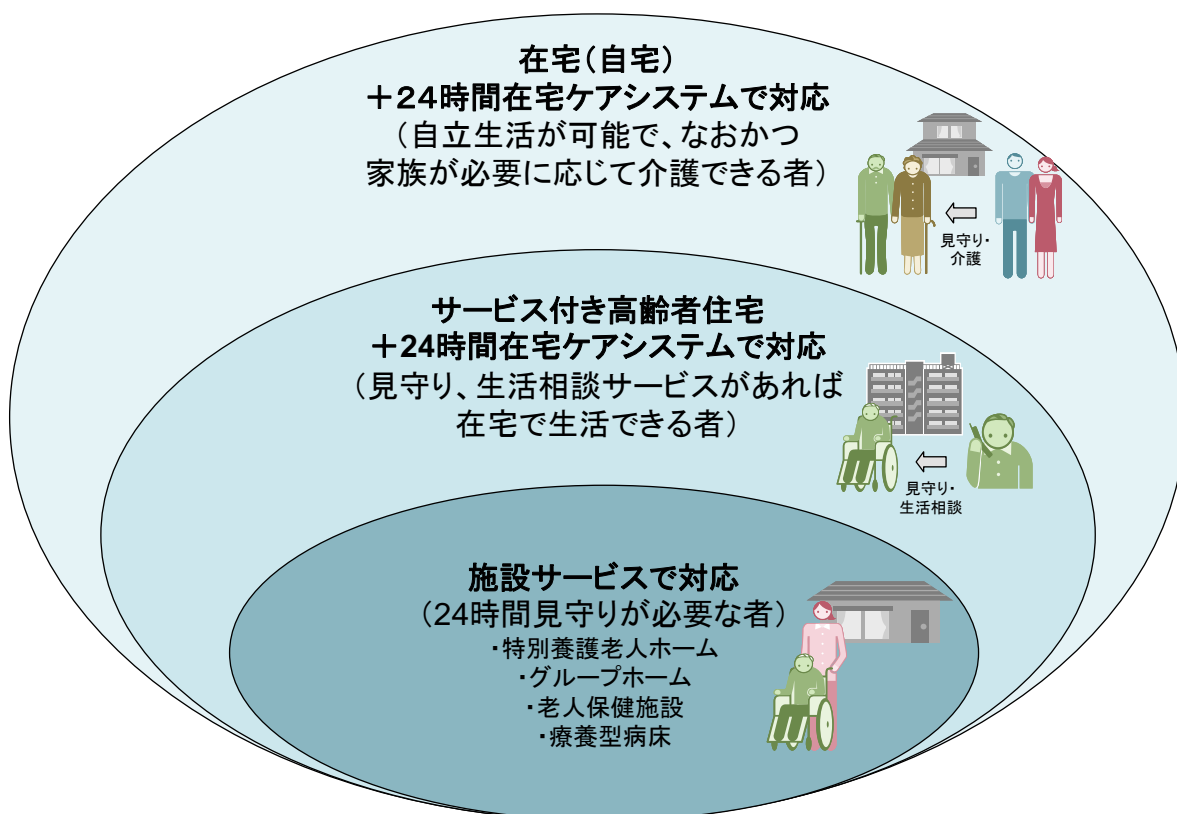


③「サービス付き高齢者向け住宅」の充実

○サービス付き高齢者向け住宅への居住ニーズの把握

- ・ 単身世帯で重度の高齢者の場合は、24時間在宅ケアサービスを受けてもなお、自宅生活を続けるには困難な場合がある。その場合、単身で重度の高齢者については常時の見守りが可能であるグループホーム、特別養護老人ホームなどの施設サービス（住まい型の施設サービスが望ましい。以下、単に「施設サービス」とする。）か、一定の見守りと相談機能を持った高齢者向け住宅と「24時間在宅ケア」を組み合わせたサービスの2つの受け皿が考えられる。
- ・ 今後、これらのサービスに対するニーズを把握しながら、総合的なサービス展開を図る必要があるが、施設サービスの方が、相当整備が進んでいることから、当面必要となるのはサービス付き高齢者向け住宅であり、その居住ニーズの把握が必要である。

図表4.4 高齢者の状態像と住まい方との関係図（概念図）



○適切な供給を図るためのチェックシステムの導入

- ・ なお、今般改正された新たな「高齢者住まい法」により、サービス付き高齢者住宅の登録にあたっては、構造等の基準を満たすとともに高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものであることが求められるため、地域の需要に対して過大な規模の参入等については登録を認めないことも可能と考えられる。
- ・ 一方、サービス付き高齢者向け住宅と 24 時間在宅ケアシステムの供給主体が異なる場合には、責任の所在があいまいになり、サービス提供に不整合(弊害)が生じる恐れがある。そのため、24 時間在宅ケアシステムの実現に際しては、自治体、地域包括支援センター、運営協議会等による、厳格なチェックシステムの整備が必要である。

④在宅医療の充実・強化

- ・ 在宅医療の基盤整備が不十分であると、医療的なケアが必要になった段階で入院し、在宅生活が中断した上、在宅には戻れない場合が生じる。そのため、24 時間在宅ケアを実現するためには、在宅医療を普及する必要がある。
- ・ 具体的には、入院予防や在宅での看取り機能などを担う在宅医療等の計画的整備が不可欠であり、24 時間在宅ケアシステムを導入するに当たっては、かかりつけ医と在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院との連携や、24 時間対応の訪問看護サービスの整備などを進めることが重要になってくる。
- ・ また、在宅医療を普及させるためには、後方支援するための病床の整備も望まれる。

§5 今後の課題

○24時間在宅ケアを実現する上での課題

- ・ §4の「(2) 具体的な展開方策」で掲げたように、「24時間在宅ケア」の構築及び定額報酬の仕組みの確立に向けて、検討すべき課題として次の3点が挙げられる。
 - 1) 3サービスをパッケージで提供する事業主体のあり方
 - ・ 圏域ごとに将来展望を行政が示すこととなると考えられる。この場合、既存の介護事業者は一定期間の間に「24時間在宅ケア」のシステムに移行するために、移行形態を自ら検討し準備しておく必要があるのではないか。
 - ・ 定額報酬をコンソーシアム方式で提供することは可能か。
 - 2) 「24時間在宅ケア」における具体的な報酬体系のあり方
 - ・ 定額報酬の単価の基準としては「要介護度」よりも「スポット型訪問の必要頻度」が加味されるのではないか。
 - ・ 一定圏域で複数の事業者が競争することを前提とした場合、一事業あたりの定員をどのように設定するか。
 - ・ 圏域の広さに対応して、単価を変える必要があるのではないか。
 - ・ 利用者の要介護度を下げる、あるいは、できる限り悪化させないインセンティブを持ったものとするためにはどのような工夫が必要か。例えば、要介護度毎の単価でよいのか、訪問看護は定額報酬の中にふくませた方がよいのかなど、が考えられる。
 - 3) 定期的な訪問介護の実施確認の必要性など「24時間在宅ケア」の質を担保・向上させるための手法
 - ・ 訪問確認の記録システムなどサービス実績の記録方法をどのように確立するか。
 - ・ 地域住民の参加を含め、サービスのチェック体制をどのように確立するか。
- ・ これらの事項について、より踏み込んだ検討を行うため、「24時間在宅ケア」を一定期間、特定の地域に提供する実証事業を行う（特区制度を活用する）など、具体的な検証をさらに詰める必要がある。

- 「24時間在宅ケア」システムを含む圏域全体のサービスシステムにおける課題
- ・「24時間在宅ケア」を基本として今後のケアシステムを展望する際、サービス付き高齢者向け住宅及び施設サービスが、それぞれ圏域ごとにどの程度必要であるかについての目安を今後検討する必要がある。
 - ・在宅医療については、在宅ケアシステムに不可欠なものであり、少なくとも市又は地区医師会の単位で計画的な整備を促進する政策が必要である。
 - ・本報告書は、「24時間在宅ケア」システムのあるべき方向性を中心としてまとめたが、これに対応する「住まい」に関しては、低所得層対策が何らかの形で行われなければ、今後の都市部における高齢化に対応できないと考える。