

2014 年度 立教大学 博士学位申請論文

生活の継続性に重点を置いた認知症のある高齢者の生活支援のあり方

－ 社会関係性の視点から －

片山 友子

(在籍時学生番号：07WD003J)

指導教授：森本 佳樹 教授

副指導教授：三本松政之教授

副指導教授：松山 真 教授

外部副査：太田 貞司 教授

(聖隷クリストファー大学社会福祉学研究科教授)



## 目次

序章	5
第1節 研究の背景	5
第2節 研究の主題と方法	7
第3節 本論の構成	13
第1章 高齢期の生活と社会関係性	15
第1節 生活の継続性とは何か	15
1) 社会福祉学における生活概念	15
2) 生活の継続性	20
第2節 社会関係性と高齢期におけるその特徴	26
1) 社会関係	26
2) 高齢期における社会関係とその特徴	31
3) 社会関係性	42
第2章 日本における認知症高齢者介護の変遷と現状	44
第1節 社会問題としての認知症高齢者介護とその背景	44
1) 認知症の診断方法・スケール・治療の変遷	44
2) 社会問題としての認知症高齢者介護とその背景（1960～1980年代）	56
第2節 認知症高齢者介護の発展	61
1) 地域課題としての認識と実践活動	61
2) 政策展開	70
第3節 認知症高齢者介護における社会関係性に関する研究の動向	79
1) 認知症に対するイメージや意識に関する先行研究	79
2) 認知症高齢者の社会関係性に関する研究	83
第3章 小規模多機能型居宅介護にみる生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護	88
第1節 小規模多機能型居宅介護の利用類型	90
1) 小規模多機能型居宅介護事業の整備状況	90
2) 調査の目的および方法	94
3) 調査結果の概要	96
4) 考察 ～施設利用同様型の課題と施設併設型の特異性～	101
第2節 在宅生活支援型にみる生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者の生活支援の特徴	104
1) 調査の目的および方法	104
2) 調査結果の概要	105
3) 考察 ～専門職機関との連携と地域との関係づくり～	122
第3節 看取りにおける専門職機関との連携	127
1) 調査の目的および方法	127
2) 調査結果の概要	129
3) 考察 ～運営法人の事業展開による連携の差異～	144
第4節 考察	151

第4章 生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護における地域との関係づくりと支援技術	154
第1節 地域との関係づくり	154
1) 調査の目的および研究方法	154
2) 調査結果の概要	155
3) 考察 ～運営推進会議を活用した地域との関係づくりとケースを通じた近隣住民との関係づくり～	169
第2節 ネガティブな社会関係性をもつ認知症高齢者に対する支援	172
1) 調査の目的および研究方法	172
2) 調査結果の概要	174
3) 考察	178
第3節 ポジティブな社会関係性を活かした支援	185
1) 調査の目的および研究方法	185
2) 調査結果の概要	186
3) 考察 ～社会関係をきらない支援～	191
第4節 考察	196
終章	199
第1節 生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護	199
1) 社会関係性に対するアプローチの有用性	199
2) 個別支援の積み重ねとコミュニティワーク	207
第2節 社会関係性に着目したアプローチの今後に向けた課題	210
1) 社会関係性の変容と地域格差	210
2) 社会関係性に着目したアプローチの評価	211
第3節 本研究の課題	212
参考文献リスト	213
資料	221



## 序章

### 第1節 研究の背景

認知症とは、何らかの原因により脳に器質性の異常が起こり、一度発達した知能が後天的に障害された状態が慢性に持続し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態のことである（日本神経学会 2010）。2010年、日本では、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の高齢者は280万人であった<sup>i</sup>。そして、2025年には、470万人に上ると試算されている（厚生労働省 2013）。しかし、認知症の根本治療薬は現存せず、認知症ケアもまだ確立されていない。1999年にドネペジル塩酸塩（アリセプト）が認可されるまで、アルツハイマー病の進行抑制薬も全く処方されることはなかった。また、認知症には、原因疾患に起因する記憶障害や理解・判断力の低下、実行機能の低下といった中核症状の他に、原因疾患を問わず、認知症のある人に起こる行動・心理的反応・精神医学的症状（BPSD； Behavioral and psychological symptoms of dementia）がある。このBPSDに対しても対応方法は確立しておらず、薬物療法や非薬物療法等が行われているが、中には、精神病治療薬の不適切な投与や拘束、一方的な非難・指導といった人権を侵害する行為も行われ（大熊 1981、林崎 1996）、パーソンセンタードケアをはじめとする認知症ケアの理念が広まった現在でも、そうした行為が一切なくなったわけではない。

こうした状況に対して、2012年6月、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは、「今後の認知症施策の方向性について」報告書を示した。過去10年間の認知症施策を再検証した上で、今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討し、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成といった取り組みを図ることを挙げ、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定された。

介護保険制度が始まり10年以上が経ち、日常生活圏域という地域ケアの基盤が形成され、地域で暮らす要介護者が増加し、認知症という疾病の認知度は高いにも関わらず、認知症のある人に対して否定的なイメージを持つ人は少なくない。認知症サポーター養成講座や製薬会社によるテレビCM放映をはじめとする啓発活動が行われている中で、2012年に出された前述の報告書に、国として、「かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない。」と、これまでの認知症ケアに人権を侵害する行為があったことを誤り

<sup>i</sup> ただし、要介護認定申請を行っていない高齢者は含まれない

として認め、またそのような状況を放置してきた認知症施策の方向転換を示した意義は大きい。

しかし、地域包括ケアシステムがさげられる昨今においても、認知症高齢者だけでなく、介護が必要になったとき、介護度が高まる程、自宅での生活を続けるには、家族介護が前提となっている。そして、食事や排泄の介助が必要になり、認知機能の低下に伴って、その自己決定能力が低下していくと、生活の場や介護サービスに関する決定権は、本人から次第に、介護者に移行していく（中西 2003）。また、個人的な経験ではあるが、いくつかの認知症対応型共同生活介護事業所において、入居者自身が、物事が徐々にわからなくなっていくことに対して不安を感じていることを直接聞いた。根本治療薬の現存しない中で、徐々に症状が進行していくことを実感している認知症高齢者自身の不安は図り知れない。こうした不安を抱えながら生きている認知症の人が、その症状が進行しながらも、どのような支援技術と地域システムによって、その人らしい生活を継続していくことができるのか、これが、本研究の主題である。

## 第2節 研究の主題と方法

### 1) 研究の主題

幸福な老いに関する研究において、Rowe と Kahn (1997) は、幸福な老いの主な構成要素の一つとして、社会関係性の維持と生産的な活動を挙げている。また、これまでの研究から、幸福な老いは、社会的活動と関連していることが示されており、老化過程において認知機能を維持するためには社会的環境や役割が有効であることも示されている。

また、一番ヶ瀬 (1993) は、生活リズムへの着目や生活への認識は、現在、福祉の視点からも重要な課題であり、福祉という言葉が一般的に「幸せ」と同義とされているならば、福祉は、まさに生活の状況の程度とそれへの満足度の総合として捉えられると述べている。内閣府の「平成 21 年度 国民生活選好度調査」結果によれば、幸福感を判断する際に重視した事項の上位には、「健康状態」、「家族関係」、「家計の状況 (所得・消費)」が挙げられ、65 歳以上の高齢者では、この 3 つの他に「自由な時間」、「友人関係」が上位に入っている。

そして、慢性疾病に対する長期ケアのシステムについて、「地域ケアシステム」を提唱した太田貞司 (2003) は、ICF を参照しつつ、生活について、人間は社会的な関係の中で生き、社会的な関係を取り結び、紡ぎながら自己を形成していると述べ、こうした過程が「生活すること」であると定義している。

これらのことから、固体としての生存 (生命の維持)、いのちが支えられていると判断できる状況を前提 (基盤) とし、一定の経済状況において、家族関係や友人関係といった社会関係の中で、自由な時間を持って過ごすことを支援することは、その人らしい暮らしを支えることになるのではないだろうか。

そこで、本論では、どのような支援技術と地域システムによって、認知症のある人が、症状が進行しながらも、その人らしい生活を継続することができるのかという主題に対し、どうすれば、生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者の生活支援を実践できるのか、社会関係性という視点から探索的に検討していくこととした。

### 2) 研究の方法

#### a) 前提となる概念の定義

慢性疾病に対する長期ケアのシステムについて、「地域ケアシステム」を提唱した太田貞司 (2003) は、この ICF を参照しつつ、生活について、人間は社会的な関係の中で生き、社会的な関係を取り結び、紡ぎながら自己を形成していると述べ、こうした過程が「生活すること」であると定義している。本論では、この太田の定義を援用しつつ、生活とは、ヒトとしての生命が確保される状況・環境を前提とし、社会的な関係の中で培う物質的、経済的、情緒的関係を含めた各々の環境条件の上に成り立ち、そして大なり小なりの自己決定の連続によって形成される行為の積み重ねであると定義した。

また、自己決定とは、個人が対象に対して行う判断や選択そのものを指すとするならば、自己決定は、日常の様々な場面において絶えず行われている。生活とは、そうした自己決定の連続によって、「その人らしさ」が生み出されているといえる。ただし、それは、一定の選択肢の中に自らの希望に近い選択肢が存在している状況を前提としており、自らの希望に近い選択肢が存在していない状況や選択肢自体が存在しない状況における選択・決定場面においても同様に「その人らしさ」が生み出されているといえるのか、本論においても自己決定概念の限界性について留意する必要がある。本論において用いる自己決定は、生活支援の在り方を考える際の視点としての自己決定であり、価値基盤の形成における自己決定・自己選択といった意味をもつと考える。その上で、「その人らしさ」を支える高齢期の生活支援とは、①生命の維持・確保、②主体性・自己決定・自己実現の支援、③環境および他者関係の調整を行うことであると定義する。

そして、その人らしい暮らしを支える上で、前述の通り、その人の家族関係や友人関係といった社会関係は、幸福感をもたらす要素の一つであり、その人らしい生活を継続していく上で、社会関係性は重要な役割を担っている。なお、本論では、都市社会学のパーソナルネットワークの概念を援用しつつ、特定の個人を中心とし、他の個人、集団、組織、機関といった社会的行為者によって構成される関係のうち、主に構造的側面について着目したものを「社会関係」と定義し、社会関係の構造と機能の総体を社会関係性と定義した。また、生活の継続性における社会関係性に着目した支援を、これまで本人が築いてきた社会関係の構造をできるだけ保ち、その中で本人に対して差別、虐待、金銭搾取、排他的行為をはじめとするネガティブな関係性、もしくは本人が意図せず脆弱化する関係の背景に対してアプローチする支援のことと定義した。

以上を踏まえ、前述の主題に対し、どうすれば生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者の生活支援を実践できるのかを研究課題として、以下の方法で研究を行う。

## **b) 生活の継続性に重点をおいた認知症高齢者介護の設定**

小規模多機能型居宅介護が2006年4月施行の改正介護保険法から、新たに制度化された背景には、1980年代頃から始まった宅老所の実践の継承がある。宅老所は、通い、訪問、泊まり、住居サービスを小地域で一体的に取り組んできた経緯があり、小規模多機能型居宅介護の制度化にあたって、建物や人員が運営基準に満たないことや、対象者を介護保険の被保険者に限定せずに広く必要な人にサービスを提供したい等の理由から、介護保険指定事業者とならなかった宅老所もあるが、日常生活圏域という一定の地域において、通い、訪問、泊まりのサービスを柔軟に提供しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを、利用者宅での生活を中心に支援するサービス形態は、現在の介護保険制度において、生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護を検討するために最も適切であると考えられる。

そこで、2007年度、2009年度、2011年度に、全国の小規模多機能型居宅介護事業所を対象に実施された調査データ（のべ事業所 2,123ヶ所、利用者 34,049名分）から、利用者の通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析（k-means法）を用い、8タ

イプ（A～H群）に分け、さらに、各群の特徴から、「在宅生活支援型」、「住まい併設型」、「施設利用同様型」の3つに類型化した。その結果、「住まい併設型」の利用は、事業所での泊まり利用はほとんどなく、併設された住まいからの通い回数もしくは併設された住まいへの訪問回数が全体平均に比べて非常に多い、特異な利用ケースであることが示された。また、「施設利用同様型」は、ほぼ毎日通いと泊まりを繰り返し、訪問はほとんど行われておらず、自宅よりも事業所で過ごすことが中心となっているケースであるといえる。

よって、本調査分析では、認知症のある利用者に対して利用者宅での生活継続を重視した生活支援を行うことを生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護として評価することとした。

なお、本研究で扱ったデータは、立教大学森本佳樹研究室および全国小規模多機能型居宅事業者連絡会によって実施された調査結果のうち、利用状況調査が実施された2007年度、2009年度、2011年度のデータである。2007年度の調査は、立教大学が受託した「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」、2009年度の調査は、「平成21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 小規模多機能ケアにおける専門職連携のあり方に関する研究」によって実施され、2011年度の調査は、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が受託した「平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域包括ケアの実現にむけた小規模多機能型居宅介護の質の確保・向上のための調査研究」によって実施されたものである。筆者は、立教大学で実施された2007年度および2009年度の調査において、事務局および調査実施者の一人として調査設計から分析まで携わっている。また、2011年度の調査は、本研究において、経年的な変化を知るためにも必要と判断し、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に協力を仰いだ。なお、2011年度のデータの寄託者である全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に対しては、使用方法および管理に関する誓約書を提出した上で利用承認を得ている。

#### c) 利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴

利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴を明らかにするために、2009年度に実施した前述の調査データ（事業所769ヶ所、利用者12,556名分）のうち、①年齢65歳未満の利用者データ、②住まいの形態が「高専賃・高優賃」、「住宅型有料」、「その他」である利用者データ、③利用者宅と事業所との距離が、「事業所敷地内」、「それ（10km前後）以上」である利用者データを除いたもの（事業所640ヶ所、利用者10,170名分）を対象とし分析を行った。

#### d) 専門職連携（医療機関との連携）における連携方法の検討

利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴の一つに、その基盤形成の一つとして、専門職機関・事業所との連携が重要であることが示された。そこで専門職機関・事業所との連携が最も必要となるケースの一つに医行為への対応を伴うケースが挙げられるが、

医行為への対応として、看取りにおける医療機関との連携の実態と関連要因について明らかにするため、2009年度に実施した前述の調査データ（事業所 769ヶ所、利用者 12,556名分）について2次分析を行った。また、医療機関との連携の具体を明らかにするために、同調査に付随して行われた訪問ヒアリング調査（半構造化面接）の再分析を行った。再分析を行った調査データは、自身が実際にヒアリング調査を行った事業所のうち、郵送アンケート調査の回答において、①看取りのケース数の非常に多い事業所、②看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携ケース数の多い事業所、③看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携内容（その他を除く9項目）が7項目以上該当している事業所、もしくは、前述の調査研究委員会の委員の推薦する事業所の計7ヶ所について、その内容を再分析した。

#### e) 地域との関係づくりの検討

利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴の一つに、地域との関係づくりが関連していることも示唆された。地域との関係づくりの具体を明らかにするために、2009年度の前述の調査結果（事業所 769ヶ所、利用者 12,556名分）から、住民組織の関わりと具体的な内容について整理分析した。

#### f) 生活の継続性に重点を置いた支援技術の検討

生活の継続性に重点を置いた支援技術の検討を行うために、被害妄想による他者への攻撃的な言動によって、ネガティブな社会関係性へと変容した事例に対する介護支援専門員 N 氏のアプローチと、退院支援における社会関係を切らない支援事例を行った医療ソーシャルワーカー R 氏のアプローチについて、訪問ヒアリング調査（半構造化面接）を実施した。

介護支援専門員 N 氏のいる事業所 M を訪問ヒアリング調査の対象として選んだのは、著者は、2007年に実施された前述の調査および2008年に実施された「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 地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護のあり方に関する研究」（立教大学森本佳樹研究室受託）において、既に事業所 M を訪問しており、他のヒアリング調査先と比較しても、認知症高齢者の地域生活支援において先駆的な活動をしている事業所の一つとして挙げられるためである。

また、医療ソーシャルワーカー R 氏のいる P 病院を訪問ヒアリング調査の対象として選んだのは、P 病院のある自治体が、小規模多機能型居宅介護を活用し、認知症ケアを中心とした地域住民の活動を推進する事業を行っており、既に全国区でその先駆的事業として報告されている上、筆者は、2010年に実施された「厚生労働科学研究被補助金 政策科学総合研究事業 ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究」（井上由起子・森本佳樹・筒井孝子）において、調査員として、既にこの自治体の職員やこの自治体にある他法人の小規模多機能型居宅介護事業所数ヶ所に対して、ヒアリング調査を行っており、その中で、P 病院が、地域住民によって設立された NPO 法人の活動を活用しながら自宅退院の支援を重点的に行い始めていると情報を得ていたため、本調査先として選んだ。

**g) 倫理的配慮**

本研究は、筆者が所属していた立教大学コミュニティ福祉学研究科の倫理指針に基づき、指導教授の指導のものに行ったものである。

前述の調査について、倫理的配慮として、自記式アンケート調査においては、調査票に調査の趣旨が明記されていることを確認し、利用者個々の基本属性および利用内容の記入表は匿名化し、集計前に事業所名が特定できないようにコード化し分析を行った。また、訪問ヒアリング調査においては、調査時は、プライバシーの保護に配慮して説明してもらい、調査時の記録（調査メモおよび録音記録を文字化したもの）においても、利用者等の個人名や個人が特定される地名等は、個人が特定できない形にコード化した。2次分析を行った訪問ヒアリング調査においても同様であり、また報告書において承諾を得ている記載以外の内容は使用しておらず、個人ケースの事例については再分析の対象とはしていない。そして、全ての調査において、本論でも、事業所や利用者等の個人や場所が特定できるような情報については掲載していない。

〔図表 序－1〕 調査の概要

<p>アンケート調査（2007年度）</p> <p>【調査方法】自記式アンケート調査（郵送）</p> <p>【調査期間】2008年1月～3月</p> <p>【調査対象】2007年12月現在WAM-NETに掲載されていた全事業所1,332ヶ所（休止・廃止は除く）</p> <p>【回答事業所数】363ヶ所（回収率27.3%）、利用者4,434名分の利用内容を回答</p> <p>【調査項目】事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、運営推進会議・連絡協議会等 個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況等</p>
<p>アンケート調査（2009年度）</p> <p>【調査方法】自記式アンケート調査（郵送）</p> <p>【調査期間】2009年11月～2010年1月</p> <p>【調査対象】2009年10月現在WAM-NETに掲載されていた全事業所2,223ヶ所（休止・廃止は除く）</p> <p>【回答事業所数】769ヶ所（回収率34.6%）、利用者12,556名分の利用内容を回答</p> <p>【調査項目】事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、ケアマネジメント、看取りと医療連携、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等 個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況、加算有無等</p>
<p>アンケート調査（2011年度）</p> <p>【調査方法】自記式アンケート調査（郵送）</p> <p>【調査期間】2011年12月～2012年1月</p> <p>【調査対象】2011年11月現在WAM-NETに掲載されていた事業所全3,279ヶ所（休止・廃止は除く）</p> <p>【回答事業所数】991ヶ所（回収率30.2%）、利用者17,059名分の利用内容を回答</p> <p>【調査項目】事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等 個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況等</p>
<p>訪問ヒアリング調査（小規模多機能型居宅介護事業所7ヶ所）</p> <p>【調査方法】半構造化面接（1時間半～2時間程度）</p> <p>【調査期間】2009年12月～2010年6月</p> <p>【調査対象】小規模多機能型居宅介護所7ヶ所</p> <p>【調査項目】開設経緯と法人の特色、サービス提供体制、サービス提供実績、医療依存度の高い利用者への対応方法、これまで終了したケース数、看取りについて、在宅療養支援診療所・一般病院・訪問看護との連携、地域とのかかわり、専門機関との関係</p>
<p>訪問ヒアリング調査（小規模多機能型居宅介護事業所M）</p> <p>【調査方法】半構造化面接</p> <p>【調査期間】2011年6月13日13時30分～16時00分</p> <p>【面接対象】小規模多機能型居宅介護事業所Mのケアプランに関わる同法人の居宅介護支援事業所の介護支援専門員1名（N氏）</p> <p>【調査項目】事業所の概要、小規模多機能型居宅介護を利用している認知症高齢者の基本属性と支援内容（利用者の基本属性、利用前の社会関係、認知症の進行によって生じた社会関係の変化とそれにもなうトラブル、利用者に対する支援等）</p>
<p>訪問ヒアリング調査（P病院）</p> <p>【調査方法】半構造化面接</p> <p>【調査期間】2012年1月12日17時00分～18時30分</p> <p>【面接対象】P病院の医療ソーシャルワーカーR氏</p> <p>【調査項目】病院の概要、NPO法人の設立経緯と活動内容、退院支援事例（患者の基本属性、退院支援の内容、医療ソーシャルワーカーや小規模多機能型居宅介護事業所の関わり方等）</p>



### 第3節 本論の構成

本論は、5章で構成され、前半の序章に本研究の背景と主題、第1章に本研究の主題に関するキー概念の定義、第2章に先行研究について述べ、後半の第3章と第4章において生活の継続性に重点を置いた認知症のある高齢者（以下、認知症高齢者）の生活支援のあり方について、自記式アンケート調査およびヒアリング調査によって検討し、終章で研究によって導き出された知見の総合的な考察を行い、残されたテーマと研究課題について述べている。各章の主な内容は、以下の通りである。

#### 第1章 高齢期の生活と社会関係性

本章では、生活の定義の整理と生活の継続性の捉え方についての検討を行い、また高齢期における社会関係性の特徴について述べ、認知症高齢者の生活の継続性について検討するための基礎知見の整理を行い、本論の前提となる諸概念の定義を提示している。

#### 第2章 日本における認知症高齢者介護の変遷と現状

本章では、社会関係性がなぜ重要なのか、日本における認知症高齢者介護の歴史について、医療と介護の両面から体系的に整理した上で、これまでの日本の認知症高齢者介護の変遷を反省的に捉え、現状と今後の課題について示している。特に第2節では、地域課題として認知症高齢者介護が認識され、在宅所を中心に認知症高齢者の生活の継続性を重視した実践が広まりをみせたことについて、社会関係性という視点から再評価している。

#### 第3章 小規模多機能型居宅介護にみる生活の継続性の高い認知症高齢者介護

本章では、小規模多機能型居宅介護事業者へのアンケート調査結果の分析を行い、利用内容による類型化とその特徴および生活の継続性に関する課題について示している。第1節では、小規模多機能型居宅介護事業の利用内容と回数によって類型化し、「住まい併設型」の特異性を明らかにするとともに、第2節では、利用者宅での生活支援を「施設利用同様型」ではない利用内容で多く支えている事業所の特徴を明らかにし、生活の継続性の高い認知症高齢者介護には、専門職機関との連携と地域との関係づくりが重要であることを示した。また第3節では、前者の専門職機関との連携について、訪問ヒアリング調査を実施し、看取りにおける専門職機関との連携の類型を示した。

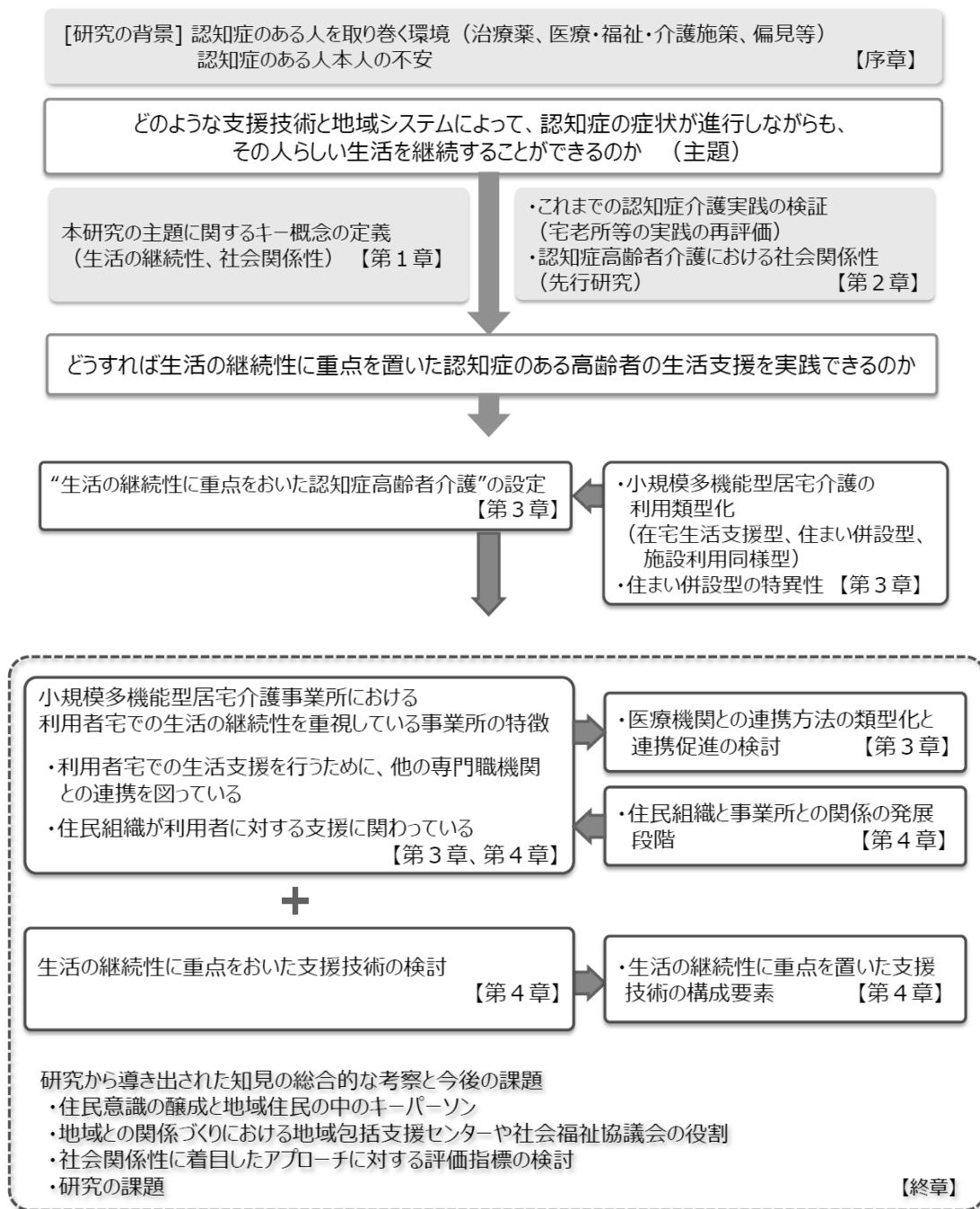
#### 第4章 生活の継続性に重点をおいた認知症高齢者介護における地域との関係づくりと支援技術

本章では、第3章で示された地域との関係づくりについて、そのプロセスと支援技術について分析を行い、社会関係性へのアプローチの重要性を述べている。特に第2節と第3節では、社会関係性に着目したアプローチについて、小規模多機能型居宅介護利用者に対するケアマネジメント事例と退院支援における事例を取り上げ、先駆的実践を行っている介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーがどのような支援を行っているのか分析し、生活の継続性に重点を置いた支援技術の構成要素について示した。

終章

終章では、第3章および第4章の分析結果によって明らかになった生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護について、総合的に考察している。生活の継続性に重点をおいた認知症高齢者介護を提供している介護事業所が、地域の社会資源として、地域との関係づくりや医療機関との連携を行うことで、こうした実践の基盤を形成し、個別支援の積み重ねやコミュニティワークにおいて、住民意識の醸成が図られることがわかった。そして、今後、こうしたアプローチの評価方法の開発等が課題として残った。

〔図表 序-1〕 論文の構成図



## 第1章 高齢期の生活と社会関係性

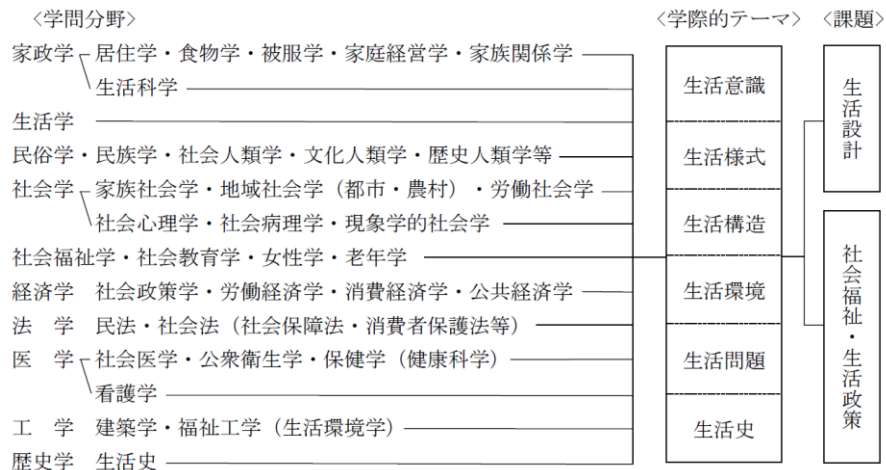
### 第1節 生活の継続性とは何か

#### 1) 社会福祉学における生活概念

生活という言葉は、社会福祉実践および研究においても頻繁に使用され、非常に重要かつ基礎的な概念である。1940年代後半以降、日本の社会福祉研究における生活概念は、「生活難」や「生活問題」といった社会福祉の対象論や生存権保障、生活保護水準の中で議論され、1970年代頃より QOL や自立生活に関する研究において、経済学的研究や社会学的研究の方法や分析視点を取り入れながら展開されてきた。

本多(1998)によれば、社会学の系譜における生活研究では、経済学的視点のみでは捉えきれなくなった生活を取り巻く諸問題に対して、都市社会学や家族社会学、農村社会学等、それぞれのアプローチにより生活構造論が展開されてきたという<sup>i</sup>。また、社会福祉研究において、生活概念に関する先行研究は少ないが、生活する個人が主体性を持つ存在であることを強調する居住学的視点や、家庭生活などの物的側面や人間関係などにも関心を払う社会学的視点、そして生活全体をありのままに捉えようとする生活学的視点は、社会福祉学における生活研究に、大きく影響を与え、社会福祉学では、「生活問題」や「生活障害」を抱える主体の生活を全体的に把握するような議論が展開されてきた。

[図表1-1] 生活研究の系譜



※ 本系譜は、本多が山手茂(1996)『社会福祉形成とネットワークング』亜紀書房, p241の系譜に加筆したものである

本多勇(1998)『『生活』概念の検討と整理・『生活』研究のレビュー』国際医療福祉大学紀要 3, pp14 より抜粋

<sup>i</sup> 本多は、5つの学問的領域(①経済学的・社会政策学的研究、②社会学的生活研究、③居住学的生活研究、④生活学的生活研究、⑤社会福祉学的生活研究)から、代表的論者の議論を概観し、生活を「マクロ的視点の生活/客体的生活」と「ミクロ的視点の生活/主体的生活」として把握する議論を試みている。

## a) 生活構造論における生活の定義

1940年代から籠山京や中鉢正美らによって展開された生活構造論は、労働力やその再生産過程である家庭生活を機軸に論議され、労働生活や消費生活の側面から生活の構造を時間的、または空間的に捉えようとしたものである(本多 1998、森合 2012)。籠山(1984)は、工業労働登場以降、生活が労働と生活とに二分され、対置的なものとして扱われていた事に対し、両者は1日24時間の中に連続しており、労働力の使用と、休養と栄養によって達成される労働力の再生産とが、交互に行われていく過程を生活というのであって、対立的に取り扱われることは不自然であると批判した。生活は、主体である人間が中心となり、生活客体である環境要因との相互関連関係によって形成され、また、両者は全く対等に関連するのではなく、ある場合には、主体である人間が現実の生活を通じて生活環境要因を改変し、ある場合には、環境要因によって人間主体が変化する。こうした生活結果の累積によって、生活の体系は一つの構造を帯び、過去の生活の中で固定化した生活結果によって生活構造が作り上げられていると述べている。

当時、生活構造論が発表されるまで、家計支出構造を生活時間によって生活を総体的に論理づけた研究はなく、また生活構造の概念も欧米にはなかったため、籠山の生活構造論は、非常に画期的な意味をもつ研究であった(川添 1997)。さらに中鉢(1956)は、人間生活の真の目的は社会的諸関係を維持することであり、その自然的生命の維持は、むしろ社会的諸関係の維持のための手段として観念されると述べ、籠山の生活時間の基本的分配に関する見解と、生活費分配に関するエンゲルの法則とを対比させ、生物の周期的生活運動に対する環境変化の諸効果を示す「履歴現象」の概念を導入した。また、中鉢は、内閣統計局の行った家計調査結果を分析し、労働時間の延長や短縮によって、残余の生活時間中に休養の占める割合が増減する傾向は見られないことを示し、エンゲル動態法則に履歴現象が存在することと、その履歴期間を決定する要因として、所得の変動方向と生活水準の高さ、農家の場合における家族構成等の諸関係があることを明らかにした<sup>ii</sup>。

また、副田義也(1971: 50)は、生活とは生命の生産であると述べ、その要素を「生命の生産 → 生命の消費 → 生活手段の生産 → 生活手段の消費 → ふたたび、生命の生産 → ……」という循環式として示し、資本主義社会における生業労働と家事労働のそれぞれに循環式の具体を示している。しかし、この循環をおこなう主体には、狭域に「生業労働にしたがう個人、家事労働にしたがう個人、労働にしたがわない個人など」としているにもかかわらず、「労働をしない子どもたち、老人たち、病人など」については、生業労働や家事労働に従事する個人とは違い、「生活手段・サービスの消費 → 生命の生産 → 生命の消費」という循環しない式を示しており、副田の生活の定義は限定的である。

一方、松原治郎(1971)は、生活を規定している要因に、①時間(生活時間構造)、②空間(生活空間構造)、③手段(生活手段構造)、④金銭(経営・家計構造)、⑤役割(生活関

<sup>ii</sup> 中鉢(1956)は、内閣統計局の行った家計調査結果を分析し、物価の変動とほぼ平行した動きをみせているのは、工場・交通労働者世帯の飲食物費割合のみであり、工場・交通労働者世帯におけるエンゲル動態法則には1年の履歴期間、給料生活者(官公吏、教職員、銀行会社員等)世帯には2年の履歴期間があることを示した。

係構造)、⑥規範(生活文化構造)を挙げ、このうち時間と空間は、生活を外から枠づける条件(外枠的要因)、手段と金銭は、生活の展開をうながす条件(媒介的要因)、役割と規範は、個人の心のなかにとりいられて生活を内面から築き上げていく条件(内部的要因)であるとした。そして、生活を、「生きることを何かしている」という機能そのものにおいてとらえ、一定の時間の枠の中で、一定の空間を占めながら、物的手段と金銭に媒介され、かつ役割関係や規範をつくりながら、繰り返される生活機能の循環的パターンであると定義している。

さらに近年では、渡邊益男(1996)が、福祉社会学の基礎理論としての「生活の構造的把握の理論」の形成を試み、生活とは、3つの水準(個人の生活領域、地域社会の生活領域、全体社会の生活領域)と3つの次元によって把握される球体として捉えようとしている。3つの水準は、個人の生活領域を中心として、同心円を描き、地域社会の生活領域、全体社会の生活領域へと広がっている。また、3つの次元とは、X軸が実践の次元(①諸性向、②そのシステムとしてのハビトゥス、③実践からなる次元)、Y軸が場(界)の次元(諸集団、諸機関、諸組織といった形と資本の配分状態からなる次元)、Z軸が象徴(言語、情報、コミュニケーション、概念、理論、理念等を要素としている次元)によって構成されている。

玉野(2008)が、これらの生活構造論が都市社会学の領域では、都市生活者の消費行動を中心とした生活の組み立てのパターンに注目する研究へと進展していく中で、個人を単位とした分析概念は、世帯や集団が社会構造の中心ではなくなっていく都市社会においてとりわけ有用な概念として活用されるようになったと述べているように、生活の主体は生活者であり、生活者が中心となって置かれた、また築き上げられてきた社会関係から広く生活を捉えようとする点は、現在の社会福祉研究にも援用することができるであろう。

## b) 生活学における生活の定義

生活概念に関する周辺領域での研究に、生活学がある。その代表的論者は、経済学や社会政策学から脱却した生活学を新たに提唱した今和次郎、そして今の考現学の視座を受け継いだ川添登である。今和次郎は、籠山や中鉢らの生活構造論の議論に影響をうけながらも、労働の再生産過程としての生活ではなく、生活する個人が主体性を持つ存在であることを強調し、個人のありのままの生活を総体として捉え、休養や余暇などについて考察する文化性を重視した生活学を提唱した(今 1951)。

今は、生活を①労働と休養(栄養)<sup>iii</sup>だけで循環する生活、②①に慰楽(趣味と娯楽とをあわせた今の造語)が加わって循環する生活、③②にさらに教養が加わって循環する生活の3段階に分け、②を第1次文化生活の段階、③を②よりも高度の段階とする第2次文化生活の段階と呼び、「生活の文化的段階」を示した(今 1949)。また、川添(1997)も、人間という生命個体の側からみれば、消費とよばれているものこそ、生命の生産と再生産であり、産業や資本の側から消費と呼ばれる家庭生活は、単なる消費生活ではなく、生命

<sup>iii</sup> 休養には、食事や入浴などの生理的な行為も含んでいる。

の生産と再生産であり、これこそが生活と呼ぶべきものであり、そこにこそ生きる目的があると述べている。

### c) 社会福祉学における生活の定義と高齢期の生活支援

古川（1998：64）は、社会福祉の基本的な性格をどこに求めているかによって、社会福祉の諸理論を補充性論、相対的独自性論、固有性論に類型化した。その中で、固有性論の代表的な論者として、岡村重夫が挙げられるが、岡村（1968）は、社会福祉の固有性論の中で、生活とは、個人が7つの「社会生活の基本的要求」を充足するために、個人とそれぞれの要求に対応する多数の社会制度が、効果的に結びつく相互関連体系のことでありと述べ、生活が社会的であることの重要性を繰り返し述べている。岡村が示した「社会生活上の基本的要求」は、(a)経済的安定、(b)職業の機会、(c)身体的・精神的健康の維持、(d)社会的協同の機会、(e)家族関係の安定、(f)教育の機会、(g)文化・娯楽に対する参加の機会の7つの要素から成り立っている。そして、「正常な日常生活」とは、自分の果たさねばならない多数の社会的役割や持たねばならない社会関係が、相互に矛盾しないように調和を保持することによって続けられるものであると述べている。

また、一貫して生活概念に着目し、社会的問題を生活問題としてとらえなおし、展開を図ってきた一番ヶ瀬康子は、生活とは、生命の活動あるいは生命の活性化を意味しているが、資本制における工業化の進行によって、ヒトとしての生体リズムと人間としての生活リズムの乖離が生じ、後者は個別化されることによって多様化し、個別化のなかで主体化して、改めて活性化を意識することになると述べている（一番ヶ瀬1993）。また、生活リズムへの着目は、福祉の視点からも重要な課題であり、福祉を捉えるにあたり生活への認識は不可欠であるが、日本において、何がノーマルかわからない程、賃金生活者の生活リズムそのものが乱れ、それが子ども、高齢者などにも波及しているとも指摘している。そして、一番ヶ瀬（1995）は、1人1人の人権とりわけ生活権を起点とし、問題発見、問題認識、問題解決をミクロからマクロに至るまで見極めることが、いっそう重要となってきたと説いている。生活を単にマクロ概念で数量的さらに分析的にとらえるのではなく、ミクロの視点で個別にそしてトータルに捉えることによって、そのマクロな概念の内実を明確にすることへの展開がはかられてくるのであり、その点においても、生活の活性化を主体的に問うことの必要性が生じる（一番ヶ瀬1993）。

ところで、2001年5月に第54回WHO総会において採択された「国際生活機能分類(ICF)」では、生活機能(functioning)を心身機能・構造、活動、参加の全てを含む包括的用語として定義し、人間の生活機能と障害について、「心身機能・身体構造」、「活動と参加」、それに影響を及ぼす「環境因子」が約1500項目に分類された。ICIDHと比べICFの大きな特徴のひとつに、背景因子に環境因子という外的要因を加えた点を挙げられる。また、ICIDHのように疾病から始まる一方向的な因果関係ではなく、それぞれの構成要素が互いに影響し合い、また活動や社会参加にも焦点を当てている点も特徴がある。

慢性疾病に対する長期ケアのシステムについて、「地域ケアシステム」を提唱した太田貞司（2003）は、この ICF を参照しつつ、生活について、人間は社会的な関係の中で生き、社会的な関係を取り結び、紡ぎながら自己を形成していると述べ、こうした過程が「生活すること」であると定義している。そして地域社会でそうした関係性を創り上げていく土台こそが日常生活であり、長期ケアの場を地域社会の中に創り出し、要介護高齢者が地域で、自分で自分の日常生活を築けるようにすること、「いのち」を支えて「暮らし方」や「生き方」を自ら創り出せるように支援することが重要であると述べている。

以上のことから、生活とは、ヒトとしての生命が確保される状況・環境を前提とし、生活の主体である生活者を中心とした社会的な関係の中で培われる物質的、経済的、情緒的関係を含めた各々の環境条件の上に成り立ち、そして大なり小なりの自己決定の連続によって形成される行為、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねの総体であるといえる。

## 2) 生活の継続性

### a) 高齢期における生活の継続性と自己決定

前項では、生活とは、ヒトとしての生命が確保される状況・環境を前提とし、生活の主体である生活者を中心とした社会的な関係の中で培われる物質的、経済的、情緒的關係を含めた各々の環境条件の上に成り立ち、そして大なり小なりの自己決定の連続によって形成される行為、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねの総体であると定義した。高齢期の生活に影響を与えるものに、加齢に伴う身体・生理機能低下をはじめとする身体的変化や疾病リスクの上昇、所得の変化、生活スタイルの変化、人間関係の変化や喪失等が挙げられるが、これらは、ヒトとしての生命が確保される状況・環境といった生活の前提や、社会的な関係の中で培う物質的、経済的、情緒的關係を含めた環境条件に対して直接影響を与えるものでもある。こうした変化等によって生じた問題や生活のしづらさに対し、公的サービスや市場サービス、非営利活動、インフォーマルサポート等の利用によって解決が図られるが、森本（2013）は、医療や保健・衛生、社会福祉サービス、公的扶助や年金制度などの公的なサービスだけで、その人が望む「その人らしい暮らし」が実現できるわけではなく、その基盤は社会制度などが整えるにしても、その人を取り巻く人間関係などが豊かになってはじめて「その人らしい」といえると述べている。

一番ヶ瀬（1993）は、生活リズムへの着目や生活への認識は、現在、福祉の視点からも重要な課題であり、福祉という言葉が一般的に「幸せ」と同義とされているならば、福祉は、まさに生活の状況の程度とそれへの満足度の総合として捉えられると述べている。また、内閣府の「平成 21 年度 国民生活選好度調査」結果によれば、幸福感を判断する際に重視した事項の上位には、「健康状態」、「家族関係」、「家計の状況（所得・消費）」が挙げられ、65 歳以上の高齢者では、この 3 つの他に「自由な時間」、「友人関係」が上位に入っている。

[図表 1 - 2] 性別年齢別の幸福度を判断する際の重視する項目

年齢		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	
男性	1	友人 (69.0%)	自由時間 (53.6%)	家計 (67.4%)	家族 (64.4%)	家計 (70.5%)	家計 (70.8%)	健康 (68.8%)	健康 (72.3%)	健康 (73.8%)	健康 (72.0%)	健康 (75.4%)	健康 (79.1%)	家族 (76.8%)	
	2	自由時間 (67.8%)	健康 (52.4%)	就業 (58.1%)	就業 (58.4%)	就業 (64.3%)	家族 (70.8%)	家計 (67.0%)	家計 (69.6%)	家計 (78.5%)	家計 (69.3%)	家計 (70.0%)	家計 (67.8%)	健康 (73.9%)	
	3	健康 (47.1%)	友人 (52.4%)	家族 (54.7%)	健康 (57.4%)	家族 (62.8%)	就業 (64.2%)	家族 (59.8%)	家族 (65.2%)	就業 (64.2%)	家族 (66.7%)	家族 (62.3%)	家族 (58.3%)	家計 (58.0%)	
	4	家族 (44.8%)	就業 (51.2%)	健康 (50.0%)	家計 (56.4%)	健康 (54.3%)	健康 (63.3%)	就業 (57.1%)	就業 (60.7%)	家族 (56.1%)	家族 (44.7%)	就業 (44.7%)	自由時間 (43.8%)	自由時間 (47.0%)	自由時間 (37.7%)
	5	生きがい (43.7%)	生きがい、家族 (46.4%)	自由時間 (47.7%)	自由時間 (40.6%)	自由時間 (38.8%)	自由時間 (41.7%)	生きがい、自由時間 (59.3%)	生きがい (41.1%)	自由時間 (39.3%)	自由時間 (35.3%)	自由時間 (33.1%)	友人 (39.1%)	生きがい (34.8%)	
女性	1	自由時間 (75.6%)	友人 (64.1%)	家族 (70.9%)	家族 (78.8%)	家族 (81.0%)	家族 (79.6%)	健康 (80.5%)	家計 (76.5%)	健康 (81.7%)	健康 (77.9%)	健康 (77.7%)	健康 (78.6%)	健康 (80.6%)	
	2	友人 (75.6%)	健康 (62.8%)	家計 (66.3%)	健康 (68.6%)	健康 (72.3%)	健康 (73.2%)	家計 (78.9%)	健康 (75.7%)	家族 (76.3%)	家族 (75.8%)	家族 (64.2%)	家族 (65.2%)	家族 (62.7%)	
	3	健康 (51.2%)	自由時間 (61.5%)	自由時間 (64.0%)	家計 (67.8%)	家計 (71.5%)	家計 (70.4%)	家族 (75.8%)	家族 (70.4%)	家計 (72.5%)	家計 (65.8%)	家計 (65.8%)	家計 (62.2%)	家計 (57.1%)	家計 (61.2%)
	4	家族 (46.5%)	家族 (61.5%)	健康 (62.8%)	友人 (45.8%)	就業 (49.6%)	自由時間 (47.2%)	自由時間 (53.9%)	就業 (50.4%)	自由時間 (41.2%)	自由時間 (45.0%)	自由時間 (45.0%)	自由時間 (45.9%)	自由時間 (56.3%)	自由時間 (53.7%)
	5	生きがい、家計 (36.0%)	家計、就業 (57.7%)	就業 (58.1%)	自由時間 (44.1%)	友人 (43.1%)	就業 (42.3%)	就業 (51.6%)	就業 (45.2%)	自由時間 (39.7%)	就業 (39.7%)	友人 (45.0%)	友人 (42.6%)	友人 (50.0%)	友人 (47.8%)

内閣府 HP 第 2 回幸福度に関する研究会資料 2

内閣府経済社会総合研究所幸福度研究ユニット「国民生活選好度調査からみた幸福度」より表を再作成  
<http://www5.cao.go.jp/keizai2/koufukudo/shiryouto/2shiryouto/2shiryouto.html>



その人らしい暮らしが実現されることによって、幸福感が生まれるのであれば、固体としての生存（生命の維持）、いのちが支えられていると判断できる状況を前提（基盤）とし、一定の経済状況において、家族関係や友人関係といった社会関係の中で、自由な時間を持って過ごすことを支援することが、その人らしい暮らしを支えることになるのではないだろうか。

また、太田（2003）は、要介護高齢者においても、地域で、自分で自分の日常生活を築けるようにすること、「いのち」を支えて「暮らし方」や「生き方」を自ら創り出せるように支援することが重要であると述べている。固体としての生存（生命の維持）、いのちが支えられていると判断できる状況を前提（基盤）とし、一定の経済状況において、家族関係や友人関係といった社会関係の中で、精神的なゆとりや自由な時間を持って過ごすことによってその人らしい暮らしが生まれるのであれば、生活とは、自己決定を軸に、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねによって生み出されるとも言え、この自己決定という軸こそ、生活の継続性を担保するもの、つまりその人らしい生活の軸となるものであるといえる。自己決定とは、個人が対象に対して行う判断や選択そのものを指すとすれば、自己決定は、日常の様々な場面において絶えず行われている。生活とは、そうした自己決定の連続によって、「その人らしさ」が生み出されているといえる。ただし、それは、一定の選択肢の中に自らの希望に近い選択肢が存在している状況を前提としており、自らの希望に近い選択肢が存在していない状況や選択肢自体が存在しない状況における選択・決定場面においても同様に「その人らしさ」が生み出されているといえるのか、本論においても自己決定概念の限界性について留意する必要がある。現在、自己決定能力の判断や代理決定、医行為に対する自己決定、自己決定に伴う自己責任をはじめとし、自己決定概念の限界性が指摘されている<sup>iv</sup>。臼井（2000）は、福祉分野における自己決定（権）について、権利概念としての自己決定権、生活支援の在り方を考える際の視点としての自己決定、社会システムの理念としての自己決定の3つの文脈で用いられていると整理しているが、本論において用いる自己決定は、このうち生活支援の在り方を考える際の視点としての自己決定であり、価値基盤の形成における自己決定・自己選択といった意味をもつと考える。

その上で、「その人らしさ」を支える高齢期の生活支援とは、①生命の維持・確保、②主体性・自己決定・自己実現の支援、③環境および他者関係の調整を行うことであると定義する。

その人にとっての普通の暮らしとは、大多数の人が行っている生活行為を意味するのではなく、少数の人の生活行為であっても、その人が生活の中で費やしてきた行為の積み重

---

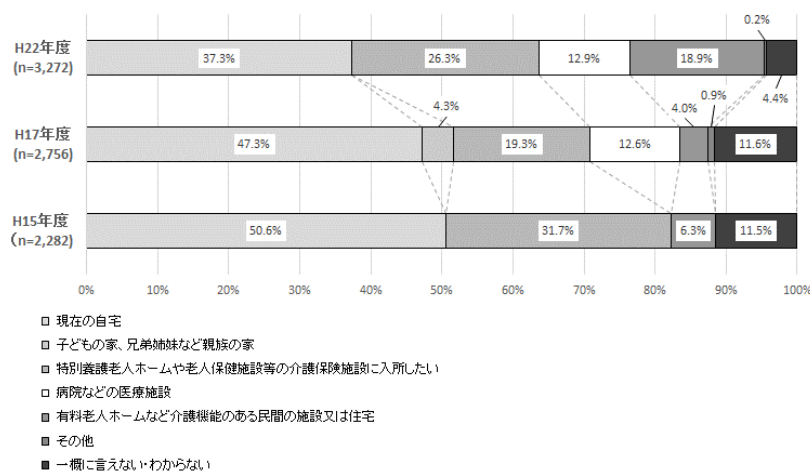
<sup>iv</sup>英国ソーシャルワーカー協会によって採択されているソーシャルワーク倫理綱領(1999年改訂)でも、原則についての声明において「6. ソーシャルワークという専門職の基本にあるものは、出身、地位、性別、性観念、年齢、信条、社会に対する貢献などにかかわらず、あらゆる人間の価値と尊厳を認識することである。専門職は他者の利益に相応の考慮を払いながら個々人の自己実現が図られるように奨励し、促進する責任を引き受ける」としており、自己決定という用語はあえて使用していない。それは、自己決定概念が多様に解釈されている点や現実の生活状況から課せられる制限を認めようとしてきている点に基づいている（日本医療社会事業協会誌 2001）。

ねであり、それが、「その人らしい暮らし」と言えるのではないだろうか。その人らしい暮らしは、その人のそれまでの積み重ねられた行為や価値観に見出すことができるのであり、その人らしい暮らしを支えるには、生活の継続性は欠かせない。

地域包括ケア研究会の報告書（2009）では、「多くの人は、要介護状態等になっても、可能な限り、住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる」と述べられ、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるよう地域包括ケアシステムの推進が進められている。しかし、実際は、要介護状態等になったとき、自己決定もしくは、本人の希望とは違った選択をしなくてはならない状況が出ている。

介護保険制度施行後の2003年、2005年、2010年に実施された介護に関する意識調査では、60歳以上もしくは65歳以上の男女が、介護が必要となったときに生活したい場として「現在の自宅」を選択した人は、4割弱から5割程度となっている。しかし、大都市圏における要介護高齢者の在宅生活継続に関する調査（医療経済研究機構2012）によると、在宅生活継続の主たる要因として、①本人のADLレベル（重度化、症状の安定、排泄介助等）、②これまでの人間関係（介護者との続柄や介護以前の介護者との人間関係等）、③ソーシャルサポート（介護者の負担軽減を図る福祉サービス利用、往診、訪問看護等）、④家庭内介護力（副介護者や介護技術・知識等）、⑤介護者の健康（介護者の身体的・精神的疲労等）、⑥継続意欲・意思（介護の自信、やりがい、愛情等）が挙げられ、本人が現在の自宅で介護を受けながら生活したいと考えても、本人や社会サービスだけでなく、介護者や家族の意思や状況によって影響を受けることがわかる。意思決定の種類には、個人意思決定と集団意思決定（複数の人が合議により共通の決定を下すこと）があるが、介護を受けながら生活をする場として現在の自宅を選択するという個人の意思決定は、実際に介護が必要となった際、関係者を含めた集団の意思決定へと形態が変化し、本人の自己決定もしくは希望とは違った内容が集団の意思決定結果となる場合に、本人の希望とは違った選択をしなくてはならない状況が生み出されている。

【図表1-3】 自分自身が介護を受けたい場所



平成15年度のデータは内閣府「高齢者介護に関する世論調査」結果(①)、平成17年度のデータは内閣府「世帯類型に応じた高齢者の生活実態等に関する意識調査」結果(②)、平成22年度のデータは内閣府「介護保険制度に関する世論調査」の結果(③)を用いて再集計した。

① 内閣府 HP <http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-kourei/>  
 ② 内閣府 HP [http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17\\_kenkyu/index2.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kenkyu/index2.html)  
 ③ 内閣府 HP <http://www8.cao.go.jp/survey/h22/h22-kaigohoken/index.html>

## b) 自己決定を阻害する要因

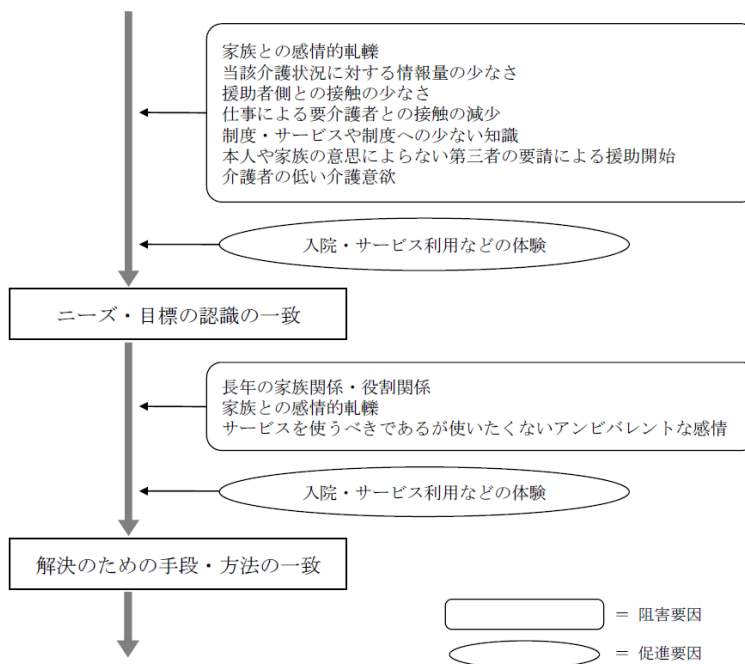
こうした背景の一つに、居宅サービスを利用しながらも、家族介護者の存在がなければ、在宅生活の継続は成り立たない現状がある。特養入所申込実態調査(医療経済研究機構2010)では全国570施設7,998名の入所申込者の入所申込の理由として、「同居家族等による介護が困難となったため」(55.6%)、次いで「介護する家族等がないため」(19.9%)が挙げられている。また、現在の居場所が自宅である入所申込者2,870名の家族・介護者等の状況をみると、「家族・介護者はいるが、病気、高齢、就労、育児等により、介護が困難である」状況が64.9%を占め、「介護する人がいない」も13.8%と1割を超えた。さらに特養入所申込者の居宅サービスの利用頻度をみると「週5~7日は居宅サービスを利用(支給限度基準額の平均83.8%の利用)」が30.1%、「週3~4日は居宅サービスを利用(支給限度基準額の平均60.1%の利用)」が22.8%を占めていた。

また、居宅介護支援専門員の本人および家族の意見調整に関する調査(渡邊2005)によると、ニーズ・目標の認識の一致前の意見調整阻害要因として、「家族との感情的軋轢」、「当該介護状況に対する情報量の少なさ」、「援助者側との接触の少なさ」、「仕事による要介護者との接触の減少」、「サービスや制度への少ない知識」、「本人や家族の意思によらない第三者の要請による援助開始」、「介護者の低い介護意欲」が挙げられ、解決のための手段・方法の一致前の意見調整阻害要因として、「長年の家族関係・役割関係」、「家族との感情的軋轢」、「サービスを使うべきであるが使いたくないアンビバレントな感情」が挙げられている。そして、最終的な決定は、家族の中で意思決定者として役割を持つものの決定を経て行われる。介助が必要となったり、認知機能の低下に伴う判断能力の低下によって、生

活の場や介護サービスに関する決定権は、本人から次第に、介護者に移行していく（中西2003）。渡邊は、この結果から、「その意思決定者との意見・判断のすり合わせが重要である」としているが、本人と意思決定者が別の意見の場合も同様なことがいえるであろうか。

家族の介護意識と要介護者の自己決定阻害の関係に関する研究（鈴木2001、安梅2006、鈴木ら2011）によると、要介護者の自己決定の阻害に関連する項目として、「要介護者は家族の意見に従うべき」、「要介護者は我慢すべき」、「要介護者は自己主張すべきではない」といった家族の意識があり、世間体を気にする人ほど要介護者の自己決定を認めない傾向にあるという。そして、複数の価値が同時に競合しながら存在するといわれる緩和ケアにおいて、エキスパートナース（緩和ケア病棟もしくは類似診療科での看護経験が5年以上ある看護師）の倫理的意味決定過程及びそれに内在する価値に関する研究（松山ら2011）では、患者の自己決定や希望と家族の希望の対立といった倫理的ジレンマに直面した場合、エキスパートナースは、患者が覚悟を持って決めたことが置き去りにならないように、患者の自己決定に立ち戻り支援すること（患者が希望を持ち続けることができ、最期まで自己決定を保障する）を意思決定し、また、患者の死後に残される家族の悲嘆にも思いを寄せ、家族が患者の自己決定を少しでも納得できるよう、また残される家族の思いに誠実に働きかける姿勢が明らかになった。緩和ケアにおける患者と家族の価値が対立している状況に直面した看護師の倫理的意味決定過程に内在している価値とは、家族への思いやりに基づく「善行」「誠実」の価値も含まれつつ、患者の「自律」を優先していた。

〔図表1-4〕 支援過程における認識の一致の2段階と阻害・促進要因



渡邊浩文(2005)「居宅介護支援における家族調整のあり方」『目白大学総合科学研究』1,pp99-111.より抜粋

高齢期の生活は、社会状況や、それまでその個人が培ってきた物質的、経済的、情緒的関係を含めた環境の上に成り立っている。太田の定義を高齢期の生活に置き換えて言い換えるならば、何らかの要介護状態になった場合であっても、生命が確保される状況・環境を前提とし、各々の環境の中で、その高齢者自身が主体性を持ち、他者関係の中で自己形成をすることであるといえる。そして、自己決定とその背景にある価値観こそ、その人らしい生活の軸となるものであるとすれば、例えば、これまでの生活習慣や日課を続けたい、他界した配偶者と過ごした思い出あるこの家にずっといたい、先祖代々受け継いできたこの土地を守って暮らしたい、どこに住んでもいいから誰々と一緒に暮らしたい、生業をともにしてきた自然のあるこの地域で暮らしたい、子どもや近所の人に迷惑をかけずに生活したい、といった自己決定の前提となるその人の価値観を知ることが、生活の継続性を見出す支援にとって重要であることがわかる。現在、地域包括ケアにおいても、ケアの継続性がうたわれているが、社会資源や提供側の体制、サービス内容に限りがある中で、支援者が、既存サービスを当てはめることから、さらに既存サービスの形態に、本人の生活を寄せていくことが危惧されている。入院生活から在宅生活への移行期において、介護が必要となったときに、病院やサービス事業者が変わるたびに、対症的な支援を重ねていくのではなく、生活の継続性という軸のある一貫性を持った支援が今後一層求められるといえる。

## 第2節 社会関係性と高齢期におけるその特徴

### 1) 社会関係

前節では、生活とは、ヒトとしての生命が確保される状況・環境を前提とし、生活の主体である生活者を中心とした社会的な関係の中で培われる物質的、経済的、情緒的關係を含めた各々の環境条件の上に成り立ち、そして大なり小なりの自己決定の連続によって形成される行為、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねの総体であると定義した。この生活者（個人）を中心とした社会的な関係を捉える概念のひとつとして、ソーシャルネットワークが挙げられる。ソーシャルネットワークは、1950年代の半ば、社会人類学における分析手段として用いられたネットワーク概念に始まり、広くその周辺領域へも影響を与え、1990年代に入ると、人間関係の構造的側面を把握する概念として、一領域を形成するまでに発展し、社会学全体にも影響を与え、分析手法として広く援用されるようになった（大谷 1995、茨木 1992）。そこで、本項では、個人を中心とした社会的な関係を捉える概念について整理を行い「社会関係性」について定義する。

#### a) 社会学を中心として展開されたソーシャルネットワーク概念と周辺概念

家族社会学では、1950年代に個人がもつ親族関係と親族組織の機能を明確化するため、欧米を中心に実証研究が行われ、ネットワーク概念は親族ネットワーク論として発展した（大谷 1995）。日本でも1970年代に、家族社会学においてネットワーク概念が用いられたが、伝統的家族文化が基盤にあった当時の社会状況では、研究においてもネットワークの中心は個人ではなく、家族を単位とするものであった。その後、1980年代に入ると、個人を単位とした関係性の分析へと移行していったが、宍戸（2001）は、この頃の家族社会学におけるネットワーク概念について、3つの特徴を挙げている。一つめは、親族関係や「別居子」との関係が注目され、親族関係に関する分析への傾斜が目立ち、近隣関係、友人関係、職場関係といった総体的なネットワーク構造を把握していなかった点、二つめは、「個人」を分析の単位とせずに家族、または核家族という集団性をもつ「家族ネットワーク」を分析の単位としていた点、そして三つめには、家族ネットワークの機能、特にサポート機能が重視され、サポート機能が低位となる近隣や友人は軽視される傾向にあった点を挙げている。

1970年代に入ると、都市社会学の領域においてもネットワーク分析が用いられ始めた。家族社会学では親族関係を中心とした研究であったが、都市社会学では、パーソナル・コミュニティ・ネットワークとして、個人を分析単位とした人間関係の総体の概念化が試みられた。総体的に人間関係を捉えようとしていた欧米と比べ、日本では欧米とは異なる独自の近隣社会（隣組や町内会等にみられる連帯性を伴った社会）に注目が集まり、近隣関係を中心に研究が行われていた（大谷 1995）。松本（1995：49）は、「社会的ネットワー

クとは、一般的に定義すれば、「社会的行為者間の、特定の関係の集合」であるとし、社会的行為者を、個人に限定するのではなく、個人が参加する集団や利用する機関（制度）など集合的な行為者を含んでおり、個人と個人との関係だけではなく、制度と制度との関係も含むとしている。また森岡（2000）も、社会的ネットワーク論は、最広義には集団間関係、機関間関係、制度間関係、集団と機関、機関と人、人と人との関係を対象とし、それらの関係のパターンをネットワーク論に特有の分析的概念を駆使することによって明らかにし、それを通して社会システムのなかの一定の構造と人々の行動との関連を説明しようとする理論であるとしている。その上で、パーソナルネットワークを、特定の個人を中心として、その個人が他者とり結ぶ関係として捉え、社会的ネットワーク論を上位、パーソナルネットワーク論を下位理論として位置づけている。

しかし、こうした流れを受けつつも、日本の社会老年学では、都市社会学のようなソーシャルネットワークとパーソナルネットワークの明確な区分は十分には行われていない。都市社会学では、前述の通り、ソーシャルネットワークは、ネットワークの中心となる社会的行為者に集合的な行為者も含めているが、パーソナルネットワークは、ネットワークの中心を特定の個人に限定し、両者の違いを明確にしている。一方、社会老年学では、パーソナルネットワークと同様に個人を中心としたネットワークを分析単位とし、そのネットワークを人間関係に限定し、「社会関係 (social relationship)」と呼んでいる。例えば、野口（1993）は、対人関係の具体的なあり方を総称して社会関係 (social relationship) とよび、ソーシャルネットワークを社会関係の下位概念と位置付けており、さらに、社会関係の構造的側面に着目するのがソーシャルネットワークの概念であり、社会関係の機能的側面、とりわけ援助という機能に着目するのがソーシャルサポートの概念であると述べている<sup>v</sup>。また浅川（2003）も、人はだれでも、多くの他者たちに取り囲まれ、さまざまな関係を取り結びつつ生活しており、個人と、彼または彼女を取り巻く他者（自分以外の人間すべてを指す）たちとの関係を社会関係 (social relationship) というとしている。

また近年、地域包括ケアシステムにおける互助への着目から、日本でも注目されているソーシャルネットワークの近接概念に社会関係資本がある。社会関係資本とは、社会的ネットワーク論を展開していた数理社会学者 J. S. Coleman や政治社会学者 R. Putnum が用いた概念であるが、Coleman は、ネットワーク内で醸成される信頼関係によって、ネットワーク内に発達した規則性や規範を共有し、取引にかかる時間コストが削減されるため、こうした効果を発揮できる信頼関係をソーシャルキャピタルと名づけた（小川 2003）。また R. Putnum（2000、柴内訳 2006：14）は、社会関係資本を「個人間のつながり、すなわち社会的ネットワーク、およびそこから生じる互酬性と信頼性の規範」とし、社会関係資本を、外部資源との連繋や情報伝達において優れている包含型社会関係資本と特定の互酬性を安定させ、連帯を動かしていくのに都合がよい排他型社会関係資本に分類した。

<sup>v</sup> 野口(1993：186)は、「ソーシャル・ネットワークの概念のなかに機能の側面を含める立場や、逆にソーシャル・サポートの概念のなかに構造的側面を含める立場もあり、両者の区別に関して研究者間に完全な合意があるわけではない。」とも述べている。



老年社会学における社会関係は、都市社会学におけるパーソナルネットワークとほぼ同義的あるように思えるが、ひとつ違う点は、構造的側面において、パーソナルネットワークは、社会的ネットワークとの違いにおいて、はっきりと、2者間にある単一の関係を指しており、その複合体がソーシャルネットワークだと示しているのに対し、老年社会学における社会関係は、ネットワークを構成する社会的行為者を「友人」、「近隣住民」等とカテゴリー化して捉えている点である。辻(2001)は、社会的ネットワーク分析は、さまざまな複合的關係のパターンについて演繹的な数理モデルを考えるものであり、日本における社会的ネットワークに関する研究の多くは、社会的ネットワーク分析の方法を用いて關係の構造を研究しておらず、その多くはネットワークの持つ機能についての研究であると指摘している。

## b) 社会福祉学における社会関係

1980年代後半より、社会福祉学においても個人を中心とした社会的な關係を捉える概念について研究が進められるようになった。その背景には、高齢化の急速な進展や高齢者のいる世帯の構成変化、高齢者の健康や主観的幸福感、ソーシャルサポート、社会的孤立等との關係が挙げられる。そして、その基盤となるソーシャルワーク概念には、1960年代に提唱された岡村重夫による「社会關係」と1970年代にジャーメインによるエコロジカルソーシャルワークがある。

岡村(1978)は、個人と社会制度との關係を「社会關係」と定義し、『社会關係』(social relationships)という用語は、論者によっては個人間の相互作用(interpersonal relations)と同じ意味に使う人もあるが、心理学の用語としてならばとにかく、社会生活上の困難を問題とする社会福祉の研究では、『社会生活の基本的要求を充足するために、個人が社会制度との間に取り結ぶ關係』、もっと簡単には、『個人と社会制度との關係』こそがその基本的な意味でなければならない(岡村1978:122)、「われわれが、『社会關係』と規定したものはこれを機能的側面からみれば、制度的集團が個人に対して要求する社会的役割にほかならない(岡村1978:124)と述べ、主体的側面を重視しつつ、社会福祉の固有性を示すためのキー概念として提示している。そして、社会關係の定義に使用されている社会制度には、「經濟制度」、「社会保障制度」、「保健」、「医療」、「衛生制度」、「司法・行政制度」、「道徳」、「近隣社会」、「家庭」、「住宅制度」、「教育制度」、「文化・娛樂制度」等の例示があり、「家庭」や「近隣社会」が含まれているように、一般的に言われる法に定められた制度のことを指すのではなく、社会システムを指していると読むことができる。

一方、エコロジカルソーシャルワークでも、ニーズや問題は、「人間」と「環境」の間の交互作用の結果として捉えられており、人間の対処能力を高めるか、環境の改善を図るか、あるいはその両方に解決方法が志向される。環境には、「物理的環境」と「社会的環境」があり、前者は、動植物、景色・気候、無生物等から成り立つ「自然界」と人類によって創造



された物や組織（交通や通信システムも含む）から成り立つ「造られた世界」の2つの層に分けられている。後者では、「組織・制度」の層（民間・公共のサービスや社会資源、労働・教育・福祉・住宅・保健といった社会システム等）の下に、ソーシャルネットワーク（血縁、友人、隣人や地元の有力者等の地縁、同僚などの様々な役割関係や人間関係、自然発生的援助や相互援助システム、セルフヘルプグループ等）が位置付けられている。その中で、関係性は、人間と環境の交互変換に目を向けさせる視点の一つとして挙げられているが、社会的孤立や情緒的孤立、生活ストレスから人々を守る親戚・友人・近隣等の支持的なネットワークについて、個人を中心に据えた社会的ネットワークが想定されている（小島 1992）。

以上を踏まえ、これまで示した個人を中心とした社会的な関係を捉える概念において、ネットワークを構成する社会的行為者によって対象範囲を図示したものが図表 1-5 である。岡村の「社会関係」は、生活者たる個人と生活環境としての社会制度との間を取り結ぶ関係を指しているが、制度に基づく機関もその対象に含まれると考えると、エコロジカルソーシャルワークで社会的環境の中の「組織・制度」の下位に位置づけられた「ソーシャルネットワーク」と対象が一部重なるといえる。

また、前述の辻（2001）の指摘にもあるように、日本における社会的ネットワークに関する研究の多くは、ネットワークの持つ機能についての研究であり、特に社会老年学における「社会関係」は、ときとしてネットワークを構成する社会的行為者を「友人」や「近隣住民」というようにカテゴリー化して捉えることもあるため、ネットワークを構成する社会的行為者は個人には留まらず、岡村のいう「社会関係」と対象が一部重なるといえる。

本論では、こうした岡村の「社会関係」や社会老年学における「社会関係」と区別するために、都市社会学のパーソナルネットワークの概念を援用しつつ、個人を中心に据え、その対象を個人と個人の関係だけでなく、個人と集団、組織、機関といった他者との関係の主に構造的側面について着目したもので、つまり、特定の個人を中心とし、他の個人、集団、組織、機関といった社会的行為者によって構成される関係のうち、主に構造的側面について着目したものを「社会関係」と定義することとする。

〔図表1-5〕 個人を中心とした社会的な関係を捉える概念

		ネットワークを構成する社会的行為者	
		個人	世帯、集団、機関等
ネットワークの中心となる社会的行為者	個人	都市社会学における「パーソナルネットワーク」 社会老年学における「社会関係 (social relationship)」	エコロジカルソーシャルワークにおける「ソーシャルネットワーク」 岡村重夫の「社会関係」
	世帯、集団、機関等	1970年代の家族社会学における「家族ネットワーク」 都市社会学における「社会的ネットワーク」	

## 2) 高齢期における社会関係とその特徴

高齢期の社会関係については、1980年代後半以降、社会老年学や社会福祉学において、高齢者の主観的幸福感の関連要因として注目されたり、家族社会学研究において、ソーシャル・サポート・ネットワークや社会的孤立との関連について実証研究が進められている。

1990年から2014年に発表された国内論文をCiNii Articlesにて、「ソーシャルネットワーク&高齢」、「社会関係&高齢」、「パーソナルネットワーク&高齢」をキーワードとして検索し、抽出された論文のうち、タイトル及び本論から高齢者の社会関係に関係しないと判断した論文、事例調査や40名未満のアンケート調査を取り扱っている論文を除いた結果、図表1-6の計36件が得られた。そこで、本項では、社会老年学や社会福祉学を中心に高齢者の社会関係に関する先行研究を調べ、その特徴について述べる。

### a) 高齢期の社会関係の構造、規模

構造においては、Kahn, R. LとAntonucci, T. Cがコンボイモデルを提唱し、個人を中心とした援助的な関係を同心円上に構成し、新密さや重要さを同心円の距離として示した。Cantor (1979) もまた、サポート提供者の選択にあたって、本人とサポート提供者との関係について序列が存在し、その序列において優先順位の高い関係の者が選ばれるという、階層的補完モデルを示している。これらは、個人を中心とし、その個人単体と複数の他者によって構成されているため、こうした構造をもっているが、一方で、社会関係性を捉える方法のひとつであるネットワーク分析において、ソシオマトリクスや接続行列といった関係構造を表現する方法が存在することや、Litwak Eの示した課題解決モデル（本人とサポート提供者との関係の序列を問わず、課題解決に適合した他者が選択されるというモデル）では、非親族がサポート提供者となるとときに、階層的補完モデルと対立することからも、社会関係の構造は、一概に同心円や序列といった構造では示すことができないとの考えも示されている。

日本における高齢期の社会関係の構造および規模について、先行研究によれば、その主な特徴として、一つ目に、高齢期になるとネットワークの規模が縮小されやすく（大谷 1995、斉藤 2008、小山 2012）、ネットワークの規模の変化によって接触頻度も変化する（小林 2005、斉藤 2008）ことが挙げられる。小山（2012）が東京都世田谷区で行った調査では、年代が上がるにつれて、兄弟姉妹数（配偶者兄弟姉妹も含む）と近隣づきあいの人数は増えるが、親しい親戚数と親しい友人数は減少していた。また、居住年数との関連でいえば、現在地での居住年数が長い程ネットワークの規模は大きくなり（小田 2003a、田淵 2006）、社会関係の豊かさにも正の影響を及ぼしている（古谷野 2007）という。

二つ目の特徴は、男性は、女性よりネットワーク規模が小さく、領域も狭く、接触頻度も減る為、孤立しやすい（小林 2005、斉藤 2008、斉藤ら 2010）という点である。特に、男性は、女性よりもソーシャルネットワークの中に配偶者を含めていることが多く（野辺

1999)、身辺介護領域や情緒的問題領域においても、配偶者への依存が高く(杉井ら 1992、岸ら 1996)、配偶者を中心としたネットワークを形成している場合が多い(杉井ら 1992)ため、サポートネットワークといった機能的側面において男女の違いは顕著であった。例えば、前田(2003)によれば、友人関係機能の変化のパターンは男女で異なり、男性の場合は機能を付け加えていくが、女性は縮小していくという。また、杉井(1992)によれば、経済的に困ったときの代替的リソース、身辺介護、情緒的問題領域における男女のネットワークパターンの違いについて、男性は、援助を必要とする問題領域の区別に関係なく「配偶者・子供限定型」のネットワーク構造を持っているのに対し、女性は、必要とする援助に応じてそのネットワーク構造を変えているという。

そして、三つ目の特徴は、都市部は、農村部よりネットワーク規模が小さく、配偶者の有無の影響も受けやすい(浅川ら 1999)、という点である。浅川ら(1999)は、農村部において、配偶者の喪失に伴うサポートの提供者の減少が認められないのは、都市部よりもサポート提供者となる配偶者・子ども以外の家族・親族数が多いためであると述べている。

例えば、野邊(2014)の行った岡山県鏡野町での調査では、高齢者のパーソナルネットワークの規模平均は6.6名であり、その間柄は、親族が40.6%、近隣者が33.1%、同居家族が13.8%、友人が11.6%、職場仲間が0.9%であった。また、野邊(1996)の行った岡山県岡山市での調査では、高齢者は、同居する家族以外に平均5.7名と社会関係を取り結んでおり、その間柄は、親族、近隣者、職場仲間(同僚・上司)の順に人数が多かった。また、社会関係を取り結ぶ相手の居住地は、同市内、歩いて15分圏内の地域、同市外の県内、県外の順で人数が多かった。

さらに、古谷野(2000)や矢部(2002)らの行った東京都杉並区での調査では、高齢者は、同居家族と別居子・別居子の配偶者以外で「おつきあいのある方」として挙げられる人は、平均4.7人であり、その間柄は、非親族が86.6%、兄弟姉妹親戚が13.4%であった。また、「おつきあいのある方」として挙げられた人との家の距離は、30分以上2時間未満の他者が約6割に上り、距離が30分以内である近隣者は少なかった。これは、宍戸(2005)が京都府京都市下京区・京田辺市・木津町・精華町、宮城県丸森町で行った比較調査でも、新興ニュータウンである新新地区や新地区は、他の地区と比べ、親戚や友人、別居子における空間的分散が大きいという同様の結果が得られている。

## b) 構造による類型化と社会関係の変容

宍戸(2006)は、高齢期の社会関係をその構造から、①孤立型(相談相手が誰もいないといったネットワークの非形成状態)、②小家族型(配偶者・親子だけの構成からなる社会関係)、③拡大親族内包型(配偶者・親子以外の親族を含む社会関係)、④非親族内包型(友人や近隣、仕事仲間等の非親族を含む社会関係)の4つのタイプに類型化し、アメリカと比較した上で、日本の高齢者は、小家族型ネットワークが非常に多いことを明らかにした。また、その小家族型は、配偶者を喪失(主要因)することで解体しやすいが、配偶者の喪

失によって即座に孤立型へと単線的に移行するのではなく、付加要因（性差、子どもの状況、教育年数、家計状況、集団参加）によって、拡大親族内包型や非親族内包型へと移行する場合があることも明らかにした。

宍戸が述べているように、高齢期の中でも中心となる社会行為者である個人や環境、ネットワークを構成する社会行為者の変化によって、その構造も変化する。例えば、杉岡(1994)は、一人暮らしの高齢者の構造について調査しているが、近隣関係は、本人のADLの高いほど濃密であることや、加齢につれて、自分から近隣や子どもに働きかける割合が減少し、もっぱら子どもからのコンタクトに対応するのみという受動的な関係が中心となっていくという。

#### c) 高齢期の社会関係の機能

紐帯の質や機能では、ポジティブネットワークとネガティブネットワークの分類が代表的である。ポジティブソーシャルネットワークでは、その機能に着目し、ソーシャルサポートネットワークのサポート内容を、手段的サポート（生活的サポート、物質的・経済的サポート、介護的サポートを含む）と情緒的サポート（話相手、情緒的一体感を含む）の二つに分けて測定している研究が多くみられる。紐帯の質を把握する手法としてエコ・マップがあるが、そもそもエコ・マップは、公的な児童福祉の実践に就いているワーカーのために、家族のニーズを調査するための評価ツールとして、1975年にハートマンによって開発された。ハートマンは、「エコ・マップとは、簡単な『鉛筆と紙によるシミュレーション』であり、評価、援助計画の立案、介入のための道具として開発された。それは力動的に生態システムを描き出し、生活空間における人間または家族を取り囲む境界を明らかにする」と述べている（湯浅1992）。エコマップでは、その中央に、家族または世帯を表す大きな円が描かれ、関係の性質を示す三種類の線が描かれる。直線は、関係性が強く、点線は関係性が希薄、直線に垂直な短いはしごがかけられている線は、ストレスのある関係性を示す。家族とそれを取り囲む社会資源との関係を図示できるため、視覚的に容易に把握でき、特に「ネットワーク」に焦点をあてる援助方法に有用である（湯浅1992）。

また、ネットワークの紐帯の選択性に注目した分類もある。上野千鶴子（1987）は、人間関係の領域を①家族・親族－血縁、②近隣－地縁、③職場関係－社縁、④友人関係－選択縁と分類し、関係の選択性について示した。また、古谷野ら（2005）も「個人が生涯に出会った他者のうちのごく一部が、何らかの基準によって選択されて、高齢者の社会的ネットワークを構成していることは忘れられがちである」と、ネットワークの選択性について触れている。

#### d) サポートの提供者と提供側の負担感

サポートの授受は、高齢者と他者との間の日常的な交流のすべてに存在するわけではなく、サポートの提供者となる人は、交流のある他者のうちの2～7割程度であるという

(Antonucci ら 1987、古谷野ら 2005)。浅川ら (1999) の調査によれば、サポートの授受は、心配事や悩みを聞く、一緒におしゃべりをする、気持ちを察する、一緒にいてほっとするといった情緒的一体感を感じる他者の間の一部で行われ、情緒的な一体感を感じる他者の数は平均約 6 人、サポートの授受のある他者の数は平均約 2.5 人であった。また、都市部の男性高齢者を対象とした調査 (古谷野ら 2005) では、関係の重複が多い他者ほど親密な交流をもつ傾向にあり、その第 1 因子は、共通体験に根ざした友情、第 2 因子は親戚付き合いであることがわかった。さらに、こうした共有体験に根ざした友情を感じる他者との間では、家族ぐるみの付き合いや手段的サポートの授受が行われやすい傾向にある。

また、サポート提供者の選択機序を説明するモデルとして、Cantor (1979) は、階層的補完モデルおよび課題特定モデルを提唱した。階層的補完モデルとは、ある課題が発生した際、本来特定の関係の中で充足されるような機能が、何らかの理由で充足されない場合、サポート提供者として、優先順位の高い関係の者が選ばれるというものである。高齢者は、配偶者、子ども、兄弟、親族、友人、近隣、公的組織という順に序列が存在し、課題の内容とは無関係に、その序列に従ってサポート提供者が選択され、それが不可能な場合は、次の関係を補完的に選択するという。一方で、課題特定モデルは、高齢者とサポート提供者との関係の序列を問わず、課題解決に適合した他者を選択するというものである。この 2 つのモデルは、非親族がサポート提供者となるとときに、対立した考え方となるが (前田 1999)、日本では、サポートの種類別にみた場合、このモデルの両者が実証されている。

小林ら (2005) によると、日本の階層的補完モデルでは、高齢者本人に配偶者がいる場合、サポート提供者を配偶者に選ぶ場合が多く、有配偶の男性は 8 割以上、女性は 6 割弱が配偶者を挙げている。また、配偶者がいない場合は、男女とも子どもをサポート源とする人が多く、また有配偶者であっても、女性の場合は男性よりも子どもをサポート提供者として挙げる割合が相対的に高い。さらに、子どもがいる場合、子どもとの住まいの距離が遠いほど、子どもよりも友人・近隣が情緒的サポートおよび手段的サポートの提供者となっており、子どものいない場合では、子どものいない男性の 2 割、女性の 4 割以上がその他の親族 (兄弟姉妹など) をサポート提供者として挙げ、友人・近隣よりもむしろ親戚がサポート源となっている。配偶者がいない場合や子どもが遠方に住む場合、配偶者や同居子がいる人に比べて友人・近隣をサポート源とする人が多い。しかし、友人・近隣を手段的サポート源とする人の割合自体は低く、配偶者や子どものいない高齢者ではサポート源をもたない可能性も高くなることから、家族が果たしているサポート機能を友人や近所の人が補完できる程度には限界があるという。

一方、課題特定モデルでは、日本においても、サポートの提供内容によって提供者も変化している。高齢者と他者との交流について、サポート授受に関する研究では、サポートの内容のうち、買い物、世話や介護、看病、物品や金銭の貸し借り等を「手段的サポート」、心配ごとや悩みの相談、情緒的な安定といった内容を「情緒的サポート」や「情緒的一体感」として分けているが (澤岡ら 2011、浅川ら 1999)、負担と関与を必要とする手段的サポ

ートの授受は、家族・親族に限定される傾向がある（浅川ら1999、古谷野ら2005）。家族・親族の中でも、同居家族（とくに配偶者）に求める場合が多いが、女性は、手段的サポートについて、子どもや子どもの配偶者をサポート源とする割合が、情緒的サポートより高いが、同居している息子の配偶者と別居している娘では、同程度の位置を占めている（浅川ら1999）。

一方、情緒的サポートでは、友人の方が、子どもの配偶者よりも重要な位置を占めており（浅川ら1999）、日常的な接触や関心の共有が求められるときには、家族・親族よりも友人が選択されることが多い（古谷野2005）。さらに、家族・親族の中でも、情緒的サポートは、同居している息子の配偶者よりも、別居している娘の方が選択されやすい（浅川ら1999）。

また、サポートの提供側からみると、行動属性（責任性、期待、負担）の評価は、いずれも援助の対象となる高齢者と回答者との関係性によって差異が認められている。そのうち、「移動・手助け」「気遣い」「身の回りの世話」は、「挨拶程度の近隣」「親しい近隣」「親」の順に負担を強く感じていた。また、「配慮」と「留守番」も、「親」より「親しい近隣」「挨拶程度の近隣」に対して負担を感じており、「情報提供」も「親」より「挨拶程度の近隣」に対して負担を感じていた（松井2001）。

#### e) 社会的孤立と孤立感

石塚（2011）の調査によると、一人暮らし世帯は、夫婦のみの世帯や同居世帯に比べ、「お茶や食事を一緒にする」、「相談したり、されたりする」、「互いの家を行き来する」が多く、外出の頻度も他の世帯より少ないわけではないが、一人暮らし世帯は、夫婦のみの世帯や同居世帯に比べ、「孤立感を感じている」、「近所づきあいが無い」、「ひきこもりがち」と感じている人が多い。澤岡ら（2012）の調査によれば、都市部の75歳以上の一人暮らし世帯では、調査日より3日前から誰とも会って話していないと回答した人は、女性で3.6%、男性で8.1%に上っており、田淵（2006）の調査においても、都市部では、近距離に親族や友人のネットワークを持たない高齢者が1割程度存在していた。また、話をした非親族には、「近所の人」や「友だち」が多かったが、その内容は、軽いあいさつや儀礼的な事柄に留まっている（澤岡ら2012）。小窪ら（1998）の調査によると、家族関係、友人関係、近隣関係、相談相手の中では、友人関係、相談相手、近隣関係の順で孤独感との関連が強く、親友の数や親友との交流頻度、近所つきあいの頻度と満足度、相談相手数が、孤独感に影響を与えているという。

また、子どもと同居しているかどうかは、孤独感との関連はないが、子どもの有無や子どもとの交流頻度、子どもとの関係の満足度は、孤独感との関連がある（小窪1998）。一方で、加齢につれて、自分から近隣や子どもに働きかける割合は減少し、もっぱら子どもからのコンタクトに対応するのみという受動的な態度が中心となる（杉岡1994）。

齊藤ら（2010）は、都市部高齢者の一人暮らしに至る主要な経緯と社会的孤立について分析し、一人暮らしに至る経緯により、一人暮らし高齢者を「核家族移行型」、「義親同居型」「子どもなし型」、「配偶者・子早期別居型」、「未婚型」の5つのタイプに分類した。孤立群と非孤立群との関連を測定した結果、核家族移行型を基準にすると、未婚型が約6.7倍、子どもなし型が約4.4倍、義親同居型が約2.2倍、配偶者・子早期別居型が約1.9倍の率で高齢期に孤立状態になりやすく、特に、「子どもなし型」と「未婚型」は長期孤立と短期孤立の両方に影響を及ぼしていることがわかった。また、「男性であること」、「所得が低いこと」、「身体的な障害（聴力・視力・歩行能力）がある」ことも、高齢期の孤立状態に影響を及ぼすことも明らかにしている。

地域包括ケア研究会報告書（2013）では、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」は、時代とともに、その範囲や役割を変化させていくものであることを前提とし、今後のひとり暮らし世帯や高齢者のみの世帯が増加していく中で、自助や互助の概念や求められる範囲・役割について、新しい形が求められるようになるだろうと述べられている。前述の通り先行研究によれば、互助の前提である社会関係の規模や構造について、年代が上がるにつれて、近隣づきあいの人数は増え、本人のADLの高いほどその関係は濃密であるが、一方で、加齢につれて、自ら近隣や子どもに働きかける割合は減少し、もっぱら子どもからのコンタクトに対応するのみという受動的な関係が中心となっていくという。また、高齢者のサポート提供者は、配偶者、子ども、兄弟、親族、友人、近隣、公的組織が主であるが、2010年現在619万世帯である高齢単独世帯は、2030年には717万世帯に上ると推計されており（内閣府HP『平成24年度高齢社会白書』）、今後20～30年後、未婚単身高齢者世帯が増加した場合、配偶者および子どもというサポート提供者であるポジティブな社会関係性を結ぶ相手自体が、不在となる場合も多くなる。加えて、加齢にともない、兄弟や友人といった同世代の社会関係のネットワークを構成する社会的行為者も減少する。松繁（2012）は、地域包括ケアシステムにおける互助の課題として、概念をめぐる多義性・多層性について掘り下げられないままに、「地域とのつながり」、「有機的な連携」等のフレーズと単純化された図式をもって、地域包括ケアの議論が進められてきたと批判しているが、安易に「互助」機能に民間サービス市場の代替を求める前に、こうした社会関係の構造やその変容を前提とした状況において、社会関係の紐帯の質や関係の強弱、つまり社会関係の機能的側面に着目した支援について、そのアプローチ手法を再考する必要があるのではないだろうか。



〔図表1-6〕1990年以降に発表された高齢期の社会関係に関する調査

著者 発表年	調査概要 ①調査期間 ②有効回答者数 ③方法	調査結果の主な内容
後藤 ほか 1990	①1989年10月 ②北海道沼田町在住の老人単身世帯55世帯（男性10名、女性45名）と老夫婦のみの世帯106世帯（男女各106名） ③自記式郵送・訪問アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「社会関係濃密型」23名、「社会関係標準型」180名、「地域関係疎遠型」32名、「家族関係疎遠型」20名、「社会関係孤立型」9名の5タイプに分類。</li> <li>・社会関係濃密型は、総合的にみて生活水準は高くないが、生活は安定している。</li> <li>・社会関係標準型は、生活費は上層に位置づけられ、家族関係、地域関係とも安定している。</li> <li>・地域関係疎遠型は、生活水準は高く、地域活動への参加は消極的であるが、家族・親族とのつきあいは濃密である。</li> <li>・家族関係疎遠型は、生活水準は低く、子との同居予定は低い。同じ町内に子どもがいる割合は高い。</li> <li>・社会関係孤立型は、生活水準が低く、食生活が貧しく、家族との関係も疎遠である。</li> </ul>
古谷野 1990	①1987年 ②大阪府狭山町在住の65歳以上の「在宅ねたきり老人」の男性29名と女性48名、65歳以上の「ひとりぐらし老人」の男性29名、女性48名 ③訪問面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「日常的支援（うちとけて話すことができ、風邪などで2～3日寝込んだとき買い物などを頼める人）」と「介護的支援（病気のために何か月も不自由な生活が続いたときに、世話を頼んだり場合によっては一緒に住むことを頼める人）」の源泉は、いずれも「子ども（別居子）」が最も多かった。</li> <li>・介護的支援では、「近隣」と「その他（友人、民生委員、ボランティア、ホームヘルパー等）」の割合が少ない。</li> <li>・日常的支援の源泉である他者の家まで行くのに要する時間は平均20.0分±10.1、介護的支援の場合は、45.7分±143.2。</li> <li>・日常的支援の場合には、「遠くの親戚より近くの他人」という選択基準が成り立ち、介護的支援の場合は、「近くの他人より遠くても親戚」となりがちである。</li> </ul>
杉井 ほか 1992	①1991年6～7月 ②大阪府老人大学講座堺市南部講座受講生および吹田市北部講座受講生男女407名 ③アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性の方が男性よりも経済的に困ったときに他に頼れる代替的リソースをもっていた。</li> <li>・男性は女性よりも身辺介護領域および情緒的問題領域において配偶者への依存が高く、配偶者を中心としたネットワークパターンをもっている。</li> <li>・男性は、援助を必要とする問題領域の区別関係なく「配偶者・子供限定型」のネットワーク構造を持っているのに対し、女性は、必要とする援助に応じてそのネットワーク構造を変えている。</li> </ul>
浅川 ほか 1992	①1991年5月 ②東京都23区内在住の60歳以上75歳以下の男性2,178名、女性2,429名 ③自記式郵送アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男女とも家族・親族以外の人との接触という社会関係がモラル得点に影響を及ぼしている。</li> <li>・男性では、「親しい友人」が、モラル得点に影響を及ぼしており、世帯収入は親しい友人の保有状況に影響を及ぼしている。</li> <li>・女性では「親しい友人」と「近所の人」が影響を及ぼしており、近隣の中で友人関係を築く傾向にある。</li> </ul>
杉岡 1994	①1991年2月 ②北海道札幌市A区在住の一人暮らし高齢者の男性45名、女性118名 ③面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢階層が高くなるにつれて、「子どもやその家族」が「週1回以上」訪問する割合が高くなり、「近所の人」の訪問頻度も70歳代までは、「週に1回以上」訪問する割合は2割を超えている。</li> <li>・近隣関係はADLの高い人ほど、また男性より女性の方が近隣関係は濃密である。</li> <li>・1/3の高齢者は、「子どもやその家族」と日常的な接触関係を形成している。加齢につれて、自分から近隣や子どもに働きかける割合が減少し、もっぱら子どもからのコンタクトに対応するのみという受動的な態度が中心となっていく。</li> </ul>
石川 1996	①1995年10～11月 ②東京都三鷹市在住の60歳以上の男性193名、女性281名 ③アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルネットワークは実際の健康状態よりも主観的な幸福感との関連の方が強い。</li> </ul>
岸	①1992年5～7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別居子との交流や近隣との交流は男女差も年齢区分差もな</li> </ul>

ほか 1996	②北海道鷹栖町在住の60歳以上81歳未満の男女652名 ③アンケート調査	<p>く、近隣に4～5割の人が困ったときに相談できる人おり、8割の人は親しい友人がいると回答した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・女性の場合、「相談できる人がいる」割合やその種類、病気やけがの時の援助者の種類は、後期高齢者の方が少ない。</li> <li>・病気やけがの時の援助者の種類は、女性より男性の方が多いが、援助者に配偶者を挙げる割合は男性の方が高い。</li> </ul>
野邊 1996	①1995年2月 ②岡山県岡山市在住の60歳以上80歳未満の女性283名 ③訪問面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同居する家族以外に平均5.68名と社会関係を取り結んでいる。その間柄は、「親族」「近隣者」「職場仲間（同僚・上司）」の順に人数が多かった。</li> <li>・社会関係を取り結ぶ相手の居住地は、同市内、歩いて15分圏内の地域、同市外の県内、県外の順で人数が多かった。</li> </ul>
岡林 1998	①1990年 ②全国の60歳以上の男女1,453名 ③不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の生活自立度は、社会関係の豊かさを規定するが、豊富な社会関係をもっていることが高齢者自身の生活自立度を良好にするわけではない。</li> </ul>
平野 1998	①1995年 ②東京都世田谷区、台東区、東久留米市、清瀬市在住の65歳以上の男性277名、女性500名 ③個別面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情緒的サポートの受領は、配偶者や同居子の有無とは関連はなく、血縁者に限らず広範囲の相手から受領しているが、それ以外のサポート提供主体は、配偶者と子どもに特化している傾向がある。</li> <li>・手段的、介護的サポートの受領は、同居子がいる群よりもない群の方が、サポートを受領した割合が低く、受領できなかった者の割合が高い。つまり、これらはその他の者は家族員の代わりとなりにくいといえる。</li> <li>・独居高齢者ではサポートを受ける必要がないという自立性を保つことが、主観的幸福感を高めることに関連している。</li> <li>・サポートが必要な独居高齢者では、近隣やその他の人からのサポート受領が、主観的幸福感を高めることに関連している。</li> <li>・夫婦のみの世帯においては、配偶者とのサポート授受に有意な交互作用がみられ、互酬性を保つことが、主観的幸福感を維持するために重要であることを示唆している。</li> </ul>
小窪 ほか 1998	①1996年10月 ②鹿児島県B町在住の65歳以上の男性357名、女性533名 ③訪問留置アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの有無、子どもとの交流頻度および子どもとの関係への満足度が孤独感との関連があり、同別居については、関連はなかった。</li> <li>・親友の数と親友との交流頻度および、近所つきあいの頻度と近所づきあいへの満足度、相談相手数は、孤独感と関連がある。</li> <li>・家族関係、友人関係、近隣関係、相談相手の中で、友人関係が最も孤独感との関連が強く、次いで相談相手、近隣関係であった。</li> <li>・地域社会への愛着度（この町に住み続けたい度合い）が高いほど、孤独感は低い。</li> </ul>
古谷野 ほか 1998	①不明 ②東京都世田谷区在住の65～79歳の男性198名および女性227名、山形県米沢市在住の同様の男性180名、女性277名、 ③訪問面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配偶者以外の他者との関係を有する頻度は、同居家族との関係が最も密である。</li> <li>・サポートについては、配偶者と「配偶者以外の同居家族」との間に階層的な補完関係は認められない。</li> </ul>
岸 1999	①1991年、1992年、1994年、1995年 ②北海道札幌市在住の大正10～11年生まれの男性203名、女性247名、夕張市在住の大正10～11年生まれの男性193名、女性242名、鷹栖町在住の69～80歳の男性144名、女性180名 ③アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性は、情緒的サポートが少なく、老人会などのグループ所属がないもしくは消極的である場合に早期死亡する割合が高いが、女性は、ソーシャルサポートネットワークによる影響はみられない。</li> </ul>
野邊 1999	①1995年2月、1997年3月 ②岡山県岡山市在住の65歳以上80歳未満の夫婦のみの世帯の男性133名、女性61名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男性は、女性よりもソーシャルネットワークの中に配偶者を含めており、また男性は、女性よりも多くの職場仲間関係を組織していたが、女性は、男性よりも近隣関係を組織していた。</li> </ul>

	③面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルネットワークの規模や地理的分布は、性別による差異はない。</li> <li>・高齢者にとって、配偶者と親族がサポート源として圧倒的に重要であり、例外的に、近隣者は「留守時の家の世話」で、友人は「交遊」で重要な役割を担っている。</li> <li>・女性は男性よりも「心配事の相談」をいずれかの社会関係の人々にすることができ、男性は女性よりも「仕事上の話と相談」をいずれかの社会関係の人々にすることができている。</li> </ul>
小林 ほか 2000	①1996年10月 ②全国の60歳以上の中高年齢者のうち2,447名 ③訪問面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IADL非自立高齢者においては、別居子と頻繁に交流をもつことがサービス認知を高めるが、IADL自立高齢者はこの関連がない。</li> <li>・同居子の存在は、別居子とは異なり、サービス認知を高める効果をもっておらず、家族ネットワークの中でも、同居家族と別居家族は、その役割は異っている。</li> </ul>
古谷野 2000	①1998年1～2月 ②東京都杉並区在住の60～79歳の男性766名 ③訪問面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同居家族と別居子・別居子の配偶者以外で「おつきあいのある方」として挙げられたのは、一人平均4.7人。非親族が86.6%、兄弟姉妹親戚が13.4%であった。</li> <li>・他者の家までの距離は30分以上2時間未満の他者が約6割に上り、他者のうち近隣に住むものは少なかった。また他者と会う頻度も、「月に1～3回」が最も多く、「年に1～3回」次いで多かった。</li> </ul>
矢部 ほか 2002	①1998年1～2月 ②東京都杉並区在住の60～79歳の男性766名 ③訪問面接調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同居家族と別居子・別居子の配偶者以外で「おつきあいのある方」として挙げられたのは、一人平均4.7人。非親族が86.6%、兄弟姉妹親戚が13.4%であった。</li> <li>・知り合ったきっかけは、「職場」が最も多く(39.8%)、「学校」、「兄弟姉妹・親戚」、「趣味」の順であった。</li> <li>・「近所」と「町内会・社会活動」を通して知り合った他者の数は少なかった(6.4%、5.3%)。</li> <li>・関係の重複パターンでは、「職場+趣味」が最も多く、「職場のみ」、「兄弟姉妹・親戚のみ」、「学校のみ」であった。</li> </ul>
小田 2003a	①1999年6～10月 ②兵庫県神戸市在住の65歳以上の男性1,200名、女性1,509名 ③自記式郵送アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「顔を合わせば、あいさつをする」関係の人は平均18.9名おり、「困ったときに相談したり助け合ったりする」関係の人も平均2.6名いた。</li> <li>・付き合いに影響力の強い促進要因は、「参加・活動度」、「積極的親密性」、「居住年数」であった。</li> </ul>
小田 2003b	①1999年6～10月 ②兵庫県神戸市在住の65歳以上の男性1,200名、女性1,509名 ③自記式郵送アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・浅い付き合いをしている友人数は、男性50名程、女性20名程。相談ごとや悩みごとを話したり聞いたりする友人数は男女とも2～3名程。</li> <li>・男性の方が女性よりも友人数は多いが、男性の方が友人数の個人差が大きい。特に相談ごとや悩みごとを話したり聞いたりする付き合いにおいて、男女間の違いが大きい。</li> </ul>
前田 2003	①2001年5月 ②岐阜県岐阜市在住の40歳から69歳の男性254名、女性360名 ③自記式郵送アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エイジングによる友人関係機能の変化のパターンは男女で異なり、男性の場合は機能を付け加えていくが、女性は縮小していく。</li> <li>・男性の場合、「おしゃべりを楽しむ」、「精神的に支えあう」といった友人関係の機能は高齢層ほど多くなる。</li> <li>・女性の場合、「心配事や悩みを聞きあう」、「助言やアドバイスをしあう」といった友人関係の機能は高齢層ほど低下する。</li> <li>・男女ともに年齢とともに別居子から多くのサポートを受けるが、友人関係の機能には影響を及ぼしていなかった。</li> </ul>
瀧澤 ほか 2004	①2001年11月 ②秋田県南部の一農村在住の65歳以上の男性348名、女性423名 ③留置アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同居家族間のソーシャルサポートは、食事など身の世話を他者に依存しがちな男性に大きく関連しているものの、女性の受領や提供サポートは、生活習慣および健康感と関連がなかった。</li> <li>・居住形態が夫婦のみの世帯より多世代同居ほど、女性の手段的サポート得点が高い。</li> <li>・男性は、3(4)世代同居は2世代同居に比べ情緒的サポートを得やすい。</li> <li>・男性は、家事に関する項目のある手段的サポートの授受が顕著に主観的幸福感に関連している。</li> <li>・男女とも情緒的サポートの方が手段的サポートや提供サポートよりも主観的幸福感との関連が強い。</li> <li>・男女ともサポートの授受が多いほど主観的幸福感が高か</li> </ul>

		い。
古谷野 ほか 2005	①1998年1～2月 ②東京都杉並区在住の60～79歳の男性663名 ③アンケート調査	・関係の重複程度によって現在の交流が異なり、関係の重複が多い他者ほど親密な交流をもつ傾向にある。
宍戸 2005	①2001年3～4月 ②京都府関西学研都市区域（京田辺市・木津町・精華町）のうち新新地区在住の男性46名と女性53名、新地区在住の男性75名と女性80名、旧村落地区在住の男性27名と女性29名、宮城県丸森町地区在住の男性61名と女性84名、京都府京都市下京区地区在住の男性102名と女性108名 ③アンケート調査	・新興ニュータウンである新新地区や新築は、他の地区と比べ、親戚や友人、別居子における空間的分散が大きい。 ・新新地区に生活する高齢者のパーソナル・ネットワーク構造は、他地域と比較して、コミュニティの地域性にとらわれない分散した構造を示し、近隣、親戚のネットワーク規模が縮小している。 ・コミュニティ類型は、直接的には生活問題処理志向（primary-group 処理志向、non-primary-group 処理志向）に影響していない。
野邊 2005	①1997年12月～1998年1月 ②岡山県高梁市在住の65歳～79歳の女性523名 ③訪問面接調査	・いずれの課題（入院時の世話、2～3万円の借金、心配事の相談、失望や落胆時の慰め）も「配偶者以外の同居家族」は重要なサポート源であった。また手段的サポート（入院時の世話、借金）を「配偶者以外の同居家族」に期待する高齢女性の割合は高い。これは、長期間の関与が必要とされる手段的サポートの提供には、情緒的に強く結びついた永続的な関係にある近親者が適していることを示す。 ・手段的サポートを「同居家族あるいは親族」に期待できない女性のうち、「近隣者と友人」にそのサポートを期待できる女性の割合は高くはない。 ・情緒的サポート（相談、慰め）は、上位層の他者に期待できないとき、次位にある間柄の他者ではなく、「近隣者と友人」にそのサポートを期待し、補完している。 ・近親者との交際は義務的色彩が強いが、遠縁の親族とのそれはより任意で、高齢女性の経済状況によって左右されやすい。
田淵 2006	①2004年11～12月 ②名古屋市中区全域・東区全域・中村区全域・千種区の都心部在住の60～79歳の男女600名 ③自記式郵送アンケート調査	・親族ネットワークと友人ネットワークは独立している。 ・近距離に親族や友人のネットワークを持たない高齢者が1割存在する。 ・居住年数が長い程とネットワークの規模も大きくなる。 ・学歴が低く家計のゆとりが小さい群は、友人が近くに住む割合が高い。
古谷野 ほか 2007	①2001年5～6月 ②岐阜県中津川市在住の60～79歳の男性367名、女性419名 ③訪問面接調査	・「気心の知れた仲だと感じる方」として挙げた他者の数は、平均2.5名（最大7名の限定）。そのうち8割が一緒にいてほっとする人であり、月1回以上は会っている。 ・現在地での居住年数が、社会関係の豊かさに影響を及ぼしている。
山崎 ほか 2008	①2006年7～11月 ②東京都A区在住の要介護者等を除いた65歳以上の閉じこもり男性57名と女性38名、非閉じこもり男性57名、女性38名 ③訪問面接調査	・閉じこもり高齢者は、同居家族との会話が少なく、同居している他世代との家計が一緒である傾向が示された。 ・閉じこもり高齢者は、同居家族がいる場合には家庭内における役割が少ない。 ・閉じこもり高齢者は、居宅から30分以上の距離圏における交流人数や情緒的サポート、外出援助について、非閉じこもり高齢者と差異がある。
中村 ほか 2009	①2007年4～8月 ②A県郊外のB町・C市に在住する66～91歳の虚弱高齢者男性12名と女性49名 ③身体機能測定および面接調査	・虚弱高齢者の外出頻度の規定要因は、性別、近隣ネットワーク、近所への外出能力、転倒経験、交流頻度であった。
斉藤 ほか 2010	①2007年9～11月 ②東京都板橋区在住の65歳以上の一人暮らしの男性376名、女性1007名 ③訪問面接調査	・女性より男性の方が長期孤立と短期孤立ともに該当しやすい。 ・一人暮らしをしている高齢者の中でも、その一人暮らしに至る経緯によって孤立状態に至るリスクが異なり、「核家族移行型」を基準にして、それ以外の軌道はすべて高齢期の社会的孤立に対する一定のリスクがあることが示された。

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「子どもなし型」と「未婚型」は長期孤立と短期孤立の両方に影響を及ぼす。</li> </ul>
石塚 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2010年2～3月</li> <li>②福岡県北九州市八幡東区在住の65歳以上の男性430名、女性595名</li> <li>③不明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人暮らし世帯は、夫婦のみの世帯や同居世帯に比べ、「孤立感を感じている」、「近所づきあいが無い」、「ひきこもりがち」と感じている人が多い。</li> <li>・一人暮らし世帯は、夫婦のみの世帯や同居世帯に比べ、「お茶や食事を一緒にする」、「相談したり、されたりする」、「互いの家を行き来する」が多く、外出の頻度も他の世帯より少ないわけではない。</li> <li>・一人暮らし世帯は、夫婦のみの世帯や同居世帯に比べ、自治会・町内会活動およびその役員や地域の行事等への参加が少ない。</li> </ul>
角田 ほか 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2009年、2010年</li> <li>②茨城県笠間市在住の65～85歳の男女340名</li> <li>③体力測定およびアンケート調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルネットワーク（LSNS）が良好な人ほど、余暇活動量が多い。</li> <li>・ソーシャルネットワークが良好な人ほど、家庭内活動量が多い。</li> </ul>
小山 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2009年9月</li> <li>②東京都世田谷区在住の20以上75歳未満の男女5,447名（うち前期高齢者は男女1,108名）</li> <li>③自記式郵送アンケート調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65～75歳未満のネットワーク量は、兄弟数が男性4.4名、女性3.7名、親しい親戚が男性2.1名、女性1.7名、親しい友人が男性6.5名、女性5.75名、近隣づきあいが男性2.2名、女性3.5名であった。</li> <li>・親しい友人は上の世代ほど大幅に減少し、35歳未満と比較すると半数以下となっている。</li> <li>・近所づきあいは、上の世代のほうが多くなっている。</li> <li>・地域活動や地域組織への参加は、高齢者の「親密ネットワーク量」に正の影響をもたらす。</li> <li>・パーソナルネットワーク量は孤立回避につながっているが、パーソナルネットワークを持っていたとしても孤立状態に陥ることがある。</li> </ul>
澤岡 ほか 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2008年8～9月</li> <li>②東京都杉並区在住の75歳以上の在宅一人暮らし男性74名、女性366名</li> <li>③訪問面接調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査前日から当日までの間に誰とも話をしていない人は1割程度であった。また「3日以上だれとも会って話していない」と回答した人は女性3.6%、男性8.1%であった。</li> <li>・調査前日から当日までの間に誰かと話をした人のうち、75.5%は非親族と会って話をし、別居親族と話しをした人は28.9%に留まっている。</li> <li>・話をした非親族には、「近所の人」や「友だち」が多かったが、軽いあるいは儀礼的な内容に留まっている。</li> <li>・日常的に交流する非親族には、「店の人」、「介護サービスの人」、「医師や看護師など」のフォーマルな役割上の関係を有する人が多く、話された内容もあいさつとその職業にかかわる事柄に限定されている。</li> </ul>
山口 ほか 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2011年5～6月</li> <li>②東京都A市B団地在住の65歳以上の男性82名、女性114名</li> <li>③訪問面接調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活ニーズのある人（全体の1割弱）のうち2～4割に支援者がおらず、有支援者の2割弱が近所の人を担い手として挙げた。</li> <li>・困りごとの相談相手がいない人は2割弱で、男性の方が女性よりいない割合が高い。</li> <li>・独居、男性、近隣ネットワークが小さい方が相談者がいない確立が高い。</li> </ul>
野邊 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2006年1月</li> <li>②岡山県鏡野町富地区在住の65～79歳の女性104名</li> <li>③訪問面接調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パーソナルネットワークの規模平均は6.63人。内訳は、親族が40.6%、近隣者が33.1%、同居家族が13.8%、友人が11.6%、職場仲間が0.9%であった。</li> <li>・高齢女性はサポートの入手において社会関係を使い分けている。負担の重い手段のサポートと情緒的サポートを主に同居家族や親族に期待し、負担の軽い近接性を伴う手段的サポートを親族や近隣者に期待し、交遊は、親族、近隣者、友人と行っている。</li> </ul>

CiNii Articles(<http://ci.nii.ac.jp/>)にて、「ソーシャルネットワーク&高齢」および「社会関係&高齢」をキーワードとして検索し、1990年以降に発表された論文をまとめた（ただし事例調査や40名未満のアンケート調査は除外）

### 3)社会関係性

岡村（1978：122）が、「社会生活上の困難を問題とする社会福祉の研究では、『社会生活の基本的要求を充足するために、個人が社会制度との間に取り結ぶ関係』、もっと簡単には、『個人と社会制度との関係』こそがその基本的な意味でなければならない」と述べているように、生活支援において、社会関係の構造上の把握を中心にするだけでは、生活課題の解決もしくは社会システムの改善には至りにくい。それは、社会関係が機能的側面においてポジティブな関係とネガティブな関係を有しており、社会的排除につながる社会関係に対して、社会福祉は何らかのアプローチを行う必要があるからである。現在、ソーシャルサポートネットワークを代表とするポジティブな関係に着目した実証研究が盛んに行われているが、エコ・マップにおいて、サポート機能だけでなく、ストレスのある関係性を描いているように、また、社会的孤立に関する研究が単なる構造的な社会的孤立を対象とせず、DVや虐待等をはじめとする「孤立感」に対象を広げたり、加齢にともない関係が受動的なものへと変容するように、社会福祉学において、差別、虐待、金銭搾取、排他的行為をはじめとするネガティブな関係性、もしくは本人が意図せず脆弱化する関係の背景を捉える必要もあるといえる。

前節にて、生活とは、ヒトとしての生命が確保される状況・環境を前提とし、生活の主体である生活者が中心となって社会的な関係の中で培われる物質的、経済的、情緒的關係を含めた各々の環境条件の上に成り立ち、そして大なり小なりの自己決定の連続によって形成される行為、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねの総体であると定義した。そして、その人らしい生活を支えるには、固体としての生存（生命の維持）、いのちが支えられていると判断できる状況を前提（基盤）とし、一定の経済状況において、家族関係や友人関係といった社会関係の中で、自由な時間を持って過ごすことを支援する必要であり、生活の継続性という軸のある一貫性を持った支援が求められるとも述べた。そして、前項では、岡村の「社会関係」や社会老年学における「社会関係」と区別するために、都市社会学のパーソナルネットワークの概念を援用しつつ、特定の個人を中心とし、他の個人、集団、組織、機関といった社会的行為者によって構成される関係のうち、主に構造的側面について着目したものを「社会関係」と定義した。しかし、生活支援において、社会関係の構造上の把握を中心としては、生活課題の解決もしくは社会システムの改善には至りにくい。なぜなら、社会関係の構造を変化させる、もしくは新たな構造へと移行することだけで全てが解決されることはなく、それ以前に、そうした変化は、ネガティブな関係を切断するだけでなく、ポジティブな関係も切断することになり、生活の継続性に反しているのではないだろうか（ただし、虐待やDVといった本人の健康で文化的な生活を侵害している状況の打開として、一時的に社会関係の構造を変化させることに重点を置いた解決策もある）。そして、ネットワークを構成する社会的行為者によって定義する構造的側面に着目した「社会関係」だけでなく、こうした関係の質や強弱を含めた関係性も捉えていく必要があるため、本論では、社会関係の構造と機能の総体を社会関係性と定義する。そして、生活の継続性における社会関係性に着

目した支援を、これまで本人が築いてきた社会関係の構造をできるだけ保ち、その中で本人に対して差別、虐待、金銭搾取、排他的行為をはじめとするネガティブな関係性、もしくは本人が意図せず脆弱化する関係の背景に対してアプローチする支援のことと定義する。

〔図表1-7〕 社会関係性

		ネットワークを構成する社会的行為者	
		個人	世帯、集団、機関等
ネットワークの中心となる社会的行為者	個人	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">都市社会学における「パーソナルネットワーク」</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">社会老年学における「社会関係(social relationship)」</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">エコロジカルソーシャルワークにおける「ソーシャルネットワーク」</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">岡村重夫の「社会関係」</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: right;"><b>社会関係性</b></div>
	世帯、集団、機関等	1970年代の家族社会学における「家族ネットワーク」 都市社会学における「社会的ネットワーク」	

## 第2章 日本における認知症高齢者介護の変遷と現状

本章では、社会関係性がなぜ重要なのか、日本における認知症高齢者介護の歴史について、医療と介護の両面から体系的に整理した上で、これまでの日本の認知症高齢者介護の変遷を反省的に捉え、現状と今後の課題について示す。第1節では、1960年代から1990年代の実践を検討するにあたり、その背景として、戦後から現在まで、どのような診断方法や治療、看護が行われてきたのか、その変遷をたどり、認知症高齢者介護が社会問題化した背景を明らかにする。また、第2節では、地域課題として認知症高齢者介護が認識され、宅老所を中心に認知症高齢者の生活の継続性を重視した実践が広まりをみせたことについて、社会関係性という視点から再評価する。

### 第1節 社会問題としての認知症高齢者介護とその背景

#### 1) 日本における認知症研究の始まりと診断方法・スケール・治療の変遷

認知症とは、何らかの原因により脳に器質性の異常が起こり、一度発達した知能が後天的に障害された状態が慢性に持続し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態のことである（日本神経学会 2010）。認知症の原因疾患には、アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症をはじめとする神経変性を引き起こす疾病や脳血管障害を引き起こす疾病が挙げられる。アルツハイマー病の進行抑制薬については、日本でも、1999年に塩酸ドネペジル（アリセプト錠）が認可され、2011年にメマンチン塩酸塩（メマリー錠）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）およびリバスチグミン（イクセロンパッチ、リバスタッチパッチ）の処方認可されているが、神経変性を引き起こす疾病に対する根本治療薬は、現在も存在しない。本節では、1960年代から1990年代の実践を検討するにあたり、その背景として、戦後から現在まで、どのような診断方法や治療、看護が行われてきたのか、その変遷をたどる。

##### a) 認知症研究と診断（1950年代）

1950年代、日本の精神医学は、アメリカの精神分析学やジェロントロジーの影響を受け、認知症（当時は老年痴呆）は、老年期の精神病として精神神経科や精神病院にて臨床診断が行われた。組織病理学および解剖学によって、老年痴呆は、動脈硬化性痴呆やピック病、アルツハイマー病と区別されたが、臨床診断ではその鑑別は難しく、CTやMRIの画像診断が導入される1970年代後半まで、他の疾病との鑑別だけでなく生理的な老化との区別も難しい状況が続いた（猪瀬 1957）。また、診断にあたっては、記憶障害、記銘力の低下、性格変化を主な診断項目としていたが（猪瀬 1954）、老年痴呆と診断するにあたってのスケールも、まだ存在しなかった。

1950年には、私宅監置の廃止や都道府県に精神病院の設置義務をうたった精神衛生法が



制定され、1954年には、厚生省により第1回精神衛生実態調査が実施された。この調査では、全国に精神障害者が130万人、そのうち60歳以上の高齢者が約12万人いると推計され、さらにその約8割が、老人性痴呆、脳動脈硬化性精神障害、脳卒中後遺症などであると報告された（厚生省公衆衛生局1965）。しかし、当時は、精神神経科の外来や精神病院での認知症患者数も少なく（新福1956a、1956b）、猪瀬（1957）によれば、「ひどくぼけて、時に素人にもわかるほどの精神異常を示す老人もいるが、そのような人々が精神病院や神経科を訪れることもなくて、家庭で看護されて一生を終ることも少なくない」状況にあり、受診・入院する患者は、中重度に進行した後であった。例えば、田辺子男（1954）の戦後入院患者54例の報告をみると、全症例が対語記憶試験法を実施するのも難しい程、認知機能の低下や妄想幻覚等がみられる状態であり、入院時に既に記憶障害の他に徘徊や被害妄想、幻覚等の症状が現れている患者が約半数であったという。また、猪瀬（1957）の症例報告（器質性痴呆であり高度の痴呆と診断された70歳男性の症例）をみても、家族に対する暴力行為が出始め、家族介護によって負担しきれない状態となった為、入院となった様子がわかる。

こうした状況について、新福（1955）も独自に医療機関調査を実施し、欧米に比べ日本は、老年痴呆患者数の少ないことを指摘している。またその原因として、①患者の多くが放置または家庭において保護されている上、経済的貧困や社会福祉施設の未発達なども加わり、医学的診療を受けることを抑制していること、②老年痴呆と生理的老耄とのあいだの厳密な境界は少なくとも臨床には設定されていない上、日本における精神病院の社会的役割に違いがあること、③日本の家長主義的家族構造による家族の許容、敬老的社会風習が、老人の対人的葛藤、経済的負担、心理的圧迫の少ないものにしてしていることを挙げている。

#### b) 実態調査と認知症スケールの開発（1950年代～1970年代）

1950年代後半になると、在宅の認知症高齢者に関する調査が行われ、その過程で、認知症の診断スケールが開発された。新福は1955年～1958年に老年痴呆患者数について、島根県隠岐島にある黒木村、知夫村、海士村の3地域において実態調査を行い、その結果から、日本において家庭にいる60歳以上の人のうち、精神病有病率は5～10%と推定した（新福1956、新福1958、新福1959）。さらに脳器質性精神障害の有病率は3～6%、老年痴呆発症率は約1.5%以下であると推測されることも報告しており、これが日本で初めて報告された老年痴呆患者発症率となった。また、この調査では、老年痴呆の診断に、知能テスト結果と面接所見が用いられ、その判定は全て新福が行った。そしてその際使用したテストが、新福の開発した簡易知能テストである。

また杉村（1959）も、奈良県橿原市八木町にて60歳以上の人696名に対し、戸別訪問調査を行い、老人性精神病患者数について調査を行った。その結果、「精神障害者」に該当した人は44名おり、そのうち「老人性痴呆及びその疑いあるもの」は15名（2.16%）であった。この際、杉村は、「精神障害者」の判断を行うため「情意の障碍」、「知的能力の障

碍]、「病的精神症候」で構成される判定基準を作成した。

1968年には、新福は慈恵医科大学に赴任し、長谷川和夫らとともに東京都内の養護老人ホームおよび特別養護老人ホーム他、計11施設・病院1,241名を対象に精神保健の実態調査を行った(長谷川2007)。この調査では、Andersonの精神診査スケールを用い、結果、認知症の有病率は、養護老人ホームが6.5%、軽費老人ホームが5.6%、特別養護老人ホームが48.9%、老人病院21.1%であった。新福らは、翌年にはさらに対象を広め、全国904施設(養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム)計5,533名に対し、「精神医学的実態調査」を実施し、特別養護老人ホームでは41.0%に、養護老人ホームでは6.1%に痴呆が認められたと報告した(長谷川1970、新福1972)。

新福は、新たにスケールを開発するにあたって、当時同大学の精神科講師であった長谷川和夫に依頼し、長谷川は、MSQ(Mental Status Questionnaire)やAndersonとIsaacsの開発した痴呆診断スコアを参考にし、「精神診査スケール」を作成した(長谷川2007)。さらに実態調査を重ねる中でこれに改良を加え、WAIS(ウェクスラー成人知能検査)との相関にて妥当性を検討しながら、1974年に長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)を発表した(長谷川ら1974)。

また同時期、アメリカでは、1975年にフォルスタインらによって開発されたミニメンタルステート検査(MMSE)が発表され、その後、アメリカ精神医学会によって、1980年に「精神障害診断基準(DSM-III)」、1987年にDSM-III-Rが発表された。

#### c) スケールの活用とCT、MRIによる画像診断の始まり(1980年代～1990年代)

1970年代～1980年代にかけて認知症の症状に関するスケールの開発や改良、診断基準の議論が行われた。その中で、1980年代～1990年代に日本でよく使用されたものとして、1974年に発表された長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)、1987年にアメリカ精神医学会から発表されたDSM-III-Rが挙げられる。

長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)は、見当識(時・場所)、記憶連想、記憶記銘、一般常識、計算を問う11問で構成され、各設問点数は重み付けされている。1991年には、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)が作られ、2004年には長谷川式認知症スケール(HDS-R)と改名し、現在も広く使用されている。

また、DSM-III-Rは、1980年代に認知症の診断に使用され、原因疾患の鑑別診断のスケールHachinskiの虚血点数と一緒に用いられた(目黒2008)。Hachinskiの虚血点数では、4点以下がアルツハイマー病、7点以上が血管性認知症、その中間が混合型認知症と診断された。

また同時期、1970年代後半から1990年代前半にかけて、医療現場にCTやMRIが導入されたことにより、認知症においても画像診断が進んだ。1968年、HounsfieldらによりCT(computed tomography; コンピューター断層撮影)が開発され、1972年に最初の臨床装置としてEMIスキャナーが発表される(福田2007)。そして1975年に日本で初めてCTが輸入され、東京女子医科大学病院に設置された。その後、CTの国内生産が始まり、

約10年間で日本全国に普及した(河野1986)。また、MRI (Magnetic Resonance Imaging ; 磁気共鳴画像) は、1973年にLauterburにより基礎技術が開発された後、日本では1980年代に実用化研究が行われ、1990年代前半には全国に普及した。

[図表2-1] 日本の人口100万人あたりのCTおよびMRIの台数の推移

	1981年	1984年	1990年	1996年	2002年	2008年
CT	14.4	24.3	55.2	74.7	92.6	97.3
MRI		—	6.1	18.8	35.3	43.1

※2005年現在、オーストラリア、カナダ、デンマーク、フランス、イタリア、日本、韓国、イギリス、アメリカの9ヶ国の人口100万人あたりのMRI台数平均は13.8台、CT台数平均は23.3台(該当年のデータがない場合は前年のデータを使用)。

経済協力開発機構(OECD) HP 保健医療統計より筆者作成  
[http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)

【図表2-2】 1950年代から1980年代に開発された認知症スケール

<p style="text-align: center;"><b>新福の開発した簡易知能テスト</b></p> <p style="text-align: center;">新福尚武ら(1956)「高令者多数村の精神医学的調査」『米子医誌』, 7(2), pp188より抜粋</p>	<p style="text-align: center;"><b>長谷川が作成した「痴呆診査テスト」</b></p> <p style="text-align: center;">長谷川和夫ら(1974)「老人の痴呆診査スケールの検討」『精神医学』, 16(11), pp965-969より抜粋</p>
<p style="text-align: center;"><b>MMSE</b></p> <p style="text-align: center;">杉浦孝之(2007)「研究ノート 認知症スクリーニング検査」『広島専修大学集(人文)』48(1), p362より抜粋</p>	<p style="text-align: center;"><b>Hachinskiの虚血点数</b></p> <p style="text-align: center;">目黒謙一(2008)『血管性認知症 遂行機能と社会適応能力の障害』ワールドプランニング, p21より抜粋</p>
<p style="text-align: center;"><b>DSM-III-Rによる認知症診断基準の要約</b></p> <p>A. 記憶（短期・長期）の障害          B. 次のうち少なくとも1項目以上          1) 抽象的思考の障害          2) 判断の障害          3) 高次皮質機能の障害（失語・失行・失認・構成障害）          4) 性格変化          C. A・Bの障害により仕事・社会生活・人間関係が損なわれる。          D. 意識障害のときには診断しない（せん妄の除外）。          E. 病歴や検査から脳の器質的疾患の存在が推測できる。</p> <p style="text-align: center;">日本神経学会監修(2010)『認知症疾患治療ガイドライン2010』医学書院, p2より抜粋</p>	

#### d) 治療薬の不在と周辺症状の対処、看護・介護手法の模索（1980年代～2000年代）

1980年代から2000年代にかけて、診断手法については発展するが、鑑別診断については脳科学の急速に発展した現在ほど厳密なものではなかった。また、治療に関しては、認知症に対する根本治療薬は存在しておらず、アルツハイマー病進行抑制薬についても、日本では1999年まで認可されることはなかったため、当時、「問題行動」と呼ばれた周辺症状に対し、薬物療法や非薬物療法が行われ、中には、精神病治療薬の不適切な投与や拘束、一方的な非難・指導といった人権を侵害する行為も行われていた（大熊1981、林崎1996）。

新福は、痴呆出現率を6%とし、痴呆老人の実数を約42万人であると推計した。そのうち、精神病院に入院している患者を約1.5万人、老人ホームに入所している患者を1.5万人と見積もり、痴呆老人の大部分は家庭にいと推測した。その上で、家庭で保護できるのであれば、入院主義をとる必要もなく、そのためには、「住宅対策、老人年金制度、老人医療保障制度、訪問看護婦制度、ホームヘルパー制度などの対策が飛躍的に充実される必要がある」と指摘していた（新福1972）。

しかし、1963年に老人福祉法が制定されたが、当時の高齢者介護は身体介護を中心としており、認知症高齢者介護への対策は、依然として立ち遅れていた。1963年当時、全国6,621病院794,434床のうち精神病院（単科）は、629病院136,387床（一般病院精神科病床含む）であった。1955年から比較すると、8年間でほぼ3倍増となる数値である。また、精神病床の利用率は109.7%と、一般病床の81.2%に対しても高く、過去8年間毎年100%を超え、病院によっては、許可病床数をはるかにオーバーして入院させていたところもあった。金子が1967年に行った調査によると精神病院における老人患者1,556名中、老年痴呆であったものは、436名（28%）であり、昭和28年に新福が行った調査と比較すると、老年痴呆患者は増加していた（金子1973）。その上、さらに1973年の老人医療費無料化により、高齢者の社会的入院は急速に拡大した。

1982年に老人医療費の無料化が廃止されたが、認知症は、依然として特別養護老人ホームの入所要件から外れており、認知症高齢者は、在宅生活が困難となった場合には、老人病院といわれた特例許可老人病院や精神科病院に入院していた。特定許可老人病院は、1983年2月、老人保健法が施行されて制度化されたものである。入院患者数のおおむね7割以上が老人慢性疾患患者であり、医師及び看護職員の配置基準は、一般病院よりも緩和されていた<sup>i</sup>（小沼2007）。

こうした状況に対し、認知症高齢者等の受け入れを拡大するため、医療施策の一環として、1977年に老人精神病棟の施設・設備整備事業が開始され、1980年には、公衆衛生審議会から厚生大臣に対して意見具申「老人精神病棟に関する意見」が出された。植田（2001）によれば、「老人精神病棟に関する意見」は、日本における認知症疾患を含む高齢者の精神障害対策に関する初めての公式見解であるという。1980年の意見具申では、老人精神病

<sup>i</sup> 入院患者100人の場合の人員配置基準を一般病院と比較すると、一般病院は医師6名、看護職員25名であるのに対し、老人病院は、医師3名、看護職員17名、介護職員13名であった。

棟の必要性について、痴呆・意識障害等に基づく徘徊、夜間不穏、精神運動興奮等の問題行動を起こすため行動制限を必要とするものための病棟、精神症状に加えて重度の身体合併症を伴うものための病棟の必要性が挙げられ、病床数は30床ないし50床、病棟の面積は共通部分を含めて1床あたり23m<sup>2</sup>程度といったように、老人精神病棟の施設基準についても述べられた。

また、1970年代後半から、一部の病院や施設において、認知症介護手法についても模索が始まった。当時、精神科の外来受診は、発病から3年程経過し、家族介護者が介護に困難を感じて受診するケースがほとんどであった。聖マリアンナ医科大学神経精神科学教授であった長谷川和夫は、根本治療薬も進行抑制薬もない状況に対し、「ことにアルツハイマーの診断は、CTが普及し始めた時ですから、診断は早期にできるわけです。しかし、その当時は、お薬が何もありませんでした、アリセプトがまだなかったから。医者としては本当につらい。無力感というか、恥ずかしいというか。患者さんとその家族に対してもう申し訳ない気持ちでした。診断はしたけれども、もうこれ以上はここへ来ていただいても、何も私にはできませんから、もうここへ来ては無駄ですよという感じでした。」、「（アルツハイマー病進行抑制薬であるアリセプトが処方できるようになり、）とにかくある一定のエビデンスを持ったお薬を投与できるということで、真つ当な診療体制になったということです。根本治療薬ではないから、治すわけにはいきませんが、しかし、少なくとも進行を止めることはできます。『やってみましょう』、『これから一緒に考えるから、何でも相談して下さい。いつも私は、あなたと一緒にいるから、何でもいいから電話しなさい』と、とにかくそれが言えます。それが診療だと思います。診断しかできないというのは、医療者とは言い難いですよね。」と、当時のことを振り返っている（片山ほか2010）。

1977年には、熊本県にある国立療養所菊池病院（院長：室伏君氏）に認知症高齢者専門病棟が新設され、1979年には、新潟県長岡市に認知症を専門とする三島病院（院長：田中政春）が開設された。また、1981年には佐々木健医師らによって、岡山県井原市木之子町に特別養護老人ホームきのこ荘（50床）が開設された。きのこ荘では、重度の認知症高齢者も受入れ、その運営の中で、佐々木医師は専門病院の必要性を感じ、1984年に、岡山県笠岡市に日本初の認知症高齢者専門病院としてきのこエスパワー病院が開設された（佐々木1988）。当時は画期的な手法として注目された回廊式の廊下が設置され、多くの視察者が訪れた。

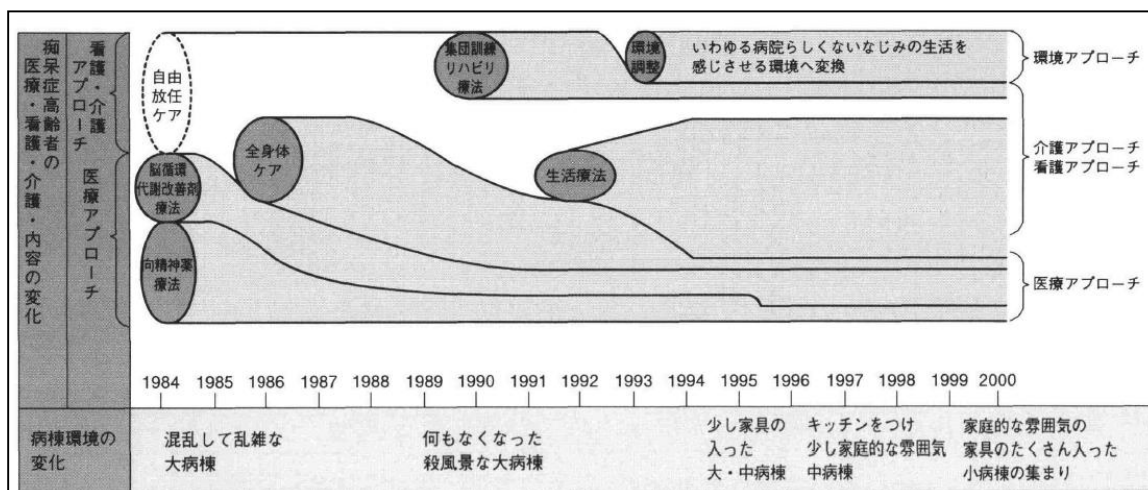
そして1983年、聖マリアンナ医科大学付属病院精神科にて、日本で初めて認知症高齢者に対するデイケアが始まった。患者家族は、診療場面で様々な不安や疑問を尋ねるが、その全てを回答するには限界があったため、長谷川和夫が、同病院の病棟看護師であった五島シズに相談し、毎週1回、家族介護者のために水曜の会を開催することとなった。

その後、1988年には、痴呆性老人専門治療病棟は、「精神症状や問題行動が特に著しい老人性痴呆患者に対して、精神科医療と手厚いケアを短期集中的に提供するものであり、単なる治療だけでなく、在宅療養の指導、デイ・ケアなどのサービスも同時に提供される」

病棟として制度化されたが（厚生労働省 HP『昭和 63 年版厚生白書』）、整備基準<sup>ii</sup>をみると、1 病棟おおむね 50 床、1 病室定員を 4 名以下とし、従来型の精神科病棟にあった保護室や鉄格子を設置しないことが規定されたが、概ね全長 50m 回廊部を有することも規定されており、認知症高齢者の周辺症状に対応するための模索の様子が伺える。

また、認知症看護においても同様に、認知症の周辺症状に対する模索が行われていた。1980 年代前半、聖マリアンナ医科大学付属病院精神科に勤務していた五島シズは、全人的な理解と個別ケアを示しコミュニケーション手法の改善等を示していたが（五島 1983）、当時これらは広く浸透してはおらず、周辺症状に対し、回廊式の廊下、監視カメラの設置、つなぎ服を着せたり、鍵をかけて閉じ込めるなど行動制限を行うことが、病院の至るところで行われていた。この頃のことを永田（2003）。や佐々木（2000）は「ケアなきケアの時代」と呼んでいる。

【図表 2 - 3】 認知症高齢者の医療・看護・介護・内容の変化



佐々木健(2000)「痴呆グループホームの意義」『Modern Physician』20(5), p600 より抜粋

<sup>ii</sup> 痴呆性老人専門治療病棟及び痴呆性老人デイ・ケア施設の施設整備基準について（昭和六三年七月五日、健医発第七八五号、各都道府県知事あて厚生省保健医療局長通知）

e) 現在の認知症の定義と治療

認知症とは、何らかの原因により脳に器質性の異常が起こり、一度発達した知能が後天的に障害された状態が慢性に持続し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態のことである（日本神経学会 2010）。現在、認知症はその原因疾患により神経変性認知症（アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症）と脳血管性認知症（多発梗塞性認知症、皮質下血管性認知症、局在病変型梗塞認知症）のふたつに大きく分類されている。

認知症の根本治療薬は、現在に至っても存在しないが、神経変性認知症の中でも最も罹患率が多いアルツハイマー病に対しては、進行抑制薬が開発されている。日本では、1999年に塩酸ドネペジル（アリセプト錠）が認可され、2011年にメマンチン塩酸塩（メマリー錠）、ガランタミン臭化水素酸塩（レミニール錠）およびリバスチグミン（イクセロンパッチ、リバスタッチパッチ）の処方が認可された。

アルツハイマー型認知症の主な症状に、記憶障害が挙げられるが、これは、神経原線維変化によって神経細胞が機能なくなり、神経細胞間の神経伝達物質アセチルコリンが減少することで起こる障害である。アルツハイマー病進行抑制薬のうち、塩酸ドネペジル、ガランタミン臭化水素酸塩およびリバスチグミンは、このアセチルコリンを分解する酵素（アセチルコリンエステラーゼ）を阻害することにより、アセチルコリンの量を増加させて、シナプス間隙のアセチルコリン濃度を高め、記憶力低下の進行を抑制させる薬である（岩田 2012）。ドネペジル塩酸塩は、海馬の委縮進行を抑制する効果も得られ、軽度および中程度のアルツハイマー型認知症に有用であるとされる。また、ガランタミン臭化水素酸塩は、覚醒レベルや注意力を高め、実行機能の遂行や情報獲得などの認知機能が改善する効果を得られ（本間 2011、池口 2011）、リバスチグミンは、軽度および中程度のアルツハイマー型認知症に有用であり（池口 2011、藤井 2012）、経皮吸収型製剤という特徴ももつ。

一方で、メマンチン塩酸塩は、他の3種と違い、脳内の主たる興奮性神経伝達物質であるグルタミン酸の受容体の一種であるNMDA受容体の拮抗薬であり、神経細胞の障害も抑制すると考えられている。

〔図表2-4〕日本で認可されているアルツハイマー病進行抑制薬

名称	塩酸ドネペジル	ガランタミン臭化水素酸塩	リバスチグミン	メマンチン塩酸塩
商品名	アリセプト錠	レミニール錠	イクセロンパッチ、リバスタッチパッチ	メマリー錠
認可年	1999年	2011年	2011年	2011年
作用	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬			NMDA受容体拮抗薬
	軽度および中程度のアルツハイマー型認知症に有用			



また、認知症には原因疾患に起因する記憶障害や理解・判断力の低下、実行機能の低下をはじめとする中核症状の他に、原因疾患を問わず、認知症のある人に起こる行動・心理的反応・精神医学的症状等を総称する BPSD がある。1996 年、国際老年精神医学会のシンポジウムにて Finkel らが中心となって BPSD (Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia) が提唱され、「認知症患者にしばしば伴う症候および症状で、知覚、思考内容、気分および行動の障害」と定義された。その後、1999 年に国際老年精神医学会のコンセンサス会議が開かれ、BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) が定義された。

BPSD については、症状発現のメカニズムが十分に解明されているわけではないが、心理社会的要因によって発現したり、内容に影響を与えたりするといわれ、近年では、疾患特有の神経学的基盤を有すると考えられている (中村 2010)。BPSD を代表する症状および行動には、不安、不穏、徘徊、衝動的攻撃的行動、抑うつ、幻覚、妄想、睡眠障害などが挙げられる。

BPSD の悪化の関連要因には、薬剤による影響と身体合併症による影響が挙げられる。中野らが 2007 年に行った調査では、両者による悪化が全体の半数弱に認められ、薬剤が BPSD の悪化関連要因となる事例は 36.6%に上った (中野 2011)。

また、BPSD の症状評価尺度としては、1980 年代後半から BEHAVE-AD や NPI が開発されている。BEHAVE-AD は、1987 年に Reisberg らが発表し、日本では 1999 年に朝田らが日本語版を作成した (朝日ら 1999)。7 カテゴリー・25 項目について、直近 2 週間の行動観察に基づき評価するものである。BPSD の行動症状 (行動障害・攻撃性・日内リズム障害) と心理症状 (パラノイドと妄想観念・幻覚・感情障害・不安および恐怖) の 2 つに分けて評価できる点に特徴がある (中村 2010)。NPI は、Cummings らが 1994 年に発表した評価尺度で、1997 年に、その日本語版が作成されている。介護者との面接で、直近の生活状況を介護者との面接によって聞き取り、患者の行動領域 10 項目 (妄想、幻覚、激越と攻撃性、抑うつ、不安、気分高揚と多幸、アパシーと無関心、脱抑制、易刺激性と不安定性、異常な運動行動) と自律神経系領域 2 項目 (睡眠、食欲障害と摂食障害) について、重症度を 3 段階 (「1: 軽度」、「2: 中等度」、「3: 重度」)、頻度を 4 段階 (「1: 時々 (週 1 度以下)」、「2: しばしば (週 1 回)」、「3: 頻繁」、「4: 非常に頻繁 (毎日)」) で頻度を評価する (岩本 2010、中村 2010)。

#### f) 非薬物療法とエビデンスレベル

アルツハイマー病に対しては、進行抑制薬があるが、認知症の根本治療薬はない現在、その補完として、リハビリテーションをはじめ、数多くの非薬物療法がおこなわれている。アメリカ精神医学会では、治療ガイドラインにて、認知、刺激、行動、感情に対する療法を挙げている。しかし、その効果については、有用な評価研究は少なく、医療として確立しているとは言い難い (山口 2011)。「認知症疾患治療ガイドライン 2010」では、非薬物

療法についてエビデンスレベル<sup>iii</sup>と推奨レベルを掲載しているが、掲載している非薬物療法全てが、推奨レベルはグレード C1（科学的根拠がないが、行うよう勧められる）となっている。

例えば、認知に焦点を当てた療法には、リアリティオリエンテーション（RO）や認知刺激療法があるがその両者とも推奨レベルは、グレード C1 である。また、刺激に焦点を当てた療法には、広く芸術療法（音楽療法、絵画療法等）やアロマセラピー、ペットセラピー、マッサージ、タクティールケア等が挙げられるが、そのうち音楽療法も推奨レベルは、グレード C1 である。さらに、感情に焦点を当てた回想法やバリデーション、その他運動療法や光療法も同様に推奨レベルは、グレード C1 である。

また、長田（2012）が行った検証でも、上記以上の評価であったものは、RO（勧告 A；行うよう強く勧められる）と音楽療法（勧告 B；行うよう勧められる）だけであった。

### g) 早期発見・早期診断

2007 年 4 月、内閣府官房長官主宰の新健康フロンティア戦略賢人会議において取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」では、認知症ケアにおける医療体制の役割として、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行うことが示された（首相官邸 HP）。また、2008 年には、厚生労働省に設置された認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトによる報告書が出され、今後の認知症対策の具体的内容として「研究・開発の促進」や「早期診断の推進と適切な医療の提供」等が示された（厚生労働省 HP）。「研究・開発の促進」では、5 年以内に、アルツハイマー病について早期に、確実に、身体に負担をかけない診断が可能となるよう、アミロイドイメージングによる画像診断、血液中のバイオマーカー等の早期診断技術の実用化を目標とした研究を推進すること、「早期診断の推進と適切な医療の提供」では、認知症診療ガイドラインの開発・普及、早期診断の促進、認知症疾患医療センターの整備（全国 150 ヶ所の設置、地域包括支援センターとの連携担当者の配置）等が示された。また、2013 年 12 月には、イギリスロンドンで G8 認知症サミットが開催され、2025 年までに治療法を確立することを目指し、各国が研究費を大幅に増額することなどを盛り込んだ共同声明がまとめられている。

さらに 2012 年に厚生労働省が今後のオレンジプランでは、かかりつけ医認知症対応力向上研修や認知症サポート医養成研修の受講者の増加、認知症初期集中支援チーム（地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの）のモデル事業実施と制度化の検討、認知症の早期診断等を行う医療機関の増設（認知症疾患医療センターを含めて二次医療圏に 1 ヶ所以上）が掲げられている（厚生労働省 HP）。しかし、早期発見・早期治療を促す政策は、倫理的観点から問題が多く、イギリス、フラン

<sup>iii</sup> 「認知症疾患治療ガイドライン 2010」では、治療に関しては Minds 分類を用いているが、それ以外は Oxford Center for Evidence-based Medicine Levels of Evidence 分類を用いている。

ス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、スウェーデンでは、政策責任者から適切な政策ではないと判断されており、認知症の人が外部から診断や支援を強要されるのではなく、認知症の人本人が、診断や支援を受け入れられる準備が整い始めた適切なタイミングで診断の機会が得られるべきであるという考え方が広まっている（東京都医学総合研究所2013）。

## 2) 社会問題としての認知症高齢者介護とその背景(1960~1980年代)

前述の通り 1980年代まで、認知症高齢者は、福祉の対象ではなく、医療と家族で見る時代であった。そして、高齢者介護を家族が負担をしていた時代、問題の対象となっていたのは、家族介護では負担しきれない重度の認知症高齢者か、家族からの介護を受けられない認知症高齢者であった。前者は、医療の対象となり、後者は、養護施設の対象となった。しかし後者は、認知症に対する対応ではなく、認知症に関わらず、介護を要するが扶養者がいない高齢者として、養老施設の対象となったにすぎず、認知症高齢者が福祉施策の対象者であったとはいえない。老人福祉法制定以前の当時、老人福祉施策で注目されていたものは、民法改正による扶養義務の法的変化、つまり老年期の所得保障についてであり、高齢者介護については、1960年代まで、政策問題としての認識は低く、認知症高齢者介護に関しては、1970年代まであまり進展をみなかった。

認知症高齢者介護が、市民レベルで社会問題として認識されたのは、1972年に出版された有吉佐和子の小説『恍惚の人』によるところが大きい。有吉は、当時厚生省社会局老人福祉課に在籍していた森幹郎や全国老人福祉施設協議会、浴風会の協力を得て作品を書き上げた(新村 2002、森 2007)。たちまち売上 140 万部を超えるベストセラーとなり、一般読者だけでなく、医療関係者や政策関係者にも影響を与えた(新村 2002)。中河(1999)によれば、社会問題の判断基準には、機能による定義と規範による定義の二つに大別されるという。そのうち後者は、「人々が共有する社会的な基準と社会生活の現状との間にかんがりのくい違いがみられるとき、そのくい違いが社会問題を形作る」(中河 1999 ; 11)としている。有吉佐和子の『恍惚の人』の中で、中心的に描かれていたものは、介護者である立花昭子の精神的負担と昭子の生活が義父の介護によって破綻していく様子であった。介護者の生活が破綻する程、介護の負担を強いられることへの疑問と、現状ではそうならざるを得ないという「人々が共有する社会的な基準と社会生活の現状との間のくい違い」を広く市民レベルで認識させたという意味で、『恍惚の人』がベストセラーとなったことによって、社会問題として認識される契機を作ったといえる。

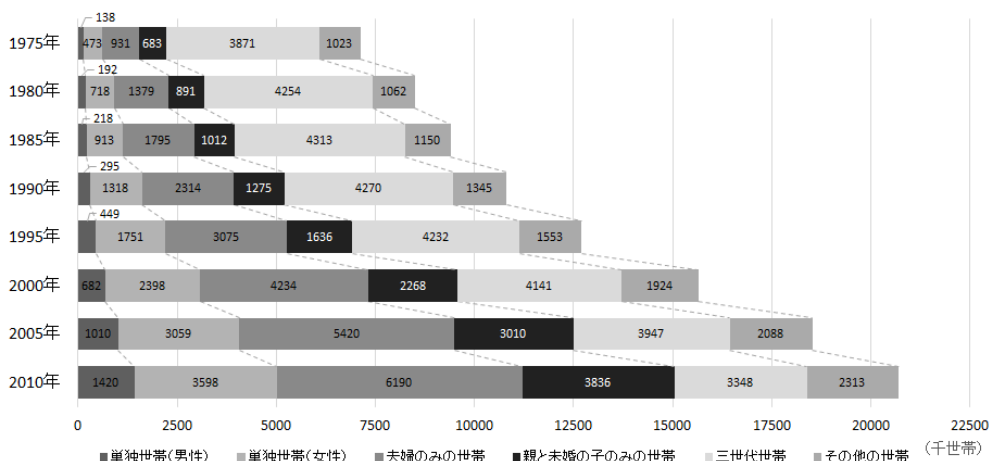
しかし、福祉行政における認知症高齢者介護対策は 1970 年代まで進展せずに、1980 年代に認知症高齢者介護が社会問題に至った背景には、①高齢化率の上昇と世帯構造の変化、②認知症高齢者数の増加と治療薬の不在・BPSD 対応方法の不確立、③老人福祉法等の高齢者福祉施策の主対象からの除外、というの 3 つの要因が挙げられると考える。

### a) 高齢化率の上昇および世帯構成の変化

高齢者介護が社会問題化したのは、高齢化率が 7% を超えた 1970 年頃である。平均寿命が、1960 年は、男性平均寿命が 65.32 歳、女性が 70.19 歳であったが、1980 年には、男性 73.35 歳、女性 78.76 歳にまで延びた(厚生労働省 HP)。また、65 歳時の平均余命も、1960 年は、男性 11.62 歳、女性 14.10 歳であったのに対し、1980 年には、男性 14.59 歳、女性

17.68歳となった。それに加え世帯構造も変化し、高齢者のいる世帯が増加したことはもちろん、高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯も増加した。また、高齢者の子との同居率の推移をみると、各年とも高齢になるにつれて同居率は、おおよそ高まっているが、生まれた世代が若くなるにつれて、同居率は低下している。

【図表2-5】 高齢者のいる世帯数の推移



※ 夫婦のみの世帯は、いずれかが65歳未満の夫婦、ともに65歳以上の夫婦を合わせたもの  
 親と未婚の子のみの世帯は、夫婦と未婚の子のみの世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯を合わせたもの  
 厚生労働省 HP 国民生活基礎調査結果より作成 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21kekka.html>

【図表2-6】 年齢別高齢者の子との同居率の推移

	70~74歳時	75~79歳時	80~84歳 / 85歳以上 80歳以上
1902年~06年生まれ	71.2% (1975年)	71.1% (1980年)	71.5% / 74.3% (1985年) / (1990年)
1907年~11年生まれ	66.0% (1980年)	66.3% (1985年)	66.3% / 70.6% (1990年) / (1995年)
1912年~16年生まれ	62.0% (1985年)	61.4% (1990年)	69.6% (1995年)
1917年~21年生まれ	56.3% (1990年)	58.1% (1995年)	66.2% (2000年)
1922年~26年生まれ	50.3% (1995年)	51.9% (2000年)	58.3% (2005年)
1927年~31年生まれ	44.2% (2000年)	44.1% (2005年)	53.4% (2010年)
1932年~36年生まれ	40.5% (2005年)	39.3% (2010年)	—
1937年~41年生まれ	37.2% (2010年)	—	—

※ 1975~1990年のデータは、平成12年版構成白書の概要に掲載されている国勢調査をもとにしたグラフから引用  
 1995~2010年のデータは、各年の国民生活基礎調査結果より集計  
 ※ 生涯未婚率は、1975年男性2.12%・女性4.32%、1980年男性2.60%・女性4.45%、1985年男性3.89%・女性4.32%、  
 1990年男性5.57%・女性4.33%、1995年男性8.99%・女性5.10%、2000年男性12.57%・女性5.82%、  
 2005年男性15.96%・女性7.25%、2010年男性20.14%・女性10.61%である  
 (国立社会保障・人口問題研究所 HP 『人口統計資料集 2012』 <http://www.ipss.go.jp/>から引用)

**b) 認知症高齢者数の増加と治療薬不在・BPSD 対応方法の不確立**

1963年に厚生省が行った精神衛生実態調査(1965)により、全国の精神障害者数は124万人、そのうち60歳以上の人は18万人と推計された。また60歳以上の精神障害者のうち、約6割に脳器質性精神障害<sup>iv</sup>がみられ、その数も増加傾向にあることが明らかになった<sup>v</sup>。当時、前節でみてきたように、重度の認知症高齢者は精神病院に入院し、他は重軽度かかわらず、そのほとんどが、在宅にて家族介護によって暮らしている状況であり、認知症高齢者数の増加にともなって、認知症高齢者の家族介護者数も増加したと推測される。

しかし、認知症の治療薬については、当時も根本治療薬はなく、ドネペジル塩酸塩(アリセプト)が認可される1999年まで、進行抑制薬も存在していなかった。BPSDに対しても、対応方法は確立しておらず、病院や施設では、薬物療法や非薬物療法が行われていたが、中には、精神病治療薬の不適切な投与や拘束、一方的な非難・指導といった人権を侵害する行為が行われる程であった(大熊1981、林崎1996)。こうした状況下では、家族介護者の負担も高く、さらに、1973年より老人医療費無料化によって認知症高齢者の社会的入院も助長された。

〔図表2-7〕 居場所別認知症高齢者数の推移

	1982年	1990年	2002年	2010年
65歳以上の高齢者数	1,134万人 (高齢化率9.3%)	1,489万人 (高齢化率12.1%)	2,360万人 (高齢化率18.5%)	2,924万人 (高齢化率23.0%)
認知症高齢者数	—	99.4万人	149万人	280万人
医療機関	—	14.7万人	10万人 (介護療養型医療施設のみ)	38万人
老人保健施設	—	1.2万人	20万人	36万人
特別養護老人ホーム	2.4万人	8.3万人	27万人	41万人
養護老人ホーム	0.6万人	1.3万人	19万人 (その他の施設)	—
特定施設	—	—		10万人
グループホーム	—	—		14万人
居宅	—	73.9万人	73万人	140万人

※各年の出典は下記の通り

1982年：大塚俊男(1984)「老年期痴呆の施設治療」長谷川和夫編『精神科 Mook No8 老年期痴呆』金原出版、pp184-192。

1990年：厚生省老人保健福祉局企画課監修『痴呆性老人対策推進の今後の方向』中央法規、p57 痴呆性老人の処遇実態について より

2002年：厚生労働省 HP「認知症高齢者数(日常生活自立度Ⅱ以上)」より  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf>

2010年：厚生労働省 HP「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数」より  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html>

<sup>iv</sup> 1982年の公衆衛生審議会「老人精神保健対策に関する意見」では、器質性精神障害を「初老期痴呆、老年痴呆、脳血管性痴呆(多発梗塞性痴呆)など脳の器質的病変が原因で起る精神障害」と定義している。

<sup>v</sup> 1980年代に入りようやく各都道府県で、実態調査が実施されるが、それまでは、正確な患者数調査はなく、現在の推計も「要介護認定申請を行った高齢者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の人」として算出している。

## c) 老人福祉法施策の対象外

1963年に老人福祉法が制定され、当時「寝たきり老人」と呼ばれた身体的介護を要する人を対象の中心とし、入所施設（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム）の体系化が行われた。施設介護は、大きな変化を迎えるが、認知症高齢者介護については、1970年代後半まで進展をみない。当時の高齢者福祉施策は、「寝たきり老人」が施策対象の中心となり、身体機能の著しい低下のみられない認知症高齢者については対象から外れ、積極的な受け入れはなされてこなかった（全社協 1986）。それまで生活保護法によって運営されていた養老施設は、経済的要件が第一にあり、居宅にて生活できない事情がある場合に限られていたが、養老院内で健康な高齢者と要介護高齢者が混在していた状態から、両者を分けるため、軽費老人ホームと特別養護老人ホームの両者の設立が要求された。

老人福祉法により新たに創設された特別養護老人ホームは、入所対象者について経済的な要件は外された一方、「寝たきり老人」を中心とし<sup>vi</sup>、さらに1964年9月の厚生省老人福祉課長（社老第28号）「老人福祉法第11条第1号1項第3号の特別養護老人ホームへの収容の措置について」によって、重度認知症高齢者や糖尿病患者等の医療管理下におくべき者については、入所対象者とはならなかった<sup>vii, viii</sup>（全社協 1986、中村 1997、宮崎 2011）。1970年に「社会福祉施設緊急整備5か年計画」が策定され、翌年から養護老人ホームや特別養護老人ホームの整備も始まってはいたが、入所対象者となっていない認知症高齢者は、それ以降も家族介護によって自宅で生活するか（場合によっては虐待を受けながら生き続

<sup>vi</sup> 老人福祉法第11条第1項第3号では「65歳以上の者であつて、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」を特別養護老人ホーム収容措置対象者としていたが、1963年7月31日付の厚生省社会局長通知（社発第521号）により、特別養護老人ホームの収容措置の対象は、身体上又は精神上の著しい障害のため常時臥床している場合、もしくは、常時臥床はしていないが、食事、排便、寝起き等日常生活の用の大半を他の介助によらなければならぬ状態にあり、かつ、その状況が継続すると認められる場合とされた。

<sup>vii</sup> 三浦文夫は『痴呆性老人の理解と処遇 全国社会福祉協議会痴呆性老人処遇研究会報告』の中で、「昭和38年特別養護老人ホームの発足とともに痴呆性老人の収容（入所）措置が行われたにもかかわらず、処遇が困難な問題行動をもつ痴呆性老人は、当時は特別養護老人ホームにあまりみられなかったようである。というのはこれら問題行動を有する痴呆性老人を特別養護老人ホームから除外する通知が出されたりしたためでもある。すなわち昭和39年9月に厚生省は老人福祉課長名で『老人福祉法第11条第1項第3号の特別養護老人ホームへの収容の措置について』（社老第28号）という通知を出しているが、このなかでつぎのように述べている。『標記の措置については、昭和38年7月31日社発第521号社会局長通知の第4の2に定めるところによることとされているが、最近におけるその実施状況をみるに、施設内処遇の範囲をこえ、明らかに病院等に入院して療養を必要とするような者等についてまでも、この措置が行われている向きが認められるので、特別養護老人ホームの機能にてらし、これが実施の適正を期するように配意されたい』として、とくに『(2)精神障害があり、他の被措置者に著しい迷惑を及ぼすおそれがある者』を排除する旨を明らかにしている。そしてこの項目については、老人精神障害の一種として解釈し、これらの老人を排除することとしている。なおこの場合に排除された痴呆性老人はすべて治療を主な機能としてもつ精神病院に入院させることは困難であり、このために最も手数のかかる問題行動を有する痴呆性老人が在宅に放置されるという場面すら生み出し、わが国老人保健・福祉対策の最も立ち遅れた局面を作り出すことにもなったのである。」と述べている。

<sup>viii</sup> 中村(1997)は、当時の施策について、「特別養護老人ホームの対象者として常に重点がおかれてきたのは、いろいろな厚生省の文書あるいは通達をみても、寝たきり老人といわれる身体的なハンディキャップをもった人を中心におかれている傾向がある。1970年代に入ってもこの傾向は変わらず、焦点は寝たきり老人であり、痴呆性老人に対する対策の重要性が福祉の分野で行政的に指摘されることはきわめて少なかったというのが実情ではないかと思われる。」と述べている。

けるか<sup>ix</sup>）、精神病院に入院せざるを得ない状況が続いた<sup>x, xi</sup>（長谷川 1975、森 2007、宮崎 2011）。

このように、認知症高齢者介護が社会問題化する背景として、①高齢化率の上昇と世帯構造の変化、②認知症高齢者数の増加と治療薬の不在・BPSD 対応方法の不確立、③老人福祉法等の高齢者福祉施策の主対象からの除外、というの 3 つの要因を挙げたが、これらを背景とした問題には、2 つの問題が混在していたと考える。それは、介護負担の所在に関する問題と、認知症の根本治療薬が存在せず、BPSD の発症メカニズムも解明されていない中で行われていた介護手法に関する問題である。前者は、家族介護者の負担に関する問題から出発し、家族会の結成や家族介護者の負担軽減のための活動や運動に発展し、施策としては介護保険制度の創設へと展開したが、後者については、社会問題として扱われることは少なく、1990 年代まで劇的な変化の広まりはみられなかった。そこで、次節では、認知症高齢者介護の介護手法に関する展開について、本論のキー概念である「社会関係性」の視点からみていく。

---

<sup>ix</sup> 宮崎（2011）は、1978 年に訪問看護を始めた頃の様子として、「いい家族に恵まれ、認知症であっても  
のびのびと暮らしている人もいましたが、部屋に閉じ込められたり、虐待を受けている人もいました」  
と記し、4 畳半の部屋に外から鍵をかけられ、尿や便だらけの部屋にいる人の様子も記している。

<sup>x</sup> 長谷川（1975）は、1953～54 年に実施された精神病院に在院する老人患者数に関する 2 つの調査と 1965  
～75 年に実施された精神病院に在院する老人患者数に関する 4 つの調査を比較し、「20 年たらずの間に  
およそ 3 倍の老齡入院患者の増加があったとみてよい。（中略）欧米における精神病院の老人患者は 30  
～40%であり、内容的にはかなりの相違があるとは思われるが、わが国ではまだそれほどには達してい  
ない。このことは、日本ではまだ老人で精神疾患をもつものは、様々の理由によって、家庭で介護され  
ることが多く、精神科に受診してくるのは、その一部にすぎないからと考えられる」と考察している。

<sup>xi</sup> 森（2007）は、1960 年代後半の高齢者福祉施策の課題について「①老人福祉法の特別養護老人ホーム  
は、身体上著しい欠陥のある老人だけでなく、精神上著しい欠陥のある老人も対象としているが、前者  
については一応の目途がついたこと、しかし、後者については、医療政策と福祉政策の谷間で置き去り  
にされていること、②従って、認知障害のある老人のケアについては、精神病院に監禁されるか、家族  
の介護によるしかないこと、しかし、後者の場合、家族の犠牲が余りにも大き過ぎて、家族崩壊さえ起  
りかねない状態にあること」と述べている。



## 第2節 認知症高齢者介護の発展

### 1) 地域課題としての認識と実践活動(1980～1990年代)

1980年代に入ると認知症のある高齢者の介護は、最初の転機を迎える。病院や施設において療法・介護手法が模索され、家族介護者による活動も始まった。1980年には、認知症患者家族の高見国生氏や京都府にある堀川病院の早川一光医師や三宅貴夫医師らにより「呆け老人をかかえる家族の会（現認知症の人と家族の会）」が結成され、家族介護経験者や元施設職員等によって宅老所も開設された。中でも全国的に大きな転機を迎えたのは、宅老所やグループホームの誕生である。

#### a) 特別養護老人ホームの取り組み

前述の特別養護老人ホームきのこ荘（1984年開設）以外にも、当時、ほとんどの特別養護老人ホームが入所対象としていなかった認知症高齢者を、積極的に受け入れた施設がある。その代表に、東京都八王子市にある特別養護老人ホーム山水園（1975年開設）、岐阜県池田町にあるサンビレッジ新生苑（1976年開設）、三重県四日市市にある第二小山田特別養護老人ホーム（1981年開設）、新潟県長岡市にある特別養護老人ホームみしま園（1982年開設）が挙げられる。

特別養護老人ホーム山水園の園長石井健太郎は、山水園開設前、20年間精神病院に勤め、認知症高齢者が向精神薬の副作用によって衰弱する姿や抑制や拘禁によって非人間的扱いをされてきた姿を見てきた<sup>xii</sup>（石井ほか1986）。こうした状況に対し、高齢者が安らかに和やかに生活できる場をつくりたいと、建物は閉鎖感のない住空間づくりに重点をおき、副作用の強い薬の使用を極力回避し、職員研修では、お年寄りの気持ちを頭と心で理解し、限りなく受容すること、人間の自然の姿として老いもぼけをとらえて惻隱の情を寄せること、どのようなお年寄りにも人間らしく生活する権利が与えられているということ、の3点を徹底した。その結果、入所希望者の選定を行っていた八王子福祉事務所からは、どのホームでも引き受けられない人の依頼が多く集まったが、入所した認知症高齢者が、和やかに話をしたり、明るい表情を見せたり、穏やかに過ごすことのできるホームとなった。

また、岐阜県池田町にあるサンビレッジ新生苑は、当時、その地で地域医療を行っていた今村勲医師によって1976年に開設された特別養護老人ホームである。今村は、往診の際、病状が改善して退院したはずの高齢者が、家族が働きに出て誰もいない家の中で、ひとり

<sup>xii</sup> 石井（1986：51）は、山水園の開設の背景について、「多少ぼけておかしいというだけで家族に見捨てられ、治療効果がないからと医師にも見放されているお年寄りたち。あるいは必要のない治療に苦しんだり、投薬でヨレヨレになっているお年寄りたち。そういうお年寄りたちをなんとかしてあげたいと思いつけてきた。（中略）こうした事情から山水園の建設計画が浮かんだのは、1972年初めての頃である。折から、超過入院規制もいっそう厳しくなり、治療の対象とならないお年寄りの退院が求められた。山水園建設計画は1973年の事業計画にのせられた。」と述べている。

で寝かされ、体には褥瘡や拘縮が生じている姿を何度も目の当たりにしていた。これは、医療だけでは解決できないと感じ、その状況を打開するために特別養護老人ホームの開設に乗り出した（渡辺 1995、総合ケアセンターサンビレッジ 2006）。開設の際、今村は、その後 2 代目理事長となる娘の石原美智子とオーストラリアで先進的な介護を学んだ。職員が高齢者本人に対して当たり前のように、本人の意思を尊重する意識のもと、介護を行っていた姿に感銘を受け、職員の意識改革に乗り出した。開設当時は、介護は誰にでもできることと考えられており、子どもが親の面倒をみるのは当たり前の時代、施設職員も相手を尊重するよりは、面倒をみてあげているという優越感の意識の方が強く出ていたという。研修を積み重ねる中で、職員間で「自分ならどうありたいか」をテーマに話し合い、その中からベーシックニーズ（「意思疎通」「食事」「排泄」「保清」「離床」「更衣」「睡眠」「移動」と生活行為を具現化したもの）を考案するに至り、職員の意識も介護手法も変わっていった（総合ケアセンターサンビレッジ 2006）。

三重県四日市市の第二小山田特別養護老人ホームは、日本初の痴呆性老人専門施設として開設され、開設当初から全国の注目を浴びてきた<sup>xiii</sup>。法人理事長である川村耕造は、当時、特別養護老人ホームの入所者の中に、「徘徊、不潔行為、攻撃的行為、妄想、夜間せん妄、弄火、弄便など異常行動のある老人」が一人でもいると、他の入所者の生活リズムが崩れ、問題が生じてくるため、認知症高齢者の専用の施設の整備に着手した（川村 1983a）。設備においても、鉄格子をなくし、個室を多くし、近くに公園をつくって明治の農家の家を移築し、日中に散歩ができるようにしたりした。介護上でも、①身体的ケアを第一にすること、②受容的保護的態度を崩さないこと、③異常行動を冷静に観察して個人に合った介護をすることを徹底したり、入所者の生活歴と周辺症状の関連を検討したり（川村 1983b）、心理的圧迫を取り除き、職員の受容的な態度と静かな環境によって睡眠剤の投薬をほとんど行わないようにしていた（川村 1984）。

この時期の特別養護老人ホームでの取り組みは、人権を無視した処遇から脱却し、認知症高齢者の受容し理解すること、多量の薬や拘禁からの脱出、職員の意識変化に重点の置かれた改革であった。しかし、失禁するからオムツを使用する、オムツを外すからつなぎ服を着せるといった対症的介護や集団への適応を目的とした介護は続いていた。

また、認知症が特別養護老人ホームの入所要件に入っていないなくとも、既存の特別養護老人ホームに認知症高齢者がいなかったわけではない。1981 年 11 月の全国の老人社会福祉施設の調査を基にした推計によると、1982 年 10 月現在、老年期痴呆である高齢者は、特別養護老人ホームに 24,168 名（在所者 89,510 名中 27.0%）、養護老人ホームに 6,396 名（在所者 68,044 名中 9.4%）、軽費老人ホームに 193 名（13,781 名中 1.4%）、有料老人ホームに 71 名（6,488 名中 1.1%）おり、精神病院に入院している認知症高齢者と同様に痴呆以外のさまざまな症状や問題行動（幻聴、睡眠障害や心気症状、妄想、うつ状態、幻視、

<sup>xiii</sup> 第 2 小山田特別養護老人ホームは、開設直後から半年間を NHK が取材しており、ドキュメンタリー番組「二度童子の人びと」の放映は大きな反響を呼んだ。

失禁、自閉的行動、徘徊、夜間の不穏行動、攻撃的言動など）がみられた（大塚 1984）。第二小山田特別養護老人ホームの展開をみてもわかるように、当時、認知症高齢者の介護手法は、全国の特別養護老人ホームでも大きな課題であった。こうした状況に対し、1984年には、痴呆性老人処遇技術研修が制度化され、痴呆性老人処遇技術研修施設として、前述の特別養護老人ホーム山水園や神奈川県横須賀市にある横須賀老人ホーム等も厚生省の指定を受けている。

〔図表2-8〕 全国の痴呆性老人処遇技術研修事業指定施設一覧

	痴呆性老人処遇技術研修事業 指定施設	老人デイケア 承認施設数 (1991年当時)	老人性痴呆疾患 治療・療養病棟 (1993年当時)	老人性痴呆疾患 センター数 (1993年当時)
北海道	美ヶ丘敬楽荘/札幌市 稲寿園	1	1	2
青森県	弘前静光園	0	1	4
岩手県	山岸和敬荘	0	0	1
宮城県	和風荘	0	0	0
秋田県	光峰荘	1	0	0
山形県	大寿荘	2	1	2
福島県	—	2	2	4
茨城県	県立水戸老人ホーム	1	1	5
栃木県	とちの木荘	0	1	1
群馬県	—	1	0	2
埼玉県	名栗園	2	0	3
千葉県	さくら園	2	1	5
東京都	山水園	2	1	0
神奈川県	横須賀第二老人ホーム (横浜市：ハマノ愛生園)	1	1	4
新潟県	みしま園	3	3	1
富山県	流杉老人ホーム	0	0	2
石川県	—	3	1	3
福井県	愛全園	2	0	0
山梨県	—	1	1	2
長野県	きらく園	6	0	5
岐阜県	—	0	0	1
静岡県	あしたかホーム	0	0	8
愛知県	大府寮	3	1	0
三重県	第二小山田特別養護老人ホーム	1	0	4
滋賀県	—	1	0	0
京都府	梅林園	4	0	2
大阪府	大阪新生苑	7	0	5
兵庫県	万寿の家	2	0	4
奈良県	国見苑	0	0	1
和歌山県	喜成会	1	0	0
鳥取県	—	2	1	2
島根県	—	2	4	4
岡山県	第三日本原荘	7	3	2
広島県	桜ヶ丘保養園	3	2	4
山口県	あかり園	2	2	1
徳島県	大神子園	1	0	1
香川県	紅山荘	0	0	1
愛媛県	白寿荘	2	3	1
高知県	三宝荘	1	1	1
福岡県	奈多創生園/北九州市 さわみ園	3	8	0
佐賀県	真心の園	1	1	1
長崎県	—	0	0	1
熊本県	しらぬい荘	2	1	0
大分県	清静園	1	2	1
宮崎県	中郷園	1	3	3
鹿児島県	錦江園	1	0	1
沖縄県	東雲の丘	2	2	0

痴呆性老人処遇技術研修事業指定施設：全国社会福祉協議会編(1986)『痴呆性老人の理解と処遇 全国社会福祉協議会痴呆性老人処遇研究会報告』全国社会福祉協議会,p92より抜粋  
老人デイケア開設数：斎藤和子(1993)「老人デイケアからみた地域ケアシステム」『季刊・社会保障研究』29(2), pp131-138.

## b) 小規模ケアへの取り組み

1990年代に入ると、施設における小規模ケアの取り組みが試みられ、グループホームや宅老所へと展開していく。その代表的な取り組みが、島根県出雲市にあることぶき園（1987年開設）、函館市シルバービレッジあいの里（1991年開設）、秋田県秋田市にある今村病院のグループホーム（1990年、1993年開設）である。

欧米の高齢者施設では、大規模収容のケアの質の低さや不合理性の反省から、グループホームの実験的な試みがフランス、イギリス、スイスなどで行われ、その後アメリカ、スウェーデン、デンマークへと発展していた。スウェーデンでは1985年には、認知症高齢者に対する新しいタイプのより人間らしい生活のできる居住をつくるというプロジェクトの一環として、グループホームでのケア方式が始まり、一年後には、社会庁より調査を受け『モータラのバルツァルゴールデンからの報告書 PM161/87』としてまとめられ、人間的な優れたケア形式の一つであると評価されていた。日本においても、海外の取り組みを参考にしながら、独自に認知症高齢者に対する小規模ケアの実践が広まっていく。

島根県出雲市にある小規模多機能型老人ホームことぶき園は、園長槻谷和夫が、特別養護老人ホームに11年勤務の後、家族の近くで暮らしたいという願いを受け、在宅の延長線上にある生活の場として、1987年に開設した（今村ほか1994）。一般的な住宅よりやや大きめの平屋で、入所定員8名のホームである。「小規模多機能」を日本で初めて名乗った施設であるとも言われている（甘利2005）。槻谷は、小学校区単位に定員5～10名までに小規模なホームをつくり、ショートステイや入所を頼みやすいと考え、ことぶき園の理念を参考にその後、「里家プラン」という出雲市独自の事業が発足された。

北海道函館市にあるシルバービレッジ・グループホーム（有料ホーム）あいの里は、30数年病院で看護師をしていた林崎光弘が、病院での老人医療に疑問をもち、老人の決定権が優先される生活の場として、1991年に開設した（林崎1993）。林崎は、病院や大型施設では、個々のニーズよりも集団の規模やペースが優先されるため、さまざまな規則や画一化があり、これによって、老人の生活時間は施設時間に変られ、痴呆性老人の「徘徊」「怒り」「一方的ふるまい」をはじめとする混乱状態が引き起こされたり、助長されたり、本来は本人にあるべき様々な決定権も、本人の知らない間に施設職員や家族に移行し、本人の本音はどこかに消えていたと、当時の状況を振り返っている（林崎1996）。こうした状況に対し、林崎は、安らぎのある生活を提供できる新しい形の施設を自分の手で作ってみたいと、1980年代前半にフランス、イギリス、スイス、イタリア、アメリカなど計30数か所の施設を見てまわり、1991年にグループホーム（有料ホーム）あいの里を開設した。入居者の中には、混乱期をあいの里で過ごし、周辺症状が緩和し、状態が落ち着いたために自宅へも戻った人もいる<sup>xiv</sup>。また、本人の馴染んだ暮らし方や、本人が不安定になったときに落ち

<sup>xiv</sup> こうしたケースは、開設後4年間で退去した22名のうち9名であった。こうしたケースでは、入居している間に、介護で混乱しきった家族の暮らしを立て直したり、家族は、本人への関わりや思いを見つめ直したり、面会に来るたびにスタッフの対応や説明に触れて、認知症の理解を深めたり、ケアのこつを覚え、もう一度家で介護する意欲を蘇らせたという。

着けることや物、場、会話内容などの情報をもとに、ゆったりと安心して過ごせる環境や関わり方をあらゆる場面の中で作り出していくという介護手法も検討された。

秋田県秋田市にある今村病院の今村千弥子医師は、病院内で認知症高齢者が十分なケアも受けず、臭うような姿でたたずんでいる様子を見て、改善に向けて、精神医療をスタッフと一緒に学び、他の病院や施設を見学し、1982年には認知症高齢者のためのデイケアを始め、1989年に痴呆疾患専門治療病棟も開設した。痴呆疾患専門治療病棟のあり方を試行錯誤しているうちに、入院治療が必要なのは、認知症高齢者のうちのごく一部であり、ごく一時期であることがわかり、受け皿とマンパワーと研修さえあれば、施設でも在宅でも、どこでも生活が可能であることを確信した（今村1994）。しかし、実際は、患者の家族は介護に疲れきっており、在宅介護を続けるのは困難であった。そこで今村は、病院から徒歩15分の場所にある3Kの一軒家で認知症高齢者グループホームを始めた。グループホームの有効性は、精神障害者のケアでも評価されていたが、1990年に始まったこの実践は、住宅構造への配慮不足、対象人数の少なさとスタッフ人数の少なさ、受診・往診の不便利さ、スタッフや家族への教育とトレーニング不足等によって失敗に終わり、1992年に閉鎖した。その後、これらの改善を行い、1993年に、今村は、認知症のある女性高齢者4名を自宅に引き取り、介護職員1名と今村の息子2人と計8人で共同生活を始めた。家庭的な環境は、認知症高齢者に対して家事を中心とした生活リハビリ効果を生み出すこともわかり、同年には、第3号となるグループホームもみの木の家が開設された。

このように、1980年代に、フランスやイギリス、スイスにおいて試みられたグループホームケアは、アメリカ、スウェーデン、デンマークへと広まり、日本でもグループホームケアやグループリビングケアといった小規模ケアとして展開された。そして、1990年代前半までの日本の小規模ケアへの取り組みは、認知症高齢者を受容し理解することを基礎とし、大規模施設における環境や集団生活、画一的な介護による症状の悪化を抑え、これまでの本人の生活の様子を知り、できるだけ住み慣れた生活様式を取り入れることで、認知症高齢者にとって安心して過ごせる環境を作り出そうという手法であった。この手法は、1997年には痴呆対応型老人共同生活援助事業として制度化され、外山義をはじめとする高齢者の住環境・空間研究へと発展する。

#### c) 在宅生活の認知症高齢者に対する宅老所の取り組み

認知症高齢者の受け入れに尽力した施設がある一方で、同時期には、人権を欠いた処遇を行っている精神病院には入院させたくないという家族の思いや在宅介護を継続したい（継続せざるを得ない）家族介護者に対するサービスも始まった。

前述の特別養護老人ホーム山水園では、東京都が他の地方自治体に先駆けて1981年に開始した痴呆性老人短期保護事業を受託する以前から、独自にショートステイを始めており（石井1986）、他にも、前述の通り、1981年には、サンビレッジ新生苑が認知症高齢者向けのデイサービスを始めたり、1982年に、今村病院が認知症高齢者向けのデイケアが始め

たり、1983年には聖マリアンナ医科大学付属病院精神科がデイケア水曜の会を始めた。

こうした活動が、病院や特別養護老人ホームで広がっていく一方で、同時期に日本各地で、宅老所の活動も始まった。1983年、群馬県高崎市箕郷町にある老人健康管理センター・みさと保養所（現・デイサービスセンターみさと）は、呆け老人をかかえる家族の会（現・認知症の人と家族の会）群馬県支部の田部井康夫や加藤道子らによって開設された。日本での宅老所の始まりといわれているが（平野 2000）、老人健康管理センター・みさと保養所の代表であった加藤道子が、1980年から自宅の電話で始めた電話相談<sup>xv</sup>は、その後、家族が集い相談する場として、呆け老人をかかえる家族の会群馬県支部へと展開し、老人健康管理センター・みさと保養所設立へと至った。元小学校の校舎として使われていた二教室分のプレハブを利用し、電話相談事業「呆け 110 番」とデイサービス事業を行った。電話相談では、デイサービスにつなぐ役割も担っており、デイサービスによって、家族介護に対する過重な負担の軽減を図った（松井ほか 1987）。

その後、福島県郡山市にある愛の郷フランシスコの家（1985年開設）、埼玉県坂戸市にある元気な亀さん（1986年開設）、青森県八戸市にある痴呆老人援助専門ミニホーム紬の家ザ・セカンド（1986年開設）、千葉県支部による稲毛ホワイエ（1987年開設）、福岡県福岡市にある宅老所よりあい（1991年開設）、富山県富山市の民間デイサービスこのゆびと一まれ（1993年開設）等の開設へと広がっていく。

青森県八戸市にある痴呆老人援助専門ミニホーム・サンシティ八戸紬の家および紬の家・ザ・セカンドは、澤向裕子と夫の澤向忠の個人事業、無認可の個人経営のミニホームという形で始まった（今村 1994）。澤向裕子は、11年間国立療養所八戸病院で重度心身障害児（者）の病棟指導員として勤務していたが、その中で、子どもの希望やニーズに対応する際、組織が大きいために即時性を失っていることに歯がゆさを感じ、ミニホームの構想が生まれ、また、その対象を、当時、一番深刻な問題として捉えていた認知症高齢者の介護とし、1985年に古い民家を増改築し、定員7名の痴呆老人援助専門ミニホーム・サンシティ八戸紬の家を開設した。またその後、紬の家で他界した利用者の家族の協力で、遺産であった家屋敷を提供され、居室棟を増築し、1988年に定員23名の紬の家・ザ・セカンドを開設した（指田 1993）。

また、福岡県福岡市にある宅老所よりあいは、1991年、下村恵美子が、ある92歳の女性との出会いにより、同じ特別養護老人ホームで働いていた2人の女性職員と一緒に、寺の茶室を借りて開設した。下村は、認知症の祖母の介護と母の看護経験から、福祉大学に30歳を過ぎて入学し、その後デイサービスや特別養護老人ホームで働いていたが、排泄介助より訓練などのその場のプログラム進行が優先されたり、つなぎ服を着用させる当時の

---

<sup>xv</sup> 加藤（1987）は、電話相談を始めた理由として、「老人に接することに慣れている老人ホームの職員でさえその対応に窮している現状ならば、在宅にいる「呆け老人」は、家族にとってはより一層介護が難しく、毎日毎日を苦しみもがいているのではあるまいか。家族にとっては「呆け」という病気の理解と認識ができないまま、老人の常識から逸脱した言動に振りまわされ、介護の方策が見出せずに疲れ切っているのであろう」と家族介護者の疲労や苦悩を察してのことだと述べている。

介護に疑問を感じ、また、一方で普通の暮らしの時間と空間の設定によって、認知症高齢者の様子が大きく変わること感銘を受けていた（浜崎 2008）。宅老所よりあい開設のきっかけとなったその 92 歳の女性は、一人暮らしで、自宅から全く出かけようとしなかったため、誘い出す目的としての「場」をつくるために、週 1 回のよりあいは始まった。その後、通う人が増えたため、よりあいの回数は週 1 回から週 3 回に増え、場所も寺の二間続きの座敷に移動し、さらに、隣の民家に移動した（豊田ほか 2009）。下村は、託老所の発想を島根県出雲市にあることぶき園に学び、職員の都合ではなく、高齢者の生活時間に合わせた時が流れている様子を見て、この方法を取り入れた。また、92 歳のその女性は、施設入所を拒み、自宅での生活を継続してはいたが、近隣住民との人間関係は冷えきり、切斷され、訪問したヘルパーを泥棒と間違えるなどしていた。その様子から、下村は、高齢者が出かけられる場所をつくり、そこでの社会関係づくりを重視した。浜崎は、この点について、「障害をもった高齢者の社会関係（人間関係）の改善を通して、質と幅を向上させた普通の生活を送れるような生活の場を確保し、生活者としての主体性の回復をはかるケアを提供する『宅老所』という拠点を創造することであって、家族ケアを補完することではない」（浜崎 2008 : 55）と述べている。

また、1993 年、富山県富山市に、惣万佳代子、西村和美、梅原けいこの看護師 3 名によって、富山県内発の民間デイサービスとして、このゆびと一まれが開設された。惣万は、このゆびと一まれを開設する前は、病院に 20 年間勤めていた。その中で、医療処置を優先せざるを得ない病院での現実に、看護とは何なのかいつも自問自答し、病院で看護師をしていることの限界と虚しさを感じていた。老人病院では、入院した途端にオムツをさせられたり、手足をひもで縛られてしまう現実を目の当たりにし、勤務先の病院では、自分の望む死（身体につけられている全ての管を取り外し、家に帰って、愛する人に手を握ってもらい、耳が聞こえなくなるまでお経をあげてもらいながら、静かに息をひきとりたいとの願い）と医療現場での死（患者の顔を見ることも、胸に聴診器をあてることもなく、医者も看護師も家族も心電図モニターの波型を見続け、人が死にゆくことではなく、心臓が何時何分に止まったかを大切にす最期）が、かけ離れていることに気づかされ、1991 年頃から、在宅で介護している人々を支援する仕事をしようと思い始めた（惣万 2002）。

1992 年に呆け老人をかかえる家族の会（現認知症の人と家族の会）の研修が富山市で開かれた。その際、群馬支部の田部井康夫と出会い、みさと保養所（現・デイサービスセンターみさと）の実践を聞き、感銘を受け、私にもできると、このゆびと一まれを立ち上げ、その後、利用対象者を限定せず、乳幼児から高齢者まで、障がいがあってもなくても、誰でも必要な人が必要なだけ利用できるデイサービスは、「富山型」と呼ばれ全国に広がった。その後、一部の地方自治体では、ミニデイサービスやデイホーム等の補助事業が行われ、さらにこうした実践活動は広がりを見せた。

このように、元病院・施設職員や家族介護経験者による在宅生活の認知症高齢者に対する宅老所の取り組みは、活動開始の経緯によって、家族介護者支援を出発点としていると



ころ（呆け老人をかかえる家族の会群馬県支部や富山県富山市にあるこのゆびと一まれ等の活動）と、本人の居場所づくりや「生活者としての主体性の回復をはかるケア」を提供することを中心に据えたところ（青森県八戸市にある紬の家や宅老所よりあい等の活動）があるといえる。

#### d) 1980年代から1990年代の認知症高齢者介護における社会関係性

1980年代から1990年代における認知症高齢者介護は、①介護施設における「処遇」改善を中心とした介護手法の模索と小規模ケアへの取り組み、②元施設職員や家族介護者、家族介護経験者による宅老所等を中心とした実践活動という大きな二つの流れとなり、後者は活動開始の経緯によって、家族介護者支援を中心に据えたものと、本人の居場所づくりや「生活者としての主体性の回復をはかるケア」（浜崎 2008）を提供することを中心に据えたものがあることがわかった。第1章では、社会関係を特定の個人を中心とし、他の個人だけでなく、集団、組織、機関といった社会的行為者によって構成される関係と定義し、社会関係性を社会関係の紐帯の質と強弱の総称と定義した。そして、生活の継続性における社会関係性に着目した支援をこれまで本人が築いてきた社会関係の構造をできるだけ保ち、その中で本人に対して差別、虐待、金銭搾取、排他的行為をはじめとするネガティブな関係性、もしくは本人が意図せず脆弱化する関係の背景に対してアプローチする支援のことと定義した。先行研究から、高齢者の社会関係は、居住地を中心に築かれ、居住年数が長い程ネットワークの規模は大きくなり（小田 2003a、田淵 2006）、社会関係の豊かさにも正の影響を及ぼす（古谷野 2007）が、加齢やADLの低下により、自分からネットワークを構成する社会的行為者に働きかける割合は減少し、受動的な関係へと変容していくことがわかっている。居住地、つまり生活の場を自宅から施設へ移行した時点で社会関係の構造は大きく変容するため、生活の場を自宅から別の場所移行しないまま支援を行うことは、社会関係性に着目した支援の前提となるこれまで本人が築いてきた社会関係の構造をできるだけ保っていると評価できるのではないだろうか。そして、元施設職員や家族介護者、家族介護経験者による宅老所等を中心とした実践活動は、家族介護者支援を中心に据えた実践と本人の居場所づくりや「生活者としての主体性の回復を図るケア」を提供することを中心に据えたものがあり、前者は、本人と介護者との関係性がネガティブな関係への変容しないようにする取り組みであり、後者の居場所づくりは、本人の社会関係性が受動的なものへと変容していく中で、他の利用者や職員、宅老所にいる人々等との関係の形成、つまり宅老所が仲介する新たな社会関係性の創出であったといえるのではないだろうか。

## 2)政策展開

### a) 東京都痴呆性老人対策委員会

東京都は、全国に先駆けて1973年に「老人の生活実態及び健康に関する調査」を実施し、在宅の認知症高齢者に関する対策を検討したが、具体的な政策を講ずることのできないまま、その後1980年に再び「昭和55年度老人の生活実態及び健康に関する調査」を実施し、学識経験者による「東京都痴呆性老人対策委員会」を設けた（全国社会福祉協議会1986、東京都痴呆性老人対策委員会1981）。

1980年に実施した調査によると、認知症の出現率は、65歳以上の高齢者では4.6%とされ、1980年に約4万人、2000年には約6万7千人に達するとの予測であった。また、介護の状況では、日常生活での介護が「ほとんど必要ない者」は23%、「常に必要である者」は42%、「時々必要な者」は35%であった。しかし、在宅福祉サービスの受給状況をみると、認知症高齢者のうち、福祉サービスを受けている者は20%に過ぎず、その内容は、最も多いもので、「老人福祉手当」（49%）であった。また、当時の相談機関（福祉事務所、保健所、診療所・病院）を利用したことのある者も25%と低かった。

当時、1981年に出された中央社会福祉審議会の意見具申「当面の在宅老人福祉対策のあり方」によって、高齢者福祉施策の今後の方向性として、在宅福祉行政強化が示され、在宅の高齢者一般福祉施策として、①老人家庭奉仕員の派遣、②老人家庭家事援助者雇用費の助成、③日常生活用具の給付、④老人福祉手当の支給、⑤ショートステイ、⑥デイケアがあったが、認知症高齢者施策としては、①痴呆性老人短期保護事業（1981年10月事業開始）、②痴呆性老人に関するテキスト作成のための調査・研究、③痴呆性老人のための施設建設に関する調査・研究のみであった。

そのため、東京都痴呆性老人対策委員会では、「痴呆性老人に対する具体的福祉施策についての提案」として、①専門的判断・判定機関の整備・充実、②相談機関の整備・充実、③痴呆性老人に関するテキストの早期作成、④痴呆性老人短期保護事業の早期実施及び拡大、⑤特別養護老人ホームにおける精神科医の確保、⑥痴呆性老人のための施設（特別養護老人ホームの特別棟）建設の検討、⑦家族の会の育成・助長に努めること、⑧地域住民の理解と奉加の推進を図ること、⑨衛生局との連携を充分に図ることを示した。この答申を受けて1983年に開設されたのが東京都小平市にある特別養護老人ホーム特別棟やすらぎの園であった。

### b) 痴呆性老人処遇技術研修の制度化と認知症高齢者の特養入所緩和

前述の通り、1964年9月の厚生省老人福祉課長通知（社老第28号）「老人福祉法第11条第1号1項第3号の特別養護老人ホームへの収容の措置について」によって、多くの特別養護老人ホームでは、認知症高齢者を入所対象者から排除してきた。しかし、いくつかの病院や特別養護老人ホームでは積極的に認知症高齢者を受け入れ、介護手法を模索し、

全人的なケアへと近づきつつあった。こうした動きや1981年の中央社会福祉審議会意見具申「当面の在宅老人福祉対策のあり方」を受け、既存施設での認知症高齢者の受け入れを促進するため、1984年から基幹特別養護老人ホームが各都道府県に1ヶ所指定整備され、痴呆性老人処遇技術研修事業が実施された。

そして、1987年1月31日の厚生省社会局老人福祉課長通達（社老第9号）「老人ホームへの入所措置等に関する留意事項について」によって、1964年9月の厚生省老人福祉課長通知（社老第28号）は、1987年3月31日をもって廃止となり、認知症高齢者の特別養護老人ホームの入所が緩和された。

### c) 厚生省による痴呆性老人対策推進本部および痴呆性老人対策専門委員会の設置

1980年代前半には、全国各地でも都道府県や政令指定都市によって認知症高齢者に関する実態調査が実施され、1986年には、ようやく厚生省に痴呆性老人対策推進本部が設置され、痴呆性老人対策専門委員会（委員長：大谷藤郎）が発足し、認知症高齢者に対する福祉施策が始まった。1981年の中央社会福祉審議会意見具申「当面の在宅老人福祉対策のあり方」でも、認知症高齢者対策については触れられていたが、元々認知症高齢者もサービスの対象である既存サービスのねたきり老人短期保護事業等の充実強化に止まっていた。

1987年に出された痴呆性老人対策推進本部の報告では、①調査研究の推進と予防体制の整備（アルツハイマー型認知症の原因究明等の重点的研究や脳卒中の半減等）、②家族介護者に対する支援方策の拡大（都道府県高齢者総合相談センターの整備推進、デイ・サービスやショートステイ、デイ・ケア等の事業の拡大等）、③施設整備（痴呆性老人専門治療病棟の整備、国立療養所モデル事業の実施）、④その他の基盤整備を総合的に実施したり、普及啓発の推進等が必要と指摘された。

この報告を受け、同年には、国立療養所におけるモデル事業が実施され、特別養護老人ホームの措置費における痴呆性老人加算が創設され、1988年には、老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設、老人保健施設痴呆性老人加算承認施設が創設された。

また、同じく1988年には、痴呆性老人対策専門家会議の提言も出された。冒頭では、「痴呆性老人のケアは、決して特定の介護者のみに頼るのではなく、住みなれた地域全体で支えていくこと、いわば地域ぐるみのケアが必要である。また、痴呆性老人を違和感なく、地域に受け入れるためには、痴呆性老人に対する十分な理解と共感、また痴呆性老人と共に生きるといった積極的な姿勢が地域に求められている。」と明言し、診断や処遇方針の策定、各種サービス等情報提供などを一体的に行える専門的相談窓口の設置や在宅サービスの充実、家族介護者の緊急時における対応体制の整備や家族に対するケア教室の実施、施設の着実な整備等を求めた（痴呆性老人対策専門家会議1988）。

その後1990年には、老人性痴呆疾患診断・治療マニュアル（医療機関用）、痴呆性老人相談マニュアル（相談機関用）、痴呆性老人ケアマニュアル（特別養護老人ホーム、老人保

健施設、デイサービスセンター用)が作成され、1993年には、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」が作成された。これにより、医療機関職員や相談機関の職員や介護職員が共通のスケールにて、判定することができるようになった。

〔図表2-9〕 1970～1980年代に実施された都道府県および政令指定都市による実態調査

実施年	調査対象と実施主体
1973年	在宅の痴呆性老人に関する調査実施(東京都)
1980年	65歳以上老人、知的能力の衰退老人の調査(東京都)
1982年	65歳以上老人 9,400人実態調査(札幌市) 岩手県社会福祉総合動態調査(岩手県) 65歳以上老人実態調査(埼玉県) 65歳以上在宅老人のうち痴呆症状のみられる老人(千葉県) 65歳以上の在宅老人(神奈川県) 65歳以上老人 2,500人および痴呆性老人実態調査(横浜市) 65歳以上老人 1,000人、知的能力の衰退老人の調査(富山県) 65歳以上痴呆性老人実態調査(長野県) 65歳以上高齢者生活実態調査(愛知県) 65歳以上老人 1,200人実態調査(京都府)
1983年	秋田県老人健康調査(秋田県) 65歳以上老人のうち問題行動のみうけられる老人の調査(山形県) 65歳以上老人実態調査(福島県) 65歳以上在宅老人のうち痴呆性症状のみられる老人調査(茨城県) 65歳以上老人、60歳以上ねたきり老人実態調査(新潟県) 65歳以上在宅老人実態調査(石川県) 土岐市、柳津町、高鷲村の65歳以上在宅老人実態調査(岐阜県) 65歳以上在宅施設老人実態調査(静岡県社協・県民協) 痴呆性老人 382人実態調査(愛知県)・痴呆性老人 106人(名古屋市) 老人健康実態調査・老人生活実態調査(大阪府・府民協) 65歳以上老人 5,000人実態調査(兵庫県) 65歳以上老人のうち20分の1(神戸市・民協・社協) 65歳以上老人実態調査(島根県・県看護協会) 65歳以上老人実態調査(岡山県) 65歳以上老人実態調査(広島県)・65歳以上在宅施設入所者(広島県) 65歳以上老人性痴呆による異常行動のある者への調査(山口県) 65歳以上の痴呆性老人実態調査(大分県)
1984年	痴呆性老人実態調査(北海道社会福祉協議会) 65歳以上在宅老人実態調査(青森県) 老人生活環境調査(宮城県) 65歳以上老人 1,800人のうち痴呆老人 330人(川崎市) 65歳以上在宅施設老人実態調査(福井県) 65歳以上老人 3,000人の健康実態調査(山梨県) 65歳以上老人 1,600人の実態調査(三重県三重社会経済研究センター) 痴呆性老人実態調査(滋賀県) 65歳以上の在宅痴呆性老人(奈良県社協・県民連) 65歳以上の在宅痴呆性老人(和歌山県) 65歳以上のねたきりおよび痴呆性症状の老人実態調査(鳥取県) 65歳以上の在宅老人および痴呆性老人実態調査(香川県) 65歳以上の痴呆性老人およびねたきり老人(愛媛県・県社協) 65歳以上の在宅老人5%、施設入所者実態調査(高知県) 65歳以上老人の20分の1、約4,200名(福岡県福岡市) 65歳以上の在宅老人実態調査(佐賀県) 65歳以上の在宅施設老人実態調査(長崎県) 65歳以上の在宅痴呆性老人および施設入所者(熊本県・県社協・県民協) 65歳以上の老人で問題行動のある在宅施設入所者(鹿児島県・県社協)
1985年	高齢者生活実態調査(北海道) 65歳以上の在宅老人実態調査(徳島県) 老人ホーム入所者(福岡県老人福祉施設協議会) 65歳以上の老人 6,700名実態調査(沖縄県)

※ 『痴呆性老人の理解と処遇 全国社会福祉協議会痴呆性老人処遇研究会報告』P518～より作成

#### d) 地方自治体による民間デイサービス補助事業

1981年の中央社会福祉審議会意見具申によって、高齢者福祉施策の今後の方向性として、在宅福祉強化が示され、1989年の高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）策定によって、高齢者福祉施策全体が在宅サービスの拡大へと進められていたが、いくつかの自治体では、民間のデイサービスに対して補助事業を始めていた。

岡山県では、1977年には、小規模デイサービス事業を実施しており、滋賀県では、ミニデイサービス事業（1988年度開始）や痴呆性老人託老サービス事業（1995年度開始）が行われていた。また、栃木県では、1989年に痴呆性老人を対象とする小規模で家庭的なケアを地域の中で育てるための補助事業として、「デイホーム事業」が始まっている。これによって、住民団体によって運営されている栃木県内の在宅老所の大半が誕生した（平野 2000）。こうした都道府県単位での補助事業は、その後、宮城県の在宅ケア総合支援事業（1990年度開始）やシルバー・ナーサリー（新託老所）整備事業（1992年度開始）、千葉県のカイサービス事業（1990年度開始）、福島県のデイ・ホーム運営事業（1994年度開始）、島根県の介護ホーム事業（1994年度開始）、福岡県のミニデイサービス運営事業（1994年度）、静岡県の高齢者介護ホーム事業（1995年度開始）、広島県の在宅要援護老人地域参加促進事業（1995年度開始）、群馬県のサテライトサービス促進事業（1996年度開始）やあいあいセンター整備事業（1996年度開始）、富山県の民間デイサービス育成事業（1997年度開始）、石川県のミニデイサービス運営事業（1997年度開始）、大阪府のシルバーデイハウス事業（1998年度開始）などいくつかの府県に広がった。また、国でも、1992年にデイサービスセンター（E型）を創設し、毎日でも受け入れが可能な痴呆性老人専用のデイサービスが制度化された。

#### e) 認知症高齢者グループホームの制度化とケアの質の確保

1993年11月、高齢者関係3審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の合同委員会として、痴呆性老人対策に関する検討会（座長：水野肇）が設置された。有識者からヒアリングを行ったり、現地視察を行い、翌年に痴呆性老人対策に関する検討会報告を出した。報告書では、認知症高齢者数を1995年で130万人（65歳以上人口1,830万人の7.1%）と推定し、今後の対策として、①意識啓発と情報提供の充実、②痴呆性症状の早期発見・早期対応の徹底、③治療・ケアの充実、④調査・研究の推進、⑤権利擁護システムの確立、⑥家族会に対する支援が挙げられ（国立社会保障・人口問題研究所 HP、厚生省老人保健福祉局企画課 1994）、痴呆性老人グループホームが新しいタイプのサービスとして示された。また、1994年に高齢者保健福祉推進十か年戦略の見直し（新ゴールドプラン）が行われ、ここにも「痴呆性老人対策の総合的実施」が、今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の総合整備の柱として挙げられ、小規模な共同生活の場（グループホーム）や身近な場での小規模デイサービスなど在宅を基盤としたケアサービスの充実が掲げられた。

さらに、1995年、全国社会福祉協議会に「痴呆性老人のグループホームのあり方についての調査研究委員会」が設置され、全国8ヶ所（北海道札幌市の社会福祉法人札幌栄寿会、北海道札幌市の医療法人愛全会、青森県函館市のシルバービレッジ・あいの里、秋田県秋田市のもみの木の家、東京都立川市のグループホームしせい、兵庫県神戸市の神港園しあわせの家、奈良県奈良市のエスティームライフ学園前、島根県出雲市のことぶき園）のモデル事業とその研究結果を経て、1997年に痴呆性老人グループホームへの運営費補助、翌年に痴呆性老人グループホームへの施設整備費補助が開始した。その後、2000年に始まった介護保険制度では、認知症高齢者グループホームが痴呆対応型共同生活介護事業として介護保険サービスのひとつとして組み込まれ、事業者の数は大きく増加し（図表2-10）、全国に小規模ケアが広まり、特別養護老人ホームのユニットケアの標準化にも影響を与えた。

また、認知症対応型共同生活介護事業は、介護保険制度開始当初、居宅サービスに位置付けられ、サービス提供事業者の法人要件が拡大し、急激に増加したが、小規模ケアという密室性の高さから、適正な運営とケアの質確保と向上への取り組みが、いち早く取り沙汰されてきた。2001年には、サービス自己評価が義務付けされ、さらに2002年には外部評価が介護保険サービスの中で初めて義務付けされた。また研修に関しても2001年からグループホームの管理者及び計画作成担当者は、都道府県が実施する「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」を受講することも義務付けられた。現在では、地域密着型サービスを提供する事業所のうち、認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所には、認知症介護実践研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、認知症対応型サービス事業開設者研修等の受講が義務付けられている<sup>xvi</sup>。

〔図表2-10〕 認知症高齢者グループホームの事業所数

単位：ヶ所

1990年	1997年	1998年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
- (40)	41 (518)	103 (618)	266	1,013	1,852	3,113	4,585	5,590

※2000年3月までは運営費補助を受けた事業所数

( )内は、1999年1月実施の宅老所・グループホーム全国調査結果から推計された宅老所とグループホームを合わせた数値

資料：全国コミュニティライフサポートセンター(2000)『宅老所・グループホーム白書』筒井書房。

山井和則(2003)『グループホームの基礎知識』リヨン社。

厚生統計協会,2001-2005.『厚生指標 臨時増刊 国民の福祉の動向』,第47巻-第52巻。

#### f) 施設か在宅かの二者択一からの脱却と小規模多機能型居宅介護事業

2003年、厚生労働省老健局長の私的研究会として、高齢者介護研究会（座長：堀田力）が設置され、同年に報告書『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』が出された。報告書では、地域包括ケアシステムの確立や新しいケアモデルの確

<sup>xvi</sup> 「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（2007年4月26日老発第0426003号老健局長通知）

立が掲げられ、認知症高齢者ケアは、尊厳の保持を基本とし、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を整備する必要があるとの課題が示された。また、2009年に出された『地域包括ケア研究会報告書』でも、「高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、単独・夫婦のみの世帯の増加、認知症を有する高齢者の増加、医療と介護の双方を要する者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスシステムの機能強化が不可欠である」（地域包括ケア研究会 2009：3）と述べている。

こうした流れの中で、2006年に介護保険制度の地域密着型サービスのひとつとして創設された小規模多機能型居宅介護事業は、そのサービス提供の柔軟性から、介護保険サービスの中で、最も生活の継続性に着手しているサービスといえる。小規模多機能型居宅介護事業は、通い、訪問、泊まりのサービスを柔軟に提供することによって、住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するサービスである。創設当初には、特別養護老人ホーム等の施設入所希望者の増加に対応すべく、小規模多機能型居宅介護事業に対し、要介護3～5の中重度者に対する在宅生活支援が政策的に期待された。そして、現在、医療と介護の連携強化が謳われている地域包括ケアシステムにおいては、地域で暮らし続けるための重要なサービス拠点としての役割を担っている。

### g) 近年の政策

近年、厚生労働省により示されている地域包括ケアシステムでは、医療・介護・福祉の連携強化が謳われており、「社会保障・税一体改革成案における改革項目（参考資料）介護サービスの改革～地域包括ケアの確立～」においても、「小規模多機能型居宅介護やグループホームの拡充により、認知症への対応を強化」と、認知症高齢者に対するサービスの質および量に対する対策案として示されている（内閣官房 HP）。

2010年9月から認知症に対する精神科医療の果たす役割等について検討し、2011年11月新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2R「とりまとめ」が発表され、このとりまとめを受け、2011年に厚生労働省内に認知症施策検討プロジェクトチームが設置された。

2012年6月、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは、「今後の認知症施策の方向性について」報告書を示した。過去10年間の認知症施策を再検証した上で、今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討した。①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成といった取り組みを図ることが挙げられ、2013年度概算要求とあわせて「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定された。



〔図表2-11〕 認知症のある高齢者の介護に関する医療・福祉施策年表  
(1960年代～1990年代)

	医療・福祉施策	地域実践
1963年	[福]老人福祉法制定、特別養護老人ホームの創設	
1964年	[福]厚生省老人福祉課長通知「特別養護老人ホームへの収容の措置について」(社老第28号)	
1970年	[福]中央社会福祉審議会「老人問題に対する総合的諸施策について」「社会福祉施設の緊急整備について」発表	
1971年	[福]社会福祉施設緊急整備5カ年計画実施	
1973年	[医]老人医療費支給制度開始 [福]東京都 / 在宅の痴呆性老人に関する調査の実施	
1977年	[医]老人精神病棟の施設・設備整備事業開始 [福]岡山県 / 小規模デイサービス事業の実施	
1978年	[福]在宅福祉サービスの在り方に関する研究委員会・報告	
1980年	[医]公衆衛生審議会意見具申「老人精神病棟に関する意見」 [福]東京都 / 痴呆性老人対策委員会設置	家族の会「託老所」開設(京都)
1981年	[福]中央社会福祉審議会意見具申「当面の在宅老人福祉対策のあり方」	
1982年	[医]老人保健法制定、付帯決議(痴呆を主とした老人の精神障害対策) [医]公衆衛生審議会意見具申「老人精神保健対策に関する意見」 [医]老人精神衛生相談事業開始	
1983年		デイセンターみさと開設(群馬)
1984年	[福]痴呆性老人処遇技術研修事業開始	
1985年		愛の郷フランスの家開設(福島)
1986年	[医]老人保健法改正、老人保健施設の制度化 [福]厚生省痴呆性老人対策推進本部・痴呆性老人対策専門委員会設置 [福]特別養護老人ホーム痴呆性老人介護棟設置の制度化 [福]1987年度予算に痴呆性老人対策予算(①総合的な痴呆性老人対策の検討、②調査研究の推進、③発生子防対策の充実、④在宅保健福祉対策、⑤施設対策の推進、⑥専門的治療技術をもつマンパワーの確保、⑦関連施策の総合的推進)が盛り込まれる	袖の家が・サント開設(青森) 元気な亀さん開設(埼玉)
1987年	[医]老人性痴呆疾患治療研究センター開設 [医]国立療養所での老人性痴呆に対する医療モデル事業の実施 [福]厚生省痴呆性老人対策推進本部報告 [福]特別養護老人ホーム措置費の痴呆性老人介護加算創設 [福]社会福祉士および介護福祉士法の制定 [福]厚生省痴呆性老人対策専門家会議提言	稲毛ホワイエ開設(千葉) ことぶき園開設(島根) わすれな草開設(高知) 神戸福祉会 駒どりの家開設(兵庫) 生活リハビリクラブ 麻生開設(神奈川)
1988年	[医]老人性痴呆疾患治療病棟の制度化 [医]老人性痴呆疾患デイケア施設の制度化 [医]老人保健施設痴呆性老人加算承認施設の制度化 [医]老人精神保健相談事業を行う保健所の拡充(426ヶ所→533ヶ所) [福]滋賀県 / ミニデイサービス事業の実施	
1989年	[福]高齢者保健福祉推進十カ年戦略(ゴールドプラン)策定 [医]老人性痴呆疾患センターの創設 [福]栃木県 / デイホーム事業の実施	
1990年	[福]福祉関係八法改正 [医]「老人性痴呆疾患の診断・治療マニュアル」作成 [医]精神病院協会を中心に「痴呆性老人相談マニュアル」作成(日本公衆衛生協会刊行) [福]全社協「痴呆性老人ケアマニュアル」作成 [福]宮城県 / 在宅ケア総合支援事業の実施 [福]千葉県 / デイ介護サービス事業の実施	
1991年	[医]老人性痴呆疾患療養病棟の創設、老人保健施設痴呆専門棟の創設	宅老所よりあい開設(福岡) シルバーレッジ 函館あいの里開設(北海道)
1992年	[福]痴呆性老人毎日通所型デイサービス(E型)の創設 [福]宮城県 / シルバー・ナーサリ整備事業の実施	ことぶき園(島根)のE型取得

第2章 日本における認知症高齢者介護の変遷と現状

1993年	[福]痴呆性老人対策に関する検討会設置 [福]在宅介護支援センター痴呆相談事業開始 [福]痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の作成	のぞみホーム開設（栃木） このゆびとーまれ開設（富山）
1994年	[福]新高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略（新ゴールドプラン）制定 [福]痴呆性老人対策に関する検討会報告 [福]福島県 / デイ・ホーム運営事業の実施 [福]島根県 / 介護ホーム事業の実施 [福]福岡県 / ミニデイサービス運営事業の実施	
1995年	[福]全社協 痴呆性老人のためのグループホームのあり方についての調査研究委員会設置 [福]グループホームモデル事業（全国8施設）の実施 [福]E型デイサービスの弾力化 [福]静岡県 / 高齢者介護ホーム事業 [福]広島県 / 在宅要援護老人地域参加促進事業	宅老所よりあい（福岡）のE型取得
1996年	[福]既存施設活用型日帰り介護事業の実施 [福]群馬県 / サテライトサービス促進事業、あいあいセンター整備事業の実施	栃木県高齢者デイホーム連絡会発足 みやぎ宅老連絡会発足 グループホーム国際サミット開催（岡山）
1997年	[福]介護保険法成立 [福]痴呆対応型老人共同生活援助事業（運営費補助）の制度化 [福]富山県 / 民間デイサービス育成事業の実施 [福]石川県 / ミニデイサービス運営事業の実施	
1998年	[福]痴呆対応型老人共同生活援助事業（施設整備費補助）開始 [福]大阪府 / シルバーデイハウス事業の実施	全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会発足
1999年	[福]痴呆対応型共同生活介護の基準改正（厚生省令第96号）	宅老所・グループホーム全国ネットワーク発足

資料：厚生省老人保健福祉局企画課監修(1994)『痴呆性老人対策推進の今後の方向』中央法規, pp19-20.  
 三浦文雄監修(2002)『痴呆性高齢者ケアの経営戦略』中央法規, p60  
 全国痴呆性高齢者グループホーム協会編(2005)『認知症高齢者グループホーム法令通知集』中央法規.  
 中島紀恵子(2013)「なぜ認知症の当事者研究なのか 認知症ケアの歩みと未来」『看護研究』46(3), pp242-253.

### 第3節 認知症のある高齢者と社会関係性に関する研究の動向

#### 1) 認知症に対するイメージや意識に関する先行研究

認知症の人に対する偏見の歴史は長く、井口（2010）は、認知症のある人に対する「自己や周囲のことがわからない」、「私たちとは違う世界の人」、「なにもわからない人」というイメージは、認知症の人の正しい理解と包摂を考えていくときの第一の「敵」となるものであると述べている。また、目黒ら（2002）も、認知症に関する一般的な誤解を通じた誤った情報として、「1）ボケと痴呆を混同し、2）痴呆を状態像ではなく一つの疾患とし、3）生活習慣が関係することを強調、4）予防を痴呆の原因疾患・症状別に第一次から第三次予防に分けて考えていない」ことを挙げている。

現在、こうした認識の改善策として、認知症サポーター養成講座や製薬会社によるテレビCM放映をはじめとする啓発活動が行われているが、いまだに認知症に対して否定的なイメージを持っている人は多い。三重県長寿介護課が実施した認知症に関する調査（2008、2012）では、認知症を病気として認識している人は、87.8%（n=925）に上り、2008年度調査よりも21ポイント上昇したが、「認知症の人が偏見を持って見られる傾向にあるかどうか」との問いには、「そう思う」と回答した人が24.2%、「どちらかといえばそうと思う」と回答した人が48.9%と、合わせて7割を超えており、2008年度調査と比較しても9.6ポイントしか減少はみられなかった。そこで本項では、日本における認知症に対するイメージや意識について、先行研究における知見の整理を行った<sup>xvii</sup>。

#### a) 認知症に対するイメージ

小林ら（2009）や松岡ら（2009）が行った調査では、回答者のほぼ全員が、認知症（痴呆症）という言葉を知ったことがあったり、何らかの知識を有していたりと、認知度は非常に高く、主な情報源は、テレビ、新聞、映画等のメディアからであったり、家族・友人・知人からであった。また、認知症にアルツハイマー型認知症や脳血管性認知症などの種類があることを「知っている」と回答したのは58.8%（n=858）と半数を超え、アルツハイマー病進行抑制薬があることを知っているという回答した人も42.5%に上った（松岡ら 2009）。さらに古村ら（2010）が行った民生委員に対する調査では、「認知症を早期に発見することの必要性を知っているか」との問いに、「はい」と回答したのは387名（97.5%）であり、「早期の治療により進行を遅らせることができることを知っているか」では、379名（95.5%）

<sup>xvii</sup> 文献検索では、CiNii、医中誌 Web を用い、「認知症（痴呆）」、「イメージ」をキーワードとして検索した。その結果 CiNii では131件、医中誌 Web（原著論文に限定）では、393件の文献が該当した。そのうち、両者に検出されている論文を除き、認知症の画像診断に関する論文を除くなど、内容に関する精査を行った結果、48件が該当したが、その半数以上は看護学生や福祉・介護学生、専門職に関する論文であった。また、「認知症（痴呆）」、「住民」、「意識」をキーワードとして同様の文献検索および精査を行った結果、11件が該当した。

の人が「はい」と回答した。また、本間（2001）が行った調査では、認知症に関する認知度と情報源、認知症にいくつかの種類があること知っているかどうかについては、上記の結果とほとんど変わりはないが、アルツハイマー病進行抑制薬があることを知っている回答した人は3地域（首都圏 n=455、大阪市 n=245、仙台市 n=283）とも20%前後であったことから、このおよそ10年間でアルツハイマー病の進行抑制薬の認知度が高まっていることがわかる。

一方で、認知症に対するイメージや意識に関する調査研究では、「いやに思う」、「怖い」、「悲しい」、「かわいそう」、「恥ずかしい」、「大切にされない」、「不幸だと思う」、「気の毒、大変だと思う」、など否定的なイメージや同情的なイメージが大半を占めている（大澤 2007、久木原ら 2011）。また、認知症高齢者と聞いて思い浮かべる様子として、「ひどい物忘れをする」、「しつこく同じ話をする」、「外出すると一人で戻れなくなる」、「目的もなく歩き回る」、「火の不始末や火の元の管理ができない」、「おしっこや便をおもらしする」等が多く回答され（中野 2001）、認知症に対するイメージの半数以上は中核症状に関することである、その他の内容は少なく、認知症に対する知識は、一面的または断片的であった（木村 2008）。

こうしたイメージと認知症に関する正しい知識の不足によって、認知症の人との関わり方について、「どのように対応したらよいか想像もつかない」、「自分の身内になったら、うまく対応できるかわからない」といった困惑や、関わりたくないとの否定的な意見が生じていたり（大澤 2007）、否定的なイメージや偏った知識は、認知症になることや介護の不安の要因にもなったり（小林ら 2009）、受診に対しての抵抗を持たせたり（久木原ら 2011）、社会資源利用を阻害する要因となったりもしている（松鶴ら 1999）。例えば、渥美ら（1999）の調査によると、自身が健康でないと認識している人は、認知症は「避けられない」とのイメージを持っているのに対し、痴呆に対する予防行動を行っている人は、行っていないと回答した人よりも認知症や認知症の人に対して否定的なイメージ（孤独な、遅い、不潔な、意義のない、拒否的な、表面的な、不注意な、ざらざらした、みにくい、小さい、感情的な、軽率な、の12項目は有意であった）を持っており、また、松鶴ら（1999）の調査によると、日本的家族観が高いと社会資源の利用に対する抵抗度は2.2倍高まり、偏見度（認知症老人の行動に対する理解の不足の程度）が高いと社会資源の利用に対する抵抗度は1.6倍高まるが、痴呆性老人に対する関心度が高かったり、介護経験がある場合には、社会資源の利用に対する抵抗度は双方0.5倍になるという。

## b) 認知症に対する負のイメージの改善と受容

こうした地域住民の認知症に対する負のイメージを改善するために、教育講演や理解促進プログラムの実施が有効であるとの先行研究がある。金ら（2011a、2011b）によると、認知症の人に対する態度は、「寛容」、「拒否」、「距離感」、「親近感」の4因子が関連しており、認知症の人との関わりの経験が、認知症の人に対する拒否的態度を緩和するという。

松鶴ら（1999）も、認知症高齢者介護における社会資源の利用を促進する要因として、認知症高齢者の対する関心および介護経験を挙げている。

丸尾ら（2012）の調査では、認知症のイメージ（怖い、恥ずかしい、悲しい、病気とは思わない、お先まっくらだと思ふ、大切にされない、苦しい、自分には関係ない、だれもがなる可能性がある、身近に感じられる）のうち、「認知症になるのは悲しい」、「認知症は身近に感じられる」、「認知症は自分には関係ない」の3項目については、地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラム実施後に有意に改善したとの報告がある。

さらに、認知症の人との関わり方として、「もっと認知症の人への対応の方法を知りたい、実際に介護している人への対応の方法を知りたい、実際に介護している人が学習できる場があると良いと思う」、「大変だ、地域の人で応援してあげたい」、「家族・身内が大変だから地域で見守る必要がある」など支援に対する積極的な意見も挙がっており（大澤 2007）、啓発活動においても、認知症になっても自分らしく現在の生活を継続できることを見せていくことが重要であると考えられる。

2004年12月、それまで使用されていた「痴呆」は「認知症」へと名称が変更となり、厚生労働省は、2005年度から2014年度を「認知症を知り地域をつくる10か年」と位置づけ、認知症サポーター100万人キャラバン（認知症サポーター養成講座の実施）、「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーン、認知症の人「本人ネットワーク支援」、認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進、認知症地域支援体制構築等推進事業<sup>xviii</sup>等が実施されている。認知症サポーター数も、全国で500万人を超えたが（2014年6月30日現在）、周知度はまだまだ低い<sup>xix</sup>。認知症サポーター養成講座の講師役である認知症キャラバンメイトを対象とした調査（工藤ら 2012）によれば、養成講座等のキャラバンメイトの啓発活動を阻害する要因として、「事業の趣旨に関する課題」、「活動立ち上げの困難さ」、「実施上の課題」、「キャラバンメイトの組織化の不足」、「住民の関心の不足」、「行政や関係者の後押し不足」、「個人の活動困難要因」の7つが挙げられ、また、活動の促進要因として、「活動目的の再確認」、「他の活動とリンクした啓発と地域づくり」、「キャラバンメイトの組織化」、「地域ごとの活動マネジメント」、「行政とのパートナーシップ」、「キャラバン名としての知識とスキルの向上」、「サポーターの活動に有用な講座」、「個人の活動継続の秘訣」、「多様な役割の選択の保障」の9つが挙げられている。このうち共通するキャラバンメイトの組織化は、活動促進の中心的要因であり、組織化不足は今後の重要な課題

<sup>xviii</sup> 2007年度より、厚生労働省は、各都道府県にモデル地域を設定し、支援を行う資源をネットワーク化し、資源の相互連携を通じた地域支援体制づくりを行い、その成果を都道府県管内に普及することを目指した「認知症地域支援体制構築等推進事業」を開始した。これにより38都道府県103地域がモデル地域に設定された。

<sup>xix</sup> 三重県長寿介護課(2009)の調査によれば、2009年から義務づけられた運転免許更新時における講習予備検査（認知機能検査）について、「よく知っている」、「少し知っている」と回答した人は62.2%、「全く知らない」と回答した人は18.7%であったが、認知症サポーターについて、「よく知っている」、「少し知っている」と回答した人は10.1%、「全く知らない」と回答した人は69.9%であった。

となっており、今後も一層の認知症の理解促進に関する啓蒙活動およびその支援が求められている。

## 2) 認知症高齢者の社会関係に関する研究

### a) 要介護高齢者の社会関係と生活の継続性に関する先行研究

高齢期のソーシャルネットワークについては、前述の通りであるが、要介護高齢者にとっても、その重要性は同様である。しかし、先行研究から、ADLによってソーシャルネットワークの規模は変化し、近隣関係との濃密さにも差が出ている（杉岡 1994）。

また、施設で生活している要介護高齢者と在宅で生活している要介護高齢者とは、主観的幸福感は異なっており、施設に入所している要介護高齢者の主観的幸福感は平均  $6.18 \pm 2.72$  であるのに対し、在宅で生活している要介護高齢者は、平均点  $7.4$  点  $\pm 2.8$  と後者の方が高かった。この主観的幸福感には、情緒的な支援とネガティブな支援が関連していることが分かっている（古谷野 1989）。

山間地域に住む独居高齢者を対象とした調査（2008）によれば、独居を継続できなくなった要因は、「疾病の悪化」、「転倒などによる怪我」、「認知症による生活機能の低下」、「その他の要因による生活機能の低下」であり、それをきっかけに、入院もしくは、子どもとの同居、施設入所など生活の場所を変えている。また、大都市圏における要介護高齢者の在宅生活継続に関する調査（2012）においても、在宅生活継続の主たる要因として、①本人の ADL レベル（重度化、症状の安定、排泄介助等）、②これまでの人間関係（介護者との続柄や介護以前の介護者との人間関係等）、③ソーシャルサポート（介護者の負担軽減を図る福祉サービス利用、往診、訪問看護等）、④家庭内介護力（副介護者や介護技術・知識等）、⑤介護者の健康（介護者の身体的・精神的疲労等）、⑥継続意欲・意思（介護の自信、やりがい、愛情等）が挙げられている。

このように、介護が必要になり、本人が現在の自宅で生活を続けたいと考えても、本人や社会サービスだけでなく、介護者や家族の意思・状況から、本人の意思とそれらの実行に影響を受けていることがわかる。しかし、村田（2005）の調査によれば、実態として、子世帯から食事や掃除などの日常的な生活支援を受けているものは同居世帯のみで、その他は子が近居であっても、ヘルパーサービスや配食サービスを利用しながら生活を成り立たせているという。高齢者は、子世帯からは不規則な訪問や電話などを受けることで精神的な充足を得ているが、日常的に生活支援を受けようとは考えていない場合も多く、概して子からの自立意識が高い。また、近隣関係が疎な場合は日常的な話し相手がおらず、ヘルパーなどにその役割を求める傾向にあった。専門職は、問題が顕在化するまで本人に関わることは難しく、その点において、高齢者のソーシャルサポートは専門職に早期につなぐ役割を期待されている（永田 2013）。

また、地域生活の質の観点からみた高齢者ケアの優先課題には、直接的な介護に関わる課題と同時に、地域との関わりや自己実現の課題も含まれている（斉藤 2007）。矢庭の調査（2008）によると、山間地域に在住する要介護（支援）認定を受けた高齢者が、他者に手段的サポートや交流的サポートを提供する場合は、提供者の ADL の影響を受けるが、情緒

的サポートや評価的サポートは ADL の影響は受けず、ADL が低下した状況であっても、これらのサポートは提供が可能である。さらに、生活満足度は、他者貢献感を高めることで高まり、他者貢献感、他者に手段的、交流的、評価的サポートを行うことで高まる。他者との関係性、つまり社会関係性をポジティブに保つことによって、生活満足度は高まり、自己実現された生活を送ることができると言える。

#### b) 認知症高齢者の社会関係と生活の継続性に関する先行研究

認知症高齢者の社会関係や生活の継続性についての先行研究は非常に少ないが<sup>xx</sup>、認知症高齢者においても、ADL やソーシャル・ネットワークと QOL は関連しているという。

室伏（1995）は、認知症高齢者の本質的な問題は、「認知症高齢者がそれまで生きる拠り所にしてきた知的能力や生活史を失い（健忘）、人間関係も失うことによって、生きる不安（存在不安）」が、認知症高齢者の QOL を低下させていることであると述べている。また、渡辺（2005）の調査によれば、デイケアに通う同居者のいる認知症高齢者 92 名に対し、渡辺の開発した SBRQL-D（認知症高齢者の社会的行動に関連する生活の質のスケール）を実施したところ、QOL 得点は平均 23.6±10.4 点であり、N-ADL（N 式老年者用日常生活活動能力評価尺度）得点や HDS-R 得点が高いほど、QOL 得点も高かったという。また、認知症高齢者のソーシャル・ネットワークについては、「家族との会話の頻度」、「町内行事への参加の頻度」が高い程、QOL 得点は高かった。

また、別所ら（2000）の調査では、1991 年度と 1996 年度に調査を実施し、認知症高齢者 201 名のうち、2 度目の調査では他界していた 113 名等を除き、認知症高齢者 75 名を在宅生活継続群と入院群に分けて比較したところ、在宅継続に影響する要因として、排泄の自立度、介護者の介護継続の意思、介護代行機能の 3 つが挙げられた。排泄の自立度は、寝たきり度や認知症の重症度と関連しており、介護者の介護継続の意思は、介護負担感や介護代行機能と関連しており、さらに介護負担感も BPSD の度合いに影響を受けていた。また祝原（2009）によれば、介護者の在宅介護継続要因は「問題行動」、「介護に必要な情報」、「ADL 依存度」、「理解者・介護代替者の存在」に分類されるという。

医療経済研究機構（2003）の『初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書』では、「住み慣れた町で親しい人たちと切り離されずに暮らしていきたいと願う」との希望の実現とリロケーションダメージの回避の視点から、なじみの環境の連続性を考慮したケアを実現するひとつの手法として、「小規模多機能ケア」の有用性と制度化への課題を検討している。その後 2006 年に小規模多機能型居宅介護事業として制度化されたが、永田ら（2011）によると、小規模多機能型居宅介護事業所が認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たすための課題として、第

<sup>xx</sup> 「認知症（痴呆）&社会関係」、「認知症（痴呆）&人間関係」、「認知症（痴呆）&エイジング・イン・プレイス」、「認知症（痴呆）&なじみ&関係」、「認知症（痴呆）&生活&継続」、「認知症（痴呆）&ソーシャルサポート」にて CiNii の文献検索を行ったところ、療法や介護手法、家族介護者の態度といった内容がほとんどであった。



一に24時間医療ニーズに対応する体制を整えること、第二に小規模多機能事業所での「看取り」への理解を得ること、第三に利用者がもつ地域とのつながりを保つこと、第四に小規模多機能事業所の「多機能」性をいかすこと、第五に地域密着型サービスとして地域に開かれた事業所とするものの5つが挙げられている。

#### c) 認知症の人に対するアセスメントシートにおける社会関係性

一方で、介護事業者が支援者として利用者の社会関係性を知るために、どのようなアセスメントを行っているかをみていきたい。現在、居宅サービス計画書には、「インフォーマルサービス」等を含めてケアプランに位置付けることとされているが、この「インフォーマルサービス」とは、介護保険が適用されない一般的な市場サービスと近隣の人による声かけや民生委員の定期訪問等のインフォーマルなケアとが混同されている状況にある。

日本で使用されている認知症の人の生活支援に対するアセスメントツールのうち代表的なものとして、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」、「居宅サービス計画ガイドライン」、「ケアマネジメント実践記録様式」が挙げられるが、それらの中でも、アセスメントシートに表記されている社会関係に関する項目についてはそう多くはない。

「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」は、2004年に認知症介護研究・研修東京センターが開発したアセスメントシートであり、2008年に改訂版が出されている。このシートは、計16種類で構成されており、「A 基本情報（私の基本情報シート、私の自立度経過シート、私の療養シート、私の支援マップシート）」、「B 暮らしの情報（私の家族シート、私の生活史シート、私の暮らし方シート、暮らしの情報）」、「C 心身の情報」、「D 焦点情報（私ができること・できないことシート、私がわかること・わからないことシート、生活リズム・パターンシート、24時間生活変化シート、私の求めるかかわり方シート）」、「E 24時間アセスメントまとめシート」がある。このうち、生活の継続性に関しては、「B-2 私の生活史シート」にて、長年なじんだ過ごし方を、「B-3 私の暮らし方シート」にて、なじみの暮らしを継続できるよう生活習慣について記入できるようになっているが、家族や医療機関以外の社会関係性については、「A-4 私の支援マップシート」において、なじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握するために、日常的に関わりのある家族や関わりのある人、会いに来てくれる人、支えとなっている物や場所を記入できるようになっている程度である。

「居宅サービス計画ガイドライン」は、1998年に全国社会福祉協議会が居宅サービス計画を作成する際のガイドラインとして開発したもので、2012年に改訂版が出されており、アセスメントシートについては、「1 フェイスシート」、「2 家族状況とインフォーマルな支援の状況」、「3 サービス利用状況」、「4 居住等の状況」、「5 本人の健康状態・受診等の状況」、「6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細」、「7 全体のまとめ」の全11ページから成り立っている。ここでも、家族や医療機関以外の社会関係に関連する項目は、「2 家族状況とインフォーマルな支援の状況」の中にある「インフォーマルな支援活用状況（親戚・近

隣・友人・同僚・ボランティア・地域の団体等)」に、「支援提供者」、「活用している支援内容」、「受けたい支援／必要と思われる支援」、「特記事項」が記入できるのみである。

「ケアマネジメント実践記録様式」は、1995年に財団法人日本社会福祉士会の特別委員会として「ケアマネジメント研究会」が設置され、在宅介護支援センター等で行われているケアマネジメントについて検討を重ねた上で、1996年に開発されたツールである。その後何度か検討・改訂が行われ、2011年に介護保険課題分析標準項目準拠版（Ver.4.0）が出されている。アセスメント票は、「Ⅰ. 健康状態」、「Ⅱ. 認知機能及び精神・行動障害」、「Ⅲ. ADL」、「Ⅳ. 家事・IADL」、「Ⅴ. 生活の質（社会参加）と生活支援（権利擁護）」、「Ⅵ. 介護状況」、「Ⅶ. 居住環境」、「Ⅷ. アセスメント要約表」の全12ページから成り立っており、そのうち家族や医療機関以外の社会関係性については、「Ⅴ. 生活の質（社会参加）と生活支援（権利擁護）」の中に「A. 生活の質（社会参加）」の項目があったり、「Ⅵ. 介護状況」の中に「C. 近隣・知人による援助の実態と可能性」の項目がある。また、アセスメントシートとは別にフェイスシートがあり、エコマップが記入できる欄はあるが、「Ⅹ. エコマップ（家族等構成図）」と表記されており、家族に焦点化されたものであり地域での暮らしを記入できるエコマップとは言い難い。「A. 生活の質（社会参加）」は、「1 生活の広がり」、「2 日中の活動」、「3 外出頻度」、「4 役割」、「5 趣味・楽しみ」、「6 友人・知人との交流（3ヵ月以内）」、「7 集団への不適応」、「8 相談相手」、「9 生活（活動）への意欲」、「10 傷病・障害・加齢等による喪失感・孤独感等」、「11 生活の不活発化の原因」、「12 家族等への希望」、「13 生活場所の希望」から成り立っており、他のアセスメントツールよりも社会関係に関する項目が多く、全体の構成からも社会福祉士らしくソーシャルワークの視点に立っているアセスメントツールとなっている。

その他、2009年より全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が、小規模多機能型居宅介護ならではのケアプラン作成手法の確立のために提唱している概念として、「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント ライフサポートワーク」があり、その支援ツールとして、「様式1 日々の記録&ミーティング用紙」、「様式2 カンファレンス用紙」、「様式3 ライフサポートプラン用紙①」、「様式4 ライフサポートプラン用紙②24時間シート」から成り立つシートが開発されている。しかし、アセスメント様式については、「社会との関係性も含めてこれまでの暮らしはどうであったのか、今はどのような状態なのか、これからどのようにしたいのかを暮らしの連続性の中でとらえ、分析することが求められるため、「特に指定しないが、地域での生活を把握できるもの」に留まっている（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 HP）。

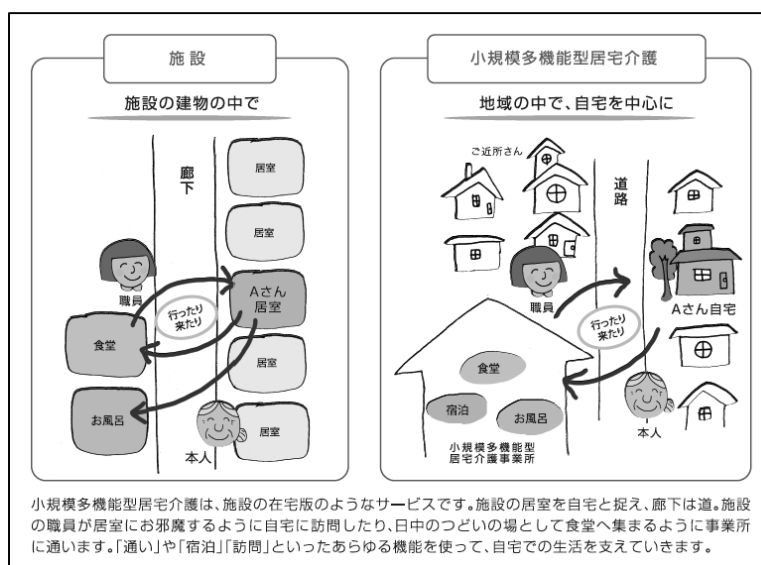
また、「ひもときシート」は、2008年から2011年に認知症研究・研修東京センターによって行われた認知症ケア高度化推進事業の一環として開発された「思考の整理」を行うもので、アセスメントツールではないが、介護者が困難と感じている主観的な問題に対して、その背景にある事実を確認したり、何が課題なのかを改めて考え、その結果をアセスメントやケアプランにつなげることを目的としたツールとして利用されている（認知症ケア高

度化推進事業 HP)。ひもときシートにおいても、分析的理解を行うための項目には、「(5) 家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響」、「(8)生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と現状とのズレ」といった社会関係性や生活の継続性に関連する項目はあり、それらの重要性をうかがい知ることができるが、前述のアセスメントシートも含めいずれも、社会関係性については、家族に関する情報を中心としたものが多く、家族や医療機関以外の社会関係性に触れている項目は少ない。しかし、社会関係性が認知症のある高齢者の QOL を高めることは先行研究からわかっている。認知症のある人の場合、本人からはっきりとした意思を聞きとることが難しい場合がある。社会関係性を知ることにより、例えば、その人が、なぜその地域や住環境を好んでいるのか、なぜその地域や住環境にあまり思い入れはないのか、何がその地域や住環境から本人を切り離そうとしているのか、もしくは孤立させているのか等が見え、その先には本人が重きを置いているものや行動、生活習慣、人間関係等、自己決定を支え、生活の継続性の芯となるものを見出すことになるであろう。社会関係性はそうした点においても重要な項目ではないだろうか。

### 第3章 小規模多機能型居宅介護にみる生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護

小規模多機能型居宅介護が2006年4月施行の改正介護保険法から、地域密着型サービスの一つとして新たに制度化された背景には、1980年代頃から始まった宅老所の実践の継承がある。宅老所は、通い、訪問、泊まり、住居サービスを小地域で一体的に取り組んできた経緯がある。小規模多機能型居宅介護は、日常生活圏域という一定の地域において、通い、訪問、泊まりのサービスを柔軟に提供しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを、利用者宅での生活を中心に支援するサービス形態をとっている。図表3-1は、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が作成した一般向けパンフレットの一部であるが、施設と小規模多機能型居宅介護を比較し、提供サービスについて「施設の在宅版のようなサービスです」と説明している。しかし、社会関係性の視点からみると、施設と小規模多機能型居宅介護では、その環境は大きく異なる。

[図表3-1] 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会パンフレットにみる小規模多機能型居宅介護の説明



全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 HP「小規模多機能型居宅介護のご案内 2014年4月改訂版」より抜粋  
[http://www.shoukibo.net/panf/pdf/version1\\_a4\\_panf2014.pdf](http://www.shoukibo.net/panf/pdf/version1_a4_panf2014.pdf)

入居施設の場合、生活の場がそれまで住んでいた場所から入居する施設に移るため、自宅を中心に作られていた社会関係性は、ほとんどの場合、大きく変化し、新たな生活の場では、社会関係自体が入居後に作られる。その一方で、小規模多機能型居宅介護の場合、その利用者のほとんどが、自宅が生活の場の中心であるために、社会関係性は変化しにくい。その点においても、小規模多機能型居宅介護は、現在の介護保険制度において、生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護を検討するために最も適切であると考えられる。

そこで、本章では、小規模多機能型居宅介護事業者へのアンケート調査結果の分析を行い、利用内容による類型化とその特徴および生活の継続性に関する課題について示す。第1節

では、小規模多機能型居宅介護事業の利用内容と回数によって、利用者のサービス利用状況を分類し、各群の特徴から「在宅生活支援型」、「住まい併設型」、「施設利用同様型」の3つに類型化した。そして「住まい併設型」の特異性を明らかにするとともに、第2節では、利用者宅での生活支援を「施設利用同様型」ではない利用内容で多く支えている事業所の特徴を明らかにし、生活の継続性の高い認知症高齢者介護には、専門職機関との連携と地域との関係づくりが重要であることを示した。また第3節では、前者の専門職機関との連携について、訪問ヒアリング調査を実施し、看取りにおける専門職機関との連携の類型を示した。なお、本調査分析では、認知症のある利用者に対して利用者宅での生活継続を重視した生活支援を行うことを生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護として評価する。

## 第1節 小規模多機能型居宅介護の利用類型

### 1) 小規模多機能型居宅介護事業の整備状況

2006年4月施行の改正介護保険法から、新たに創設された小規模多機能型居宅介護事業は、通い、訪問、泊まりのサービスを柔軟に提供することによって、住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するサービスである。創設当初には、特別養護老人ホーム等の施設入所希望者の増加に対応すべく、小規模多機能型居宅介護事業に対し、要介護3～5の中重度者に対する在宅生活支援も政策的に期待された。そして、現在、医療と介護の連携強化が謳われている地域包括ケアシステムにおいては、地域で暮らし続けるための重要なサービス拠点としての役割を担っている。

小規模多機能型居宅介護事業所は、2006年当初、全国で298ヶ所であったが、2012年8月末現在では、3,818ヶ所と増加している<sup>i</sup>。小規模多機能型居宅介護事業は、地域包括ケアシステムの中でも日常生活圏域サービス基盤の資源の一つとして、地域で暮らし続ける重要なサービス拠点であるが、全保険者1,580のうち、小規模多機能型居宅介護事業所が1ヶ所もない保険者は685と43.4%を占めている。

[図表3-2] 小規模多機能型居宅介護事業所数の推移

2006年 12月現在	2007年 12月現在	2008年 11月現在	2009年 10月現在	2010年 7月現在	2011年 11月現在	2012年 8月現在
298ヶ所	1,332ヶ所	1,841ヶ所	2,223ヶ所	2,564ヶ所	3,279ヶ所	3,818ヶ所

いずれもWAM-NETに掲載されていた事業所数（休止・廃止は除く）

一方で、事業所数が最も多い保険者は、神奈川県横浜市で82ヶ所、次いで北海道札幌市75ヶ所、広島県福山市66ヶ所、愛知県名古屋市65ヶ所であり、1事業所あたりの要支援・要介護認定者数が最も少ない保険者は、福井県おおい町104.3名、次いで鹿児島県知名町156.3名、北海道本別町156.3名であった。また、要支援・要介護認定者数の規模別に比較してみると、要支援・要介護認定者数が1,000人未満の保険者において、小規模多機能型居宅介護事業を整備していない保険者が圧倒的に多かった。

<sup>i</sup> 各年ともWAM NETに掲載されていた事業者数（休止・廃止を除く）を集計した。  
WAM NET HP <http://www.wam.go.jp/>

[図表3-3] 要支援・要介護認定者数規模別にみる小規模多機能型居宅介護事業所数の整備状況

要支援・要介護認定者数規模 (保険者数)	小規模多機能型居宅介護事業所を1ヶ所以上整備している保険者数とその平均事業所数(2012年8月現在)		整備数の多い保険者	1事業所あたりの要支援・要介護者認定者数の多い保険者とその数
1,000人未満 (n=652)	154 (23.6%)	1.2±0.5	福井県おおい町 4ヶ所 他3ヶ所以下	福井県おおい町 4ヶ所 104.3名 鹿児島県知名町 3ヶ所 145.3名 北海道本別町 3ヶ所 156.3名 北海道鷹栖町 2ヶ所 203.5名 福井県美浜町 3ヶ所 205.3名
1,000以上 5,000人未満 (n=690)	509 (73.8%)	2.4±1.8	栃木県那須塩原市 11ヶ所 栃木県大田原市 10ヶ所 京都府京丹後市 10ヶ所 熊本県山鹿市 10ヶ所 岐阜県各務原市 10ヶ所	鹿児島県垂水市 4ヶ所 281.3名 埼玉県和光市 4ヶ所 294.0名 石川県能美市 6ヶ所 312.3名 栃木県大田原市 10ヶ所 318.9名 京都府京丹後市 10ヶ所 329.4名
5,000人以上 10,000未満 (n=127)	123 (96.9%)	5.9±4.2	鳥取県鳥取市 28ヶ所 福岡県大牟田市 24ヶ所 鹿児島県霧島市 15ヶ所 静岡県富士市 15ヶ所 島根県松江市 15ヶ所	福岡県大牟田市 24ヶ所 317.2名 鳥取県鳥取市 28ヶ所 328.5名 鹿児島県霧島市 15ヶ所 356.9名 山形県酒田市 14ヶ所 465.1名 北海道北見市 12ヶ所 499.3名
10,000以上 20,000未満 (n=69)	67 (97.1%)	10.3±8.9	長崎県佐世保市 48ヶ所 福岡県久留米市 30ヶ所 宮崎県宮崎市 28ヶ所 福井県福井市 27ヶ所 秋田県秋田市 26ヶ所 富山県富山市 26ヶ所	長崎県佐世保市 48ヶ所 317.8名 福井県福井市 27ヶ所 412.7名 福岡県久留米市 30ヶ所 432.5名 山形県山形市 24ヶ所 444.5名 沖縄県那覇市 23ヶ所 473.8名
20,000以上 (n=39)	39 (100.0%)	25.3±20.6	神奈川県横浜市 82ヶ所 北海道札幌市 75ヶ所 広島県福山市 66ヶ所 愛知県名古屋市 65ヶ所 岡山県岡山市 46ヶ所	広島県福山市 66ヶ所 340.7名 愛媛県松山市 35ヶ所 697.9名 岡山県岡山市 46ヶ所 714.5名 熊本県熊本市 42ヶ所 773.7名 新潟県新潟市 43ヶ所 816.6名
全体 (n=1,577)	892 (56.6%)	4.3±7.4	—	—

※事務連合、福島県大熊町・富岡町・楢葉町は除く

小規模多機能型居宅介護事業は、制度化当初、特別養護老人ホーム等の施設入所希望者の増加に対し、要介護度が中重度となっても、在宅での生活が継続できるように支援する役割を、政策的に期待されていた。全国の介護保険給付費<sup>ii</sup>をみると、2009年4月時点では、要介護3～5の被保険者に対する全サービス給付費のうち3施設給付費（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の占める割合は、平均58.6%であったが、2012年4月には、平均55.4%と全体でも3.2ポイント減少している。全国の介護保険の保険者を、3施設給付費によって、「A. 施設サービス給付費割合減少保険者群」、「B. 施設サービス給付費割合維持・平均程度減少保険者群」、「C. 施設サービス給付費割合増加保険者群」に分けたところ、小規模多機能型居宅介護事業所の整備は、全体的に増加傾向に

<sup>ii</sup> 厚生労働省介護給付費実態調査報告（2009年度4月、2012年度4月）のデータを使用  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>

あったが、「A. 施設サービス給付費割合減少保険者群」は14.0ポイント上昇しており、他の群より整備している保険者割合の増加が高く、一方で、「C. 施設サービス給付費割合増加保険者群」の高齢化率は平均30.3%に上り、小規模多機能型居宅介護事業所の整備も11.6%の上昇にとどまっていた。さらに、要支援・要介護認定者数規模別にみても、要支援・要介護認定者数が1,000人以上5,000人未満の規模の保険者において、「C. 施設サービス給付費割合増加保険者群」で整備している保険者が少なかった。

[図表3-4] 施設サービス給付費の割合による保険者の分類

		施設サービス給付費割合 減少保険者群	施設サービス給付費割合 維持・平均程度 減少保険者群	施設サービス給付費割合 増加保険者群
保険者数(n=1,580)	2012年	600(38.0%)	642(40.6%)	335(21.2%)
要介護3~5の被保険者に対する全サービス給付費のうち3施設給付費の割合	2009年 ↓ 2012年	60.4% ↓ 52.3%	57.2% ↓ 54.8%	58.1% ↓ 62.1%
高齢化率平均	2010年	27.0±6.6	27.4±6.5	30.3±7.8
平均要介護度	2009年 2012年	2.28±0.22 2.20±0.22	2.32±0.19 2.21±0.19	2.40±0.22 2.28±0.24
小規模多機能型居宅介護事業所を1ヶ所以上整備している保険者の数	2009年 ↓ 2012年	276(46.0%) ↓ 360(60.0%)	336(52.3%) ↓ 425(66.2%)	74(22.1%) ↓ 113(33.7%)

[図表3-5] 要支援・要介護認定者数規模別1ヶ所以上小規模多機能型居宅介護事業所を整備している保険者数 (2012年8月現在の整備状況)

要支援・要介護認定者数規模		施設サービス給付費割合減少保険者群 (n=600)	施設サービス給付費割合維持・平均程度減少保険者群 (n=642)	施設サービス給付費割合増加保険者群 (n=335)	全体
1,000人未満 (n=652)	整備なし	164 (72.6%)	137 (67.5%)	178(79.8%)	479 (73.5%)
	整備あり	62 (27.4%)	66 (32.5%)	45(20.2%)	173 (26.5%)
1,000以上5,000人未満 (n=690)	整備なし	71 (28.6%)	78 (22.9%)	43(42.2%)	192 (27.8%)
	整備あり	177 (71.4%)	262 (77.1%)	59(57.8%)	498 (72.2%)
5,000人以上10,000未満 (n=127)	整備なし	4 (6.3%)	1 (1.8%)	1(12.5%)	6 (4.7%)
	整備あり	59 (93.7%)	55 (98.2%)	7(87.5%)	121 (95.3%)
10,000以上20,000未満 (n=69)	整備なし	1 (2.5%)	1 (3.6%)	0(0.0%)	2 (2.9%)
	整備あり	39 (97.5%)	27 (96.4%)	1(100.0%)	67 (97.1%)
20,000以上 (n=39)	整備なし	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0(0.0%)	0 (0.0%)
	整備あり	23(100.0%)	15(100.0%)	1(100.0%)	39(100.0%)
全体 (n=1,577)	整備なし	240 (40.0%)	217 (33.8%)	222 (66.3%)	679 (43.1%)
	整備あり	360 (60.0%)	425 (66.2%)	113 (33.7%)	898 (56.9%)

1,000人未満  $\chi^2=8.44, df=2, p<.05$

1,000人以上5,000人未満  $\chi^2=14.55, df=2, p<.005$



神奈川県横浜市や福岡県大牟田市のように保険者施策の一環として小規模多機能型居宅介護事業所の整備を積極的に進めているところもある。また、事業所の事業展開をみても多様化しており、認知症対応型共同生活介護事業所を併設している事業所やサービス付き高齢者向け住宅といった住まいを併設している事業所、看取り介護を実施している事業所や退院直後から在宅生活へ戻るための中間支援に取り組んでいる事業所もある（森本 2010、片山 2011、横浜市 2011、みずほ情報総研 2011）。

小規模多機能型居宅介護が制度化された背景には、1980年代頃から始まった宅老所の実践の継承がある。宅老所の実践については、前述（第2章）の通りであるが、宅老所は、通い、訪問、泊まり、住居サービスを小地域で一体的に取り組んできた経緯があり、小規模多機能型居宅介護の制度化にあたって、建物や人員が運営基準に満たないことや、対象者を介護保険の被保険者に限定せずに広く必要な人にサービスを提供したい等の理由から、介護保険指定事業者とならなかった宅老所もある（森本 2007）。しかし、現在、小規模多機能型居宅介護は、認知症高齢者の“*Aging-in-place*”を達成するサービスの拠点としての機能を果たしつつあり（永田 2010）、日常生活圏域という一定の地域において、通い、訪問、泊まりのサービスを柔軟に提供しながら、利用者宅での生活を支援するサービス形態は、現在の介護保険制度において、生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護を検討するために最も適切であると考えられる。

そこで、本章では、全国の小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービス提供に関する調査結果から、小規模多機能型居宅介護の利用の類型化等を行い、生活の継続性に重点をおいた認知症高齢者介護を提供する事業所の特徴について検討する。

## 2) 調査の目的および方法

### a) 調査の目的

本節では、全国の小規模多機能型居宅介護事業所におけるサービス提供について、経年的変化と特徴について明らかにすることを目的とし、全国の小規模多機能型居宅介護事業所を対象に実施された実態調査の結果データについて2次分析を行った。同調査では、単年度ごとに集計が行われているが、経年的な変化とその特徴について体系的には述べられていない。そのため、本研究は、利用状況調査が実施された2007年度、2009年度、2011年度のデータについて分析を行い、利用者の基本属性および利用内容について経年的な変化とその特徴について明らかにすることとした。

### b) 研究方法と倫理的配慮

全国の小規模多機能型居宅介護事業所を対象に、立教大学および全国小規模多機能型居宅事業者連絡会によって実施された調査結果のデータのうち、利用状況調査が実施された2007年度、2009年度、2011年度のデータについて2次分析を行った。各年の調査方法の概要は、図表3-5の通りである。筆者は、立教大学で実施された2007年度および2009年度の調査において、事務局および調査実施者の一人として関わった。また2007年度の調査は、立教大学が受託した「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」、2009年度の調査は、「平成21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 小規模多機能ケアにおける専門職連携のあり方に関する研究」によって実施され、2011年度の調査は、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が受託した「平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域包括ケアの実現にむけた小規模多機能型居宅介護の質の確保・向上のための調査研究」によって実施されたものである。

なお、倫理的配慮として、本調査では調査票に調査の趣旨が明記されていることを確認し、利用者個々の基本属性および利用内容の記入表は匿名化し、集計前に事業所名が特定できないようにコード化し分析を行った。また、2011年度のデータの寄託者である全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に対しては、使用方法および管理に関する誓約書を提出した上で利用承認を得た。

[図表3-6] 調査方法の概要

2007年度調査
【調査方法】 自記式アンケート調査（郵送）
【調査期間】 2008年1月～3月
【調査対象】 2007年12月現在 WAM-NET に掲載されていた全事業所 1,332ヶ所（休止・廃止は除く）
【回答事業所数】 363ヶ所（回収率 27.3%）、利用者 4,434名分の利用内容を回答
【調査項目】 事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、運営推進会議・連絡協議会等 個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況等
2009年度調査
【調査方法】 自記式アンケート調査（郵送）
【調査期間】 2009年11月～2010年1月
【調査対象】 2009年10月現在 WAM-NET に掲載されていた全事業所 2,223ヶ所（休止・廃止は除く）
【回答事業所数】 769ヶ所（回収率 34.6%）、利用者 12,556名分の利用内容を回答
【調査項目】 事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、ケアマネジメント、看取りと医療連携、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等 個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況、加算有無等
2011年度調査
【調査方法】 自記式アンケート調査（郵送）
【調査期間】 2011年12月～2012年1月
【調査対象】 2011年11月現在 WAM-NET に掲載されていた事業所全 3,279ヶ所（休止・廃止は除く）
【回答事業所数】 991ヶ所（回収率 30.2%）、利用者 17,059名分の利用内容を回答
【調査項目】 事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等 個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況等

### 3) 調査結果の概要

#### a) 利用者の平均要介護度等の推移

利用者の平均要介護度は、年々上昇しており、特に要介護4は2007年度に比べ2011年度には、1.6ポイント増加しており、要介護5も2.6ポイント増加している（図表3-6）。また、平均要介護度も2007年・2009年よりも、2011年の方が高い( $F(2,33802)=12.9, p<.001$ )。

厚生労働省が同時期に実施している各介護給付費実態調査月報（全数調査）の小規模多機能型居宅介護のデータでは、2007年11月の平均要介護度は2.38、2009年10月の平均要介護度は2.42、2011年10月の平均要介護度は2.47であった。調査データは、これらを母集団と比較しても大きな違いはみられなかった。

[図表3-7] 要介護度別のケース数と平均要介護度の推移

	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	平均 要介護度
2007年 (n=4,359)	198 4.5%	257 5.9%	921 21.1%	1,001 23.0%	1,116 25.6%	590 13.5%	276 6.3%	2.37±1.27
2009年 (n=12,474)	498 4.0%	662 5.3%	2,840 22.8%	2,941 23.6%	2,808 22.5%	1,843 14.8%	882 7.1%	2.39±1.30
2011年 (n=16,972)	624 3.7%	873 5.1%	3,612 21.3%	4,227 24.9%	3,557 21.0%	2,567 15.1%	1,512 8.9%	2.46±1.33
全体 (n=33,805)	1320 3.9%	1792 5.3%	7,373 21.8%	8,169 24.2%	7,481 22.1%	5,000 14.8%	2,670 7.9%	2.42±1.31

[図表3-8] 介護給付費実態調査月報における各要介護度の人数

	要支援1	要支援2	要介護1 (経過的要介護含)	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均 要介護度
2007年	0.6 4.0%	0.9 6.0%	3.2 21.5%	3.5 23.5%	3.6 24.2%	2.2 14.8%	0.9 6.0%	2.38
2009年	1.5 4.0%	2.0 5.3%	8.0 21.4%	8.8 23.5%	8.8 23.5%	5.7 15.2%	2.6 7.0%	2.42
2011年	2.2 3.9%	2.8 4.9%	12.2 21.4%	13.7 24.0%	12.2 21.4%	8.8 15.4%	5.2 9.1%	2.47

2007年：「介護給付費実態調査月報（平成19年11月審査分）」より  
 2009年：「介護給付費実態調査月報（平成21年10月審査分）」より  
 2011年：「介護給付費実態調査月報（平成23年10月審査分）」より

また、認知症高齢者の日常生活自立度は、各年ともⅡb、Ⅲaが中心であった（図表3-7）。

次に、利用者の世帯形態をみてみると、各年とも子世帯と同居の割合が最も高いが、2007年度に比べ2011年度は8.7ポイント減少しており、独居の割合が11.3ポイント増加している（図表3-8）。また、利用者が事業所の同一敷地内に居住していたり、事業所の敷地外ではあるが、高専賃（高齢者専用賃貸住宅）・高優賃（高齢者向け優良賃貸住宅）・住宅型有料老人ホームに住んでいるケースを「住まい併設ケース」とすると、全体では7.7%にとど

まっているが、ケース数としては、2,548に上り、2007年度と比べ2011年度は4.4ポイント上昇している（図表3-9）。

【図表3-9】認知症高齢者の日常生活自立度別のケース数の推移

	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
2007年 (n=3,918)	598 15.3%	655 16.7%	1,019 26.0%	786 20.1%	392 10.0%	382 9.7%	86 2.2%
2009年 (n=11,492)	1590 15.0%	1569 14.8%	2540 23.9%	2514 23.7%	942 8.9%	1259 11.9%	194 1.8%
2011年 (n=14,753)	2,217 15.0%	2,176 14.7%	3,544 24.0%	3,613 24.5%	1,273 8.6%	1,606 10.9%	324 2.2%
全体 (n=29,279)	4,405 15.0%	4,400 15.0%	7,103 24.3%	6,913 23.6%	2,607 8.9%	3,247 11.1%	604 2.1%

$\chi^2=64.0, df=12, p<.001$

【図表3-10】世帯形態別のケース数の推移

	独居	配偶者と 2人暮らし	子と 2人暮らし	子世帯と同居	その他
2007年 (n=4,374)	709 16.2%	717 16.4%	418 9.6%	2,123 48.5%	407 5.8%
2009年 (n=12,157)	2,966 24.4%	1,826 15.0%	1,198 9.9%	5,409 44.5%	758 6.2%
2011年 (n=16,794)	4,625 27.5%	2,522 15.0%	1,915 11.4%	6,682 39.8%	1,050 6.3%
全体 (n=33,325)	8,300 24.9%	5,065 15.2%	3,531 10.6%	14,214 42.7%	2,215 6.6%

$\chi^2=337.7, df=8, p<.001$

【図表3-11】住まい別ケース数と推移

	住まい併設ケース	住まい併設ケース以外
2007年 (n=4,213)	176 4.2%	4,037 95.8%
2009年 (n=12,090)	942 7.8%	11,148 92.2%
2011年 (n=16,654)	1430 8.6%	15,224 91.4%
全体 (n=32,957)	2,548 7.7%	30,409 92.3%

$\chi^2=91.7, df=2, p<.001$

#### b) 利用内容と回数の推移

各年とも要介護度が上がるにつれ、通い、訪問、泊まりの利用回数は増加し、また、訪問および泊まりは、各年が上がるにつれ、全体の平均利用回数も増加している。また、通いについても、2007年度に比べ2011年度は、全体の平均利用回数が増加している。

[図表3-12] 利用内容別の平均利用回数と推移

	通い回数平均/月 ±SD	訪問回数平均/月 ±SD	泊まり回数平均/月 ±SD
2007年 (n=4,434)	12.4 ± 9.3	3.6 ± 9.2	4.7 ± 8.5
2009年 (n=12,168)	16.7 ± 9.9	7.3 ± 19.9	6.6 ± 10.3
2011年 (n=16,487)	16.6 ± 9.4	9.1 ± 27.2	6.9 ± 10.5
<i>F</i> 値	<i>F</i> (2, 33086)=383.5 **	<i>F</i> (2,33086)=106.4 **	<i>F</i> (2,33086)=79.0 **
全体 (n=33,805)	16.1 ± 9.7	7.7 ± 23.0	6.5 ± 10.2

\*\*:p&lt;.001

## c) 利用内容の類型化

利用内容の組み合わせについて類型化するために、2007～2011年の延べ34,049名分について、利用者の通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析(k-means法)を用い、8つの群(A群～H群)に分類した<sup>iii</sup>。あらかじめクラスター数を7～10の間で設定し、クラスター数別の平均値、最大値、最小値、記述統計の相違を参考にしながら、もっとも解釈可能な分類を採用した。各年ごとのケース数は図表3-11の通りである。2007年の調査では、D～G群はほとんどおらず、2009年、2007年でも同群は対象ケースが少なかった。またA群のケースがもっとも多く、全体の65.3%を占めている。

また、各群の利用内容と平均利用回数、および平均要介護度は、表9の通りである。各群の特徴を見てみると、A群は、訪問の利用はほとんどなく、通いを中心に週3回程度の利用であり、B群は、A群と要介護度はほとんど変わらないが、通いの回数が減る分訪問回数が増えている。

C群は、A群よりも通い回数は少ないが、訪問回数はA、B群よりも多く、一日に複数回の訪問利用がある。D、F、G群は、訪問回数が非常に多く、D群は全体平均の52.1倍、F群は19.0倍、G群は31.5倍となっているが、泊まり利用はほとんどない。E群は、通い回数が他の群に比べて非常に多く、全体平均の7.4倍であるが、D、F、G群と同様に泊まり利用はほとんどない。H群は、ほぼ毎日通いと泊まりの利用をしており、平均要介護度が他の群より有意に高い点に特徴がある。

[図表3-13] クラスター各群のケース数

	A群	B群	C群	D群	E群	F群	G群	H群
2007年 (n=4,433)	3,539 79.83%	325 7.33%	42 0.95%	0 0.00%	0 0.00%	1 0.02%	0 0.00%	526 11.87%
2009年 (n=12,168)	7,938 65.24%	1,407 11.56%	370 3.04%	0 0.00%	7 0.06%	63 0.52%	24 0.20%	2,359 19.39%
2011年 (n=16,487)	1,0124 61.41%	2,158 13.09%	554 3.36%	22 0.13%	0 0.00%	136 0.82%	42 0.25%	3,451 20.93%
合計 (n=33,088)	21,601 65.28%	3,890 11.76%	966 2.92%	22 0.07%	7 0.02%	200 0.60%	66 0.20%	6,336 19.15%

 $\chi^2=587.2, df=14, p<.001$ <sup>iii</sup> 分析ソフトは、SPSS Statistics21を使用。

[図表3-14] 各群の利用内容と平均利用回数、平均要介護度

	通い回数/月の 平均±SD	訪問回数/月の 平均±SD	泊まり回数/月の 平均±SD	利用内容の目安	平均要介護度	類型
A群 (n=21,601)	14.8±8.1	1.6±3.2	2.1±3.7	【通い】週3回程度 【訪問】ほとんどなし 【泊まり】月2回程度	2.24±1.27	在宅生活支援型
B群 (n=3,890)	12.0±8.7	25.0±8.0	1.3±3.5	【通い】週2回程度 【訪問】週5~6回 【泊まり】月1回程度	2.25±1.31	
C群 (n=966)	13.1±9.1	66.2±14.6	1.1±3.8	【通い】週3回程度 【訪問】毎日2回程度 【泊まり】月1回程度	2.57±1.32	
D群 (n=22)	14.9±10.5	401.4±34.2	0.0±0.0	【通い】週3回程度 【訪問】毎日10回以上 【泊まり】全くない	3.32±1.21	
E群 (n=7)	119.6±11.7	44.3±24.4	0.0±0.0	【通い】1日に3~4回 【訪問】毎日1~2回 【泊まり】全くない	2.43±0.98	住まい併設型
F群 (n=200)	11.4±8.7	146.6±24.8	0.3±2.4	【通い】週2回程度 【訪問】毎日4~5回 【泊まり】ほとんどなし	2.90±1.29	
G群 (n=66)	13.2±8.4	242.9±33.0	0.3±1.5	【通い】週3回程度 【訪問】毎日7~8回 【泊まり】ほとんどなし	2.89±1.20	
H群 (n=6,336)	23.5±10.8	0.8±2.9	25.5±6.4	【通い】ほぼ毎日 【訪問】ほとんどなし 【泊まり】ほぼ毎日	3.05±1.26	施設利用 同様型
F値	F(7, 33080)=1006.0**	F(7, 33080)=82437.6**	F(7, 33080)=21903.1**	—	F(7, 32864)=300.1**	
全体 (n=33,088)	16.1±9.7	7.7±23.0	6.5±10.2	—	2.42±1.31	

\*\*：p<.001

d) 各類型の特徴

まず、各群の住まいについてみると、a)で示した「住まい併設ケース」は、A～D、H群では3割以下であるのに対し、E～G群では7割弱を占めていた(図表3-13)。D群は、「住まい併設ケース」以外の12ケースのうち、11ケースは、10km前後もしくはそれ以上離れた場所に住んでおり、世帯形態は、独居が8ケース、配偶者と2人暮らしが2ケース、子と2人暮らしが1ケースであった。

次に世帯形態を見てみると、A、H群では4～5割のケースが子世帯と同居であるが、D～G群は独居世帯が8割以上、B、C群では独居が5～6割、配偶者と2人暮らしが1.5割程度であった。

[図表3-15] 住まい別のケース数

	A群	B群	C群	D群	E群	F群	G群	H群
住まい併設ケース (n=2,455)	954 4.6%	749 19.7%	259 27.5%	6 33.3%	7 100.0%	136 74.7%	46 79.3%	298 4.9%
住まい併設ケース以外 (n=29,634)	20,001 95.4%	3,044 80.3%	684 72.5%	12 66.7%	0 0.0%	46 25.3%	12 20.7%	5,835 95.1%

$\chi^2=3343.7, df=7, p<.001$

[図表3-16] 世帯形態別のケース数

	独居	配偶者と 2人暮らし	子と 2人暮らし	子世帯と同居	その他
A群 (n=21,231)	3,728 17.6%	3,278 15.4%	2,355 11.1%	10,552 49.7%	1,318 6.2%
B群 (n=3,804)	1,907 50.1%	598 15.7%	379 10.0%	632 16.6%	288 7.6%
C群 (n=938)	575 61.3%	141 15.0%	75 8.0%	88 9.4%	59 6.3%
D群 (n=22)	18 81.8%	2 9.1%	1 4.5%	1 4.5%	0 0.0%
E群 (n=7)	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
F群 (n=182)	146 80.2%	16 8.8%	8 4.4%	5 2.7%	7 3.8%
G群 (n=60)	50 83.3%	7 11.7%	0 0.0%	3 5.0%	0 0.0%
H群 (n=6,208)	1,646 26.5%	889 14.3%	640 10.3%	2,551 41.1%	482 7.8%
全体 (n=32,452)	8077 24.9%	4931 15.2%	3458 10.7%	13832 42.6%	2154 6.6%

$\chi^2=3557.0, df=28, p<.001$



#### 4) 考察 ～施設利用同様型の課題と住まい併設型の特異性～

本節では、小規模多機能型居宅介護事業のサービス提供について、経年的変化および特徴について検討することを目的に、利用内容の傾向について、利用内容（通い、訪問、泊まり）とその回数によって、8タイプ（A～H群）に分け比較した。

各群の特徴をみてみると、A～D群は、事業所敷地外の戸建住宅や集合住宅に居住しているケースが6～9割強を占めており、A群は子世帯との同居割合が最も高く、B～C群は、独居が5～6割、配偶者と2人暮らしが1.5割程度であった。D群も「住まい併設ケース」以外のケースもほとんどが独居であった。このことから、A～D群は、「在宅生活支援型」であるといえる。

一方、E群、F群、G群は、7割弱が「住まい併設ケース」であり、事業所での泊まり利用はほとんどなく、E群は、通い回数が全体平均に比べて非常に多く、F群、G群は、訪問回数が非常に多かったことから、E～G群は「住まい併設型」といえよう。ただし、ケース数としては、273件であり、全体の0.8%でしかなく、特異な利用ケースであることがわかる。

さらに、H群は、9割以上が、住まいは事業所敷地外の戸建住宅や集合住宅であるが、通い利用が平均23.5回/月、泊まり利用が平均25.5回/月と、実際は、ほぼ毎日通いと泊まりを繰り返し、訪問はほとんど行われていない。平均要介護度も3.05と高い様子から、H群は「施設利用同様型」であるといえよう。

また、各群のケース数の割合をみてみると、「在宅生活支援型」のうち、子世帯との同居割合の高いA群のケース数は、2007年に比べ2011年には18.4ポイント減少しているが、独居世帯の割合の高いB群は5.8ポイント増加しており、「施設利用同様型」であるH群も、9.1ポイント増加している（図表3-11）。

小規模多機能型居宅介護事業の創設当初、要介護度中重度の者に対する在宅生活支援が政策的に期待された。要介護4～5の利用者は、C群、D群、F群、G群、H群に多く（ $\chi^2=2054.9$ ,  $df=35$ ,  $p<.001$ ）、H群での割合が最も高かったが、ほぼ毎日事業所に泊まり続けていることが、小規模多機能型居宅介護事業の機能に一致しているのかは、今後の検討課題である。H群について「施設利用同様型」と名付けたが、小規模多機能型居宅介護では、退院直後から在宅生活へ戻るための中間支援において、約1ヶ月間事業所に泊まり続け、介護ニーズを見極めながら、徐々に自宅で過ごす時間を増やしていく支援も行っており（森本2009）、H群のような利用ケースが、一概に施設入所を待機しているわけではないことも、注意する必要がある。しかし、全国の特別養護老人ホームの入居者の平均要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度の割合<sup>iv</sup>とH群のそれを比較すると、特別養護老人ホームの方が平均要介護度も高く、認知症高齢者の日常生活自立度もⅢ～Ⅳの割合が特別養護老人ホームの方が高く、H群には、施設入所には至らないケースもあることが予測される（図表3-15）。また、

<sup>iv</sup> 特別養護老人ホーム入居者のデータは、医療経済研究機構(2011)『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書』p11のデータを参照

認知症対応型共同生活介護事業所の入居者の平均要介護度<sup>v</sup>とH群のそれを比較すると、平均要介護度は、H群の方が高く、認知症高齢者の日常生活自立度の割合をみても、II～IVの割合は、ほぼ同様の割合となっていることから、H群の中には、認知症対応型共同生活介護事業所への入居ができない（しない）ケースがあることも推測される。

[図表3-17] H群の利用者、認知症高齢者グループホームおよび特別養護老人ホーム入居者の平均要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度の割合

調査年	H群(施設利用同様型)			認知症高齢者 グループホーム	特別養護老人ホーム
	2007年 (n=526)	2009年 (n=2,166)	2011年 (n=3,259)	2012年 (n=65,802)	2010年 (n=24,845)
平均要介護度	2.9	3.0	3.0	2.8	3.9
認知症高齢者の日常生活自立度の割合					
自立	不明(無記入11.6%)	3.3%	3.3%	-	2.3%
I	9.1%	9.5%	10.5%	3.1%	5.2%
II	31.0%	28.3%	29.5%	32.3%	20.0%
III	29.1%	40.6%	38.3%	40.3%	40.7%
IV	14.4%	15.9%	15.4%	14.3%	26.8%
M	4.8%	2.5%	2.9%	3.1%	5.1%

特別養護老人ホームのデータは、医療経済研究機構(2011)『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書』p11、認知症高齢者グループホームのデータは、富士通総研(2013)『認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業報告書』p38,p40を参照

また、各群のケース数の割合において、B群の増加傾向は、小規模多機能型居宅介護が、独居の認知高齢者介護を支えるサービスとして有用であることが広まり始めている結果だと推測する。今日、小規模多機能型居宅介護事業の運営にあたって、政策的課題として、①普及促進のための適切な報酬設定、②住まい併設の有無による事業類型化と独居・高齢者世帯支援への評価、③地域の協力を得るための関係専門機関（地域包括支援センターや社会福祉協議会等）の理解と協力等が挙げられている（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会2011、森本2010）。特に②においては、本研究でも「住まい併設ケース」は年々増加しており、サービス付高齢者向け住宅供給支援施策により、今後も拡大することが予測される。しかし、一部の「住まい併設型利用」においては、通いや訪問が非常に多く、ほとんど泊まりがないという特異な利用ケースがあり、今後もこうしたケースも増加することが予測される。

また、認知症の症状に対しては、認知症加算（I）、認知症加算（II）<sup>vi</sup>が設けられているが、本研究によって、認知症の他に、世帯形態や住まいも利用内容および利用回数に関連していることがわかった。次節では、「在宅生活支援型」のケースについて、事業者に関する項目も含めより詳細に分析を行う。

<sup>v</sup> 認知症高齢者グループホームのデータは、富士通総研(2013)『認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業報告書』p38,p40のデータを参照

<sup>vi</sup> 認知症加算（I）：日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症（日常生活自立度Ⅲ以上）の登録利用者に対し800単位/月が算定できる加算のこと。  
認知症加算（II）：要介護状態区分が要介護2であるものであって、日常生活に対する注意を必要とする認知症（日常生活自立度Ⅱ）の登録利用者に対し500単位/月が算定できる加算のこと。



## 第2節 在宅生活支援型にみる生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者の生活支援の特徴

### 1) 調査の目的および方法

#### a) 調査の目的

前節において「住まい併設型」は特異的な利用であること、「施設利用同様型」が全利用者の約2割に上ることが明らかになった。そこで、本節では、「在宅生活支援型」において、認知症のある高齢者の支援の特徴と、認知症のある高齢者を多く支えている事業所の特徴を明らかにすることを目的とし、全国の小規模多機能型居宅介護事業所を対象に2009年度に実施された調査結果から分析を行うこととした。

#### b) 調査方法と倫理的配慮

前節では、3か年を対象としたが、本節では2009年度に実施した同調査の769票を対象とする。2009年度の調査を対象としたのは、利用者の利用状況の他に、各事業所におけるケアマネジメントに関する質問項目や地域の他機関との連携に関する質問項目を設定したためである。調査方法の概要は図表3-16の通りである。また本節では、認知症のある高齢者の在宅生活支援について分析するために、2009年度調査の個別利用状況の回答(12,556名分)において、①年齢65歳未満の利用者データ、②住まいの形態が「高専賃・高優賃」、「住宅型有料」、「その他」である利用者データ、③利用者宅と事業所との距離が、「事業所敷地内」、「それ(10km前後)以上」である利用者データを除いたもの(10,170名分)を対象とした。

なお、倫理的配慮として、本調査分析でも、利用者個々の基本属性および利用内容の記入表は匿名化し、集計前に事業所名が特定できないようにコード化し分析を行った。

[図表3-18] 調査方法の概要 (図表3-5の一部再掲)

2009年度調査
【調査方法】 自記式アンケート調査 (郵送)
【調査期間】 2009年11月～2010年1月
【調査対象】 2009年10月現在WAM-NETに掲載されていた全事業所2,223ヶ所 (休止・廃止は除く)
【回答事業所数】 769ヶ所 (回収率34.6%)、利用者12,556名分の利用内容を回答
【調査項目】 事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、ケアマネジメント、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等
個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況、加算有無等

## 2) 調査結果の概要

### a) 利用者の基本属性とサービス利用類型

本節の対象となった利用者データ 10,170 名の基本属性についてみると、認知症高齢者の日常生活自立度は「Ⅲa (25.4%)」が最も多く、次いで「Ⅱb (19.8%)」、「Ⅱa (11.4%)」であった。

認知症高齢者の日常生活自立度別に障害高齢者の日常生活自立度や世帯構成をみると、障害高齢者の日常生活自立度では、認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ～Ⅱb では、「J2」～「A2」の割合が高く、Ⅲa～M では、「A1」、「A2」、「B2」の割合が高かった。

また、認知症高齢者の日常生活自立度別に世帯構成をみると、認知症高齢者の日常生活自立度のいずれにおいても「子世帯と同居」の割合が最も高かったが、なし～Ⅱb では、「独居」の割合が次いで高く、Ⅲa～M では、「配偶者と 2 人暮らし」が次いで高かった。さらに全体でみると、「独居」で認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱb」以上である利用者は 11.0%と 1 割に上り、「配偶者と 2 人暮らし」で認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱb」以上である利用者は 10.6%とこれも全体の 1 割を占めていた。

[図表 3 - 19] 利用者の基本属性と利用しているサービスの類型

性別	男性	2,620(26.4%)
	女性	7,299(73.6%)
平均年齢	83.9 歳 (男性 82.3 歳、女性 84.4 歳)	
平均要介護度	2.38	
認知症日常生活自立度	なし	703 (5.0%)
	Ⅰ	1,314 (10.2%)
	Ⅱa	1,300 (11.4%)
	Ⅱb	2,081 (19.8%)
	Ⅲa	2,024 (25.4%)
	Ⅲb	737 (10.1%)
	Ⅳ	1,021 (15.8%)
	Ⅴ	146 (2.3%)
	Ⅵ	
障害高齢者の日常生活自立度	J1	660(7.3%)
	J2	1,470(16.2%)
	A1	2,111(23.3%)
	A2	2,316(25.6%)
	B1	995(11.0%)
	B2	1,053(11.6%)
	C1	247(2.7%)
	C2	207(2.3%)
世帯構成	独居 (近居家族無)	1,239(12.2%)
	独居 (近居家族有)	931(9.2%)
	配偶者と 2 人暮らし	1,571(15.4%)
	子と 2 人暮らし	1,080(10.6%)
	子世帯と同居	4,846(47.6%)
	その他	500(4.9%)

[図表3-20] 認知症高齢者の日常生活自立度別のADL

	なし	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
J1	169 24.5%	143 11.2%	83 6.6%	122 6.0%	78 4.0%	23 3.2%	35 3.6%	7 5.0%
J2	151 21.9%	262 20.6%	295 23.4%	342 16.8%	233 11.9%	85 11.8%	91 9.3%	11 7.9%
A1	124 17.9%	311 24.4%	323 25.6%	558 27.4%	467 23.9%	139 19.4%	164 16.7%	25 18.0%
A2	128 18.5%	301 23.6%	308 24.4%	584 28.7%	534 27.3%	200 27.9%	232 23.6%	29 20.9%
B1	59 8.5%	135 10.6%	139 11.0%	194 9.5%	236 12.1%	101 14.1%	116 11.8%	15 10.8%
B2	48 6.9%	84 6.6%	92 7.3%	191 9.4%	303 15.5%	114 15.9%	197 20.1%	24 17.3%
C1	7 1.0%	24 1.9%	17 1.3%	34 1.7%	58 3.0%	33 4.6%	66 6.7%	8 5.8%
C2	5 0.7%	14 1.1%	6 0.5%	13 0.6%	45 2.3%	23 3.2%	81 8.2%	20 14.4%
全体	691 100.0%	1274 100.0%	1263 100.0%	2038 100.0%	1954 100.0%	718 100.0%	982 100.0%	139 100.0%

$\chi^2=1182.8, df=49, p<.001$

[図表3-21] 認知症高齢者の日常生活自立度別の世帯構成

	なし	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	全体
独居	243	406	325	456	327	93	127	21	1,998
	34.3%	30.9%	24.9%	21.9%	16.2%	12.6%	12.4%	14.4%	21.4%
	2.6%	4.3%	3.5%	4.9%	3.5%	1.0%	1.4%	0.2%	21.4%
(近居家族なし)	146	246	186	263	174	53	66	13	1,147
(近居家族あり)	97	160	139	193	153	40	61	8	851
配偶者と 2人暮らし	106	161	185	280	336	129	201	40	1,438
	15.0%	12.2%	14.2%	13.4%	16.6%	17.5%	19.7%	27.4%	15.4%
	1.1%	1.7%	2.0%	3.0%	3.6%	1.4%	2.2%	0.4%	15.4%
子と 2人暮らし	65	124	142	230	221	88	113	15	998
	9.2%	9.4%	10.9%	11.0%	10.9%	11.9%	11.1%	10.3%	10.7%
	0.7%	1.3%	1.5%	2.5%	2.4%	0.9%	1.2%	0.2%	10.7%
子世帯と同居	257	560	593	1,020	1,036	381	525	66	4,438
	36.3%	42.6%	45.5%	48.8%	51.2%	51.7%	51.4%	45.2%	47.5%
	2.8%	6.0%	6.3%	10.9%	11.1%	4.1%	5.6%	0.7%	47.5%
その他	37	65	58	103	103	46	55	4	471
	5.2%	4.9%	4.5%	4.9%	5.1%	6.2%	5.4%	2.7%	5.0%
	0.4%	0.7%	0.6%	1.1%	1.1%	0.5%	0.6%	0.0%	5.0%
全体	708	1,316	1,303	2,089	2,023	737	1,021	146	9,343
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	7.6%	14.1%	13.9%	22.4%	21.7%	7.9%	10.9%	1.6%	100.0%

$\chi^2=313.2, df=35, p<.001$

## b) 在宅認知症高齢者の利用内容の特徴

認知症高齢者の日常生活自立度別に通い・訪問・泊まりの利用をみると、通いや泊まりの回数は、IからIVに上がるにつれて回数も高くなっているが、訪問回数は、IからIVに上がるにつれて回数が減っている。これは通いの利用が増えることによって、訪問回数が減っていると推測される。

また、本節の対象となった利用者データ 10,170 名に対して、再度、通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析 (k-means 法) を用い、6 つの群 (a 群～f 群) に分類した<sup>vii</sup>。あらかじめクラスター数を 4～7 の間で設定し、クラスター数別の平均値、最大値、最小値、記述統計の相違を参考にしながら、もっとも解釈可能な分類を採用した。各群の通い・訪問・泊まりの平均利用回数や平均要介護度は図表 3-21 の通りである。a 群 (週 2～3 回程度の通い、週 0～1 回程度の訪問、週 0～1 回程度の泊まり) が最も多く、次いで e 群 (ほぼ毎日通い、週 1～2 回泊まり、訪問の利用はほとんどない)、f 群 (ほぼ毎日通い、ほぼ毎日泊まり、訪問の利用はほとんどない) が多かった。f 群は前節の「施設利用同様型」に相当するといえる。

さらに、a 群 (週 2～3 回程度の通い、週 0～1 回程度の訪問、週 0～1 回程度の泊まり) が最も多く、次いで e 群 (ほぼ毎日通い、週 1～2 回泊まり、訪問の利用はほとんどない)、f 群 (ほぼ毎日通い、ほぼ毎日泊まり、訪問の利用はほとんどない) が多かった。f 群は前節の「施設利用同様型」に相当するといえる。

[図表 3 - 22] 認知症高齢者の日常生活自立度別の通い・訪問・泊まりの回数

	通い回数/月の 平均±SD	訪問回数/月の 平均±SD	泊まり回数/月の 平均±SD	平均要介護度 ±SD
なし	11.1±8.2	6.7±13.9	3.1±7.6	1.59±1.12
I	13.1±8.9	6.0±12.3	4.7±9.2	1.72±1.11
II a	15.5±8.9	6.0±14.4	5.1±9.1	1.94±1.12
II b	16.5±8.9	5.7±13.6	5.5±9.4	2.11±1.11
III a	19.0±9.0	4.5±12.3	8.4±11.0	2.78±1.17
III b	19.1±9.4	4.0±11.3	9.2±11.3	3.04±1.18
IV	20.0±9.4	4.6±14.0	9.1±10.8	3.44±1.19
M	19.7±10.4	3.3±10.5	9.4±11.2	3.42±1.37
全体	16.7±9.4	5.3±13.1	6.5±10.1	2.38±1.291
F値	$F(7, 9066)=118.8^{**}$	$F(7, 9073)=5.5^{**}$	$F(7, 9085)=52.9^{**}$	$F(7, 9318)=366.4^{**}$

\*\*: $p<.001$ 

vii 分析ソフトは、SPSS Statistics21 を使用。

[図表3-23] 各群の利用内容と平均利用回数、平均要介護度

	度数	通い回数/月の 平均±SD	訪問回数/月の 平均±SD	泊まり回数/月の 平均±SD	平均要介護度 ±SD
a 群	3,726 (37.8%)	9.49±4.5	1.86±3.1	1.64±3.7	1.89±1.2
b 群	972 (9.9%)	11.54±8.0	21.15±6.5	1.28±3.4	2.05±1.2
c 群	254 (2.6%)	14.70±9.2	49.81±9.5	1.40±3.4	2.63±1.3
d 群	79 (0.8%)	10.33±7.5	91.62±20.8	1.81±5.6	2.60±1.4
e 群	3,184 (32.3%)	23.05±4.9	0.84±2.4	3.79±4.5	2.63±1.2
f 群	1,632 (16.6%)	23.48±11.2	0.62±2.5	27.13±4.9	3.06±1.2
全体	9,847 (100.0%)	16.54±9.4	5.18±12.9	6.52±10.1	2.36±1.3
F値	-	$F(5, 9841)=1891.9^{**}$	$F(5, 9841)=17944.7^{**}$	$F(5, 9841)=9684.2^{**}$	$F(5, 9787)=264.2^{**}$

\*\*: $p<.001$ 

続いて、利用者データ 10,170 名分について、障害高齢者の日常生活自立度が「J1」から「A2」、「B1」から「C2」で分け、さらに前者について、認知症高齢者の日常生活自立度が「なし」のケース、「I」から「IIa」のケース、「IIb」から「IIIa」のケース、「IIIb」から「M」のケースで4つにグループ化し、後者についても「I」から「IIIa」のケース、「IIIb」から「M」のケースで2つにグループ化し、グループ①～⑥とした。前者と後者でグループ数が異なるのは、サンプル数をある程度均等化するためである。各グループのサンプル数は、図表3-22の通りである。

また、グループ①～⑥別に、利用類型をみると、グループ①および②では、利用類型がa群のケースが最も高く、そのほかb群の割合が高いが、グループ③から⑤は、利用類型がa群やe群のケースの割合が高く、f群の割合も高まっている。グループ⑥では、e群の次にf群のケースの割合が高くなっている。またグループ⑤および⑥では、c群やd群のケースの割合も高い(図表3-23)。



[図表3-24] 認知症高齢者の日常生活自立度別の障害高齢者の日常生活自立度によるグループ分け

	なし	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
J1	169 24.5%	143 11.2%	83 6.6%	122 6.0%	78 4.0%	23 3.2%	35 3.6%	7 5.0%
J2	151 21.9%	262 20.6%	295 23.4%	342 16.8%	233 11.9%	85 11.8%	91 9.2%	11 7.9%
A1	174 17.9%	311 24.4%	323 25.6%	558 27.4%	467 23.9%	139 19.4%	25 16.7%	25 18.0%
A2	128 18.5%	301 23.6%	308 24.4%	584 28.7%	534 27.3%	200 27.9%	232 23.6%	29 20.9%
B1	59 8.5%	135 10.6%	139 11.0%	194 9.5%	236 12.1%	101 14.1%	116 11.8%	13 10.8%
B2	48 6.9%	84 6.6%	92 7.3%	191 9.4%	303 15.5%	114 15.9%	197 20.1%	24 17.3%
C1	7 1.0%	24 1.9%	17 1.3%	34 1.7%	58 3.0%	33 4.6%	8 6.7%	8 5.8%
C2	5 0.7%	14 1.1%	6 0.5%	13 0.6%	45 2.3%	23 3.2%	81 8.2%	20 14.4%
全体	691 100.0%	1274 100.0%	1263 100.0%	2038 100.0%	1954 100.0%	718 100.0%	982 100.0%	139 100.0%

$\chi^2=1182.8, df=49, p<.001$

	度数
① 障害高齢者の日常生活自立度が「J1」～「A2」で、 認知症高齢者の日常生活自立度が「なし」のケース	572 (6.4%)
② 障害高齢者の日常生活自立度が「J1」～「A2」で、 認知症高齢者の日常生活自立度が「I」～「II a」のケース	2,026 (22.7%)
③ 障害高齢者の日常生活自立度が「J1」～「A2」で、 認知症高齢者の日常生活自立度が「II b」～「III a」のケース	2,918 (32.6%)
④ 障害高齢者の日常生活自立度が「J1」～「A2」で、 認知症高齢者の日常生活自立度が「III b」～「M」のケース	1,041 (11.6%)
⑤ 障害高齢者の日常生活自立度が「B1」～「C2」で、 認知症高齢者の日常生活自立度が「I」～「III a」のケース	1,585 (17.7%)
⑥ 障害高齢者の日常生活自立度が「B1」～「C2」で、 認知症高齢者の日常生活自立度が「III b」～「M」のケース	798 (8.9%)

[図表3-25] グループ①～⑥の利用類型 (a群～f群)

	a群	b群	c群	d群	e群	f群	全体
グループ①	374 66.8%	73 13.0%	13 2.3%	1 0.2%	68 12.1%	31 5.5%	560 100.0%
グループ②	1024 51.9%	250 12.7%	47 2.4%	15 0.8%	441 22.4%	196 9.9%	1973 100.0%
グループ③	965 33.9%	283 9.9%	76 2.7%	18 0.6%	1,105 38.8%	398 14.0%	2,845 100.0%
グループ④	244 24.0%	75 7.4%	18 1.8%	5 0.5%	473 46.6%	201 19.8%	1,016 100.0%
グループ⑤	484 31.3%	143 9.3%	54 3.5%	20 1.3%	454 29.4%	390 25.2%	1,545 100.0%
グループ⑥	186 24.2%	38 4.9%	20 2.6%	12 1.6%	278 36.1%	236 30.6%	770 100.0%
全体	3,277 37.6%	862 9.9%	228 2.6%	71 0.8%	2,819 32.4%	1,452 16.7%	8,709 100.0%

$\chi^2=928.6, df=25, p<.001$

次に、各グループの世帯構成を見てみると、障害高齢者の日常生活自立度が「J1」～「A2」であり認知症高齢者の日常生活自立度が「なし」であるグループ①は、「独居」の利用者が最も多いが、それ以外のグループは、「子世帯との同居」が最も多かった。また、グループ②および③では、「独居」の利用者も2～3割に上っているが、グループ④～⑥は、「子世帯と同居」に次いで「配偶者と2人暮らし」が多かった。

[図表3-26] グループ④～⑥の世帯構成

	独居	配偶者と 2人暮らし	子と 2人暮らし	子世帯と 同居	その他	全体
グループ①	213 37.2%	76 13.3%	48 8.4%	209 36.5%	26 4.5%	572 100.0%
グループ②	613 30.3%	259 12.8%	200 9.9%	862 42.5%	92 4.5%	2,026 100.0%
グループ③	604 20.7%	426 14.6%	327 11.2%	1,408 48.3%	152 5.2%	2,917 100.0%
グループ④	136 13.1%	203 19.5%	132 12.7%	518 49.8%	52 5.0%	1,041 100.0%
グループ⑤	255 16.1%	256 16.2%	168 10.6%	827 52.2%	79 5.0%	1,585 100.0%
グループ⑥	93 11.7%	149 18.7%	80 10.0%	427 53.5%	49 6.1%	798 100.0%
全体	1914 21.4%	1369 15.3%	955 10.7%	4251 47.6%	450 5.0%	8,939 100.0%

$$\chi^2=313.6, df=20, p<.001$$

世帯構成が「子世帯と同居」の利用者のうち、全体において訪問回数の増えるb群・c群・d群の利用類型は少なく、グループ①および②では、半数以上の利用類型がa群であったのに対し、グループ③および④では、ほぼ半数の利用類型がe群であった。またグループ⑤および⑥では、a群・e群の利用も多いが、他のグループに比べ「施設利用同様型」に相当するf群が多くなっている。

一方、世帯構成が「独居」の利用者をみてみると、グループ①では、「子世帯と同居」の利用者と同様に、半数以上の利用類型がa群であったのに対し、グループ②では、a群の他にb群も多かった。また、グループ③ではe群の他に訪問回数の増えるb群・c群が多く、グループ④および⑤では、a群は減り、e群の他に訪問回数の多いc群・d群、そして「施設利用同様型」に相当するf群が増えている。そしてグループ⑥では、ほぼ半数の利用類型がf群となっている。

さらに、世帯構成が「配偶者と2人暮らし」の利用者をみてみると、グループ①および②は、「子世帯と同居」の利用者と同様に半数以上の利用類型がa群であったが、他のグループと比べて訪問回数の増えるb群の利用も多かった。グループ③では、a群・e群の利用が多かった。他の世帯構成よりもa群が多く、配偶者が在宅している分、通いや泊まりの利用回数が少ないと推測される。さらにグループ④では、a群・e群の利用が多かったが、その割合はグループ③と逆転している。障害高齢者の日常生活自立度は双方が「J1」～「A2」

であるが、認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱb」～「Ⅲa」から、「Ⅲb」～「M」になることで、配偶者の介護負担の増加し、a群とe群の利用回数の差に表れているといえる。グループ⑤および⑥では、他のグループに比べf群の利用が増加しているが、一方で、a群・e群の利用を合わせると半数に上っており、グループ⑤では、f群よりもa群の方が割合が高い。「独居」の利用者と比べてもその比率は高く、グループ③および④と同様に、配偶者の介護を前提として利用者の生活が支えられていることがわかる。

世帯構成が「子と2人暮らし」の利用者をみると、グループ①～④は、「子世帯と同居」の利用者と同様の傾向がみられ、グループ①および②では、半数以上の利用類型がa群であり、グループ③および④ではe群の利用類型が多かった。グループ⑤および⑥のf群の割合は、他の世帯構成の利用者と比べ最も割合が低く、グループ⑤では、f群よりもa群・e群の方が割合は高く、グループ⑥においてもe群の方が割合は高かった。

[図表3-27] 世帯構成が子世帯と同居の利用者におけるグループ①～⑥の利用類型 (a群～f群)

	a群	b群	c群	d群	e群	f群	全体
グループ①	141 70.1%	12 6.0%	2 1.0%	0 0.0%	34 16.9%	12 6.0%	201 100.0%
グループ②	494 59.0%	41 4.9%	1 0.1%	0 0.0%	239 28.6%	62 7.4%	837 100.0%
グループ③	500 36.5%	54 3.9%	7 0.5%	1 0.1%	643 47.0%	164 12.0%	1369 100.0%
グループ④	128 25.2%	13 2.6%	1 0.2%	0 0.0%	272 53.6%	93 18.3%	507 100.0%
グループ⑤	275 34.1%	53 6.6%	13 1.6%	1 0.1%	278 34.4%	187 23.2%	807 100.0%
グループ⑥	105 25.7%	11 2.7%	5 1.2%	4 1.0%	176 43.1%	107 26.2%	408 100.0%
全体	1,643 39.8%	184 4.5%	29 0.7%	6 0.1%	1,642 39.8%	625 15.1%	4,129 100.0%

$\chi^2=465.7, df=25, p<.001$

[図表3-28] 世帯構成が独居の利用者におけるグループ①～⑥の利用類型 (a群～f群)

	a群	b群	c群	d群	e群	f群	全体
グループ①	134 63.8%	41 19.5%	6 2.9%	1 0.5%	15 7.1%	13 6.2%	210 100.0%
グループ②	244 40.8%	140 23.4%	32 5.4%	9 1.5%	91 15.2%	82 13.7%	598 100.0%
グループ③	130 21.8%	140 23.5%	51 8.6%	13 2.2%	138 23.2%	123 20.7%	595 100.0%
グループ④	21 15.9%	25 18.9%	10 7.6%	5 3.8%	35 26.5%	36 27.3%	132 100.0%
グループ⑤	49 19.8%	38 15.3%	20 8.1%	8 3.2%	47 19.0%	86 34.7%	248 100.0%
グループ⑥	12 13.0%	4 4.3%	6 6.5%	5 5.4%	20 21.7%	45 48.9%	92 100.0%
全体	590 31.5%	388 20.7%	125 6.7%	41 2.2%	346 18.5%	385 20.5%	1,875 100.0%

$\chi^2=304.6, df=25, p<.001$

[図表3-29] 世帯構成が配偶者と二人暮らしの利用者におけるグループ①～⑥の利用類型 (a群～f群)

	a群	b群	c群	d群	e群	f群	全体
グループ①	50 66.7%	13 17.3%	2 2.7%	0 0.0%	9 12.0%	1 1.3%	75 100.0%
グループ②	141 55.7%	35 13.8%	8 3.2%	4 1.6%	35 13.8%	30 11.9%	253 100.0%
グループ③	180 43.1%	49 11.7%	9 2.2%	3 0.7%	124 29.7%	53 12.7%	418 100.0%
グループ④	58 29.1%	20 10.1%	3 1.5%	0 0.0%	80 40.2%	38 19.1%	199 100.0%
グループ⑤	84 33.6%	28 11.2%	13 5.2%	7 2.8%	57 22.8%	61 24.4%	250 100.0%
グループ⑥	40 27.6%	11 7.6%	5 3.4%	2 1.4%	37 25.5%	50 34.5%	145 100.0%
全体	553 41.3%	156 11.6%	40 3.0%	16 1.2%	342 25.5%	233 17.4%	1,340 100.0%

$\chi^2=156.2, df=25, p<.001$

[図表3-30] 世帯構成が子と二人暮らしの利用者におけるグループ①～⑥の利用類型（a群～f群）

	a群	b群	c群	d群	e群	f群	全体
グループ①	33 68.8%	3 6.3%	3 6.3%	0 0.0%	6 12.5%	3 6.3%	48 100.0%
グループ②	109 55.6%	21 10.7%	5 2.6%	1 0.5%	43 21.9%	17 8.7%	196 100.0%
グループ③	103 32.5%	32 10.1%	8 2.5%	1 0.3%	140 44.2%	33 10.4%	317 100.0%
グループ④	23 18.0%	16 12.5%	1 0.8%	0 0.0%	67 52.3%	21 16.4%	128 100.0%
グループ⑤	48 29.3%	16 9.8%	5 3.0%	4 2.4%	54 32.9%	37 22.6%	164 100.0%
グループ⑥	16 20.3%	9 11.4%	4 5.1%	1 1.3%	30 38.0%	19 24.1%	79 100.0%
全体	332 35.6%	97 10.4%	26 2.8%	7 0.8%	340 36.5%	130 13.9%	932 100.0%

$\chi^2=129.1, df=25, p<.001$

c) 中重度の認知症高齢者を多く支えている事業所の特徴

本節の対象とした利用者 10,170 名が登録している事業所 644 ヶ所において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上の利用者は、1事業所あたり平均 9.05±4.59 名（実登録者数平均 17.05 名の 53.1%）であり、さらに世帯構成が「独居」である利用者は、1事業所あたり平均 1.78±1.65 名であった。

また、グループ③～⑥に該当する利用者は、1事業所あたり平均 9.80±4.74 名おり、それらの利用者のうち利用類型が施設利用同様に相当する f 群であるのは、1事業所あたり平均 1.89±1.94 名であった。そこで、各事業所の登録者数に対して、グループ③～⑥に該当する利用者が 60%以上であるかどうか、またそれらの利用者に対して、f 群以外の利用類型で支えているケースが多いかどうかによって 4 つのグループに分類した（ただし、登録者数が 4 名以下の事業所 20 ヶ所は除く）。

[図表 3-31] グループ A～D の度数

		度数	度数
グループ A	登録者数に対して、グループ③～⑥に該当する利用者が 60%未満であり、それらの利用者の利用類型が f 群である割合が 20%未満である事業所	179 (28.1%)	191 (29.8%)
グループ B	登録者数に対して、グループ③～⑥に該当する利用者が 60%未満であり、それらの利用者の利用類型が f 群である割合が 20%以上である事業所	148 (23.2%)	137 (21.4%)
グループ C	登録者数に対して、グループ③～⑥に該当する利用者が 60%以上であり、それらの利用者の利用類型が f 群である割合が 20%未満である事業所	177 (27.7%)	166 (25.9%)
グループ D	登録者数に対して、グループ③～⑥に該当する利用者が 60%以上であり、それらの利用者の利用類型が f 群である割合が 20%以上である事業所	134 (21.0%)	146 (22.8%)
全体		638 (100.0%)	640 (100.0%)

[図表 3-32] グループ A～D の各利用類型の割合

	n=9,128						
	a群	b群	c群	d群	e群	f群	計
グループ A	1027 46.5%	274 12.4%	70 3.2%	29 1.3%	688 31.1%	122 5.5%	2210 100.0%
グループ B	718 36.2%	192 9.7%	37 1.9%	21 1.1%	461 23.3%	553 27.9%	1982 100.0%
グループ C	1153 40.5%	309 10.8%	92 3.2%	23 0.8%	1083 38.0%	190 6.7%	2850 100.0%
グループ D	574 27.5%	139 6.7%	43 2.1%	6 0.3%	684 32.8%	640 30.7%	2086 100.0%
全体	3472 38.0%	914 10.0%	242 2.7%	79 0.9%	2916 31.9%	1505 16.5%	9128 100.0%

$\chi^2=993.3, df=15, p<.001$

まず、基本属性をみてみると、運営法人は、グループAとグループDは、社会福祉法人と営利法人の割合がほぼ同じであるが、グループBは営利法人の割合が高く、グループCは社会福祉法人や社会福祉協議会の割合が高かった。 $(\chi^2=40.8, df=15, p<.001)$ 。開設月数平均、登録定員数平均、実登録者数平均については、有意な差はみられないが、各グループの登録者の平均要介護度は、グループA・BよりもグループC、グループDの順で高い $(F(3, 634)=25.3, p<.001)$ 。

同一敷地内で実施している介護保険事業は、グループB・C・Dにおいて通所介護が多く $(\chi^2=9.2, df=3, p<.05)$ 、また、いずれのグループでも2割強の事業所が、認知症対応型共同生活介護や居宅介護支援事業を実施していた。

同一市区町村で実施している介護保険事業をみてみると、グループAとCは、通所介護と訪問介護を実施しているところが多く $(\chi^2=11.5, df=3, p<.01, \chi^2=16.6, df=3, p<.005)$ 、同一市区町村内で障がい者支援サービスを実施しているところも多かった $(\chi^2=18.5, df=3, p<.001)$ 。また、グループAは、配食サービスを実施しているところも多かった $(\chi^2=12.1, df=3, p<.01)$ 。そして、グループA・C・Dは、訪問看護を実施しているところも多かった $(\chi^2=10.9, df=3, p<.05)$ 。これらの事業所は、同法人の訪問看護との連携がとりやすいと推測される。

[図表3-33] グループA～D別の基本属性

		グループA	グループB	グループC	グループD	p値
運営法人	社会福祉法人	56(31.3%)	38(25.9%)	69(39.4%)	48(36.4%)	****
	医療法人	24(13.4%)	17(11.6%)	27(15.4%)	21(15.9%)	
	営利法人	63(35.2%)	77(52.4%)	44(25.1%)	49(37.1%)	
	NPO法人	18(10.1%)	11(7.5%)	17(9.7%)	8(6.1%)	
	社会福祉協議会	5(2.8%)	0(0.0%)	10(5.7%)	10(8.8%)	
	その他計	13(7.3%)	4(2.7%)	8(4.6%)	5(3.8%)	
	計	179(100.0%)	147(100.0%)	175(100.0%)	132(100.0%)	
開設月数平均(ヶ月)		21.4±11.6	22.2±11.1	22.0±11.3	22.9±10.4	
登録定員平均(人)		22.8±4.0	23.9±3.1	23.2±3.4	23.2±3.7	
実登録者数平均(人)		17.7±5.3	18.1±5.0	17.8±5.2	16.7±5.1	
平均要介護度		2.16±0.57	2.27±0.54	2.46±0.50	2.64±0.47	****
同一敷地内での介護保険事業の実施有り(複数回答)	認知症対応型共同生活介護	44(24.6%)	40(27.0%)	49(27.7%)	39(29.1%)	
	居宅介護支援	37(20.7%)	33(22.3%)	44(24.9%)	31(23.1%)	
	通所介護	22(12.3%)	31(20.9%)	34(19.2%)	34(25.4%)	*
	訪問介護	26(14.5%)	21(14.2%)	26(14.7%)	18(13.4%)	
同一市区町村内での介護保険事業の実施有り(複数回答)	居宅介護支援	83(46.4%)	51(34.5%)	84(47.5%)	56(41.8%)	
	通所介護	75(41.9%)	47(31.8%)	85(48.0%)	45(33.6%)	**
	訪問介護	71(39.7%)	31(20.9%)	66(37.3%)	37(27.6%)	***
	小規模多機能型居宅介護	52(29.1%)	42(28.4%)	45(25.4%)	28(20.9%)	
	認知症対応型共同生活介護	47(26.3%)	44(29.7%)	34(19.2%)	37(27.6%)	
	特養	39(21.8%)	21(14.2%)	40(22.6%)	29(21.6%)	
同一敷地内での介護事業以外の事業	訪問看護	26(14.5%)	7(4.7%)	28(15.8%)	19(14.2%)	*
	住まい	34(19.0%)	23(15.5%)	13(7.3%)	12(9.0%)	***
同一市区町村内での介護保険事業以外の実施事業	地域交流拠点	12(6.7%)	7(4.7%)	14(7.9%)	6(4.5%)	
	配食	30(16.8%)	9(6.1%)	17(9.6%)	10(7.5%)	**
同一市区町村内での介護保険事業以外の実施事業	障がい者支援サービス	24(13.4)	4(2.7%)	21(11.9%)	5(3.7%)	****
	地域交流拠点	11(6.1%)	6(4.1%)	12(6.8%)	12(9.0%)	

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.005, \*\*\*\*:p<.001

また、職員について見てみると、職員総数は、グループ A よりもグループ B~D が 12 名程多いが ( $F(3, 590)=3.0, p<.05$ )、常勤職員数や非常勤職員数 (常勤換算) は有意な差はみられなかった。管理者の所有資格については、グループ C が他のグループよりも介護支援専門員資格を有している人が多かった ( $\chi^2=10.4, df=3, p<.05$ )

ケアマネジメントに関する項目をみてみると、ケアプランを作成するにあたり平均して作成に参加している人について、介護職員や管理者、介護者 (家族) は、いずれのグループも参加率が高かったが、有意な差はみられなかった。

使用しているアセスメントシートでは、いずれのグループも全国社会福祉協議会が出している「居宅サービス計画ガイドライン」や「センター方式」の利用が多く、有意な差はみられなかったが、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が推進しているライフサポートワークを活用している事業所は、グループ C に多かった ( $\chi^2=12.7, df=3, p<.01$ )。他のアセスメントツールよりも社会関係に関する項目が多い「ケアマネジメント実践記録様式」を使用している事業所は 1~2%程度であった。

また、小規模多機能型居宅介護以外の他の介護保険サービスの利用についてみてみると、訪問看護は、グループ A とグループ C にて利用者の割合が高く ( $\chi^2=30.0, df=3, p<.001$ )、福祉用具は、グループ C において割合が高く ( $\chi^2=28.9, df=3, p<.001$ )。居宅療養管理指導は、グループ A において利用者の割合が高かった ( $\chi^2=45.1, df=3, p<.001$ )。

ケアプランに組み入れているものとして、グループ A~D までいずれの事業所でも住民の協力 (声かけ、見守り等) や利用者の近隣活動への参加は組み入れていたが、4 割から 5 割程度にとどまっていた。また、配食以外の介護保険サービスの利用は、グループ C に多く ( $\chi^2=9.1, df=3, p<.05$ )、配食サービスは、グループ A と C に多く ( $\chi^2=20.4, df=3, p<.001$ )、日常生活自立支援事業は、グループ A に多かった ( $\chi^2=9.2, df=3, p<.05$ )。



[図表3-34] グループA～D別の職員体制およびケアプランの作成・運用状況等

	グループ A	グループ B	グループ C	グループ D	p 値
職員総数平均	13.1±3.7	14.5±4.6	13.6±3.9	14.0±4.5	*
介護・看護従事者数					
常勤	7.3±3.7	8.5±4.3	7.7±3.6	8.0±3.2	
非常勤（常勤換算）	2.8±2.2	3.7±4.7	3.6±8.0	2.4±1.8	
管理者の所有資格（複数回答）					
介護支援専門員	100(56.5%)	83(56.8%)	125(71.0%)	86(64.7%)	*
看護師	26(14.7%)	30(20.5%)	29(16.5%)	22(16.5%)	
介護福祉士	103(58.2%)	74(50.7%)	110(62.5%)	79(57.9%)	
社会福祉士	17(9.6%)	11(7.5%)	17(9.7%)	19(14.3%)	
複数の資格を有する者	93(52.5%)	73(50.0%)	108(61.4%)	76(57.1%)	
ケアプラン作成参加者（複数回答）					
介護職員	162(90.5%)	133(89.9%)	157(88.7%)	123(91.8%)	
看護職員	126(70.4%)	115(77.7%)	117(66.1%)	94(70.1%)	
管理者	153(85.5%)	121(81.8%)	148(83.6%)	109(81.3%)	
医師	35(19.6%)	24(16.2%)	39(22.0%)	23(17.2%)	
本人	123(68.7%)	98(66.2%)	124(70.1%)	87(64.9%)	
介護者（家族）	145(81.0%)	121(81.8%)	156(88.1%)	111(82.8%)	
地域包括支援センター職員	10(5.6%)	10(6.8%)	11(6.2%)	4(3.0%)	
行政職員（包括職員除く）	5(2.8%)	4(2.7%)	1(0.6%)	0(0.0%)	
民生委員	7(3.9%)	3(2.0%)	5(2.8%)	1(0.7%)	
アセスメントシート					
センター方式	45(26.6%)	23(16.3%)	40(23.5%)	32(25.0%)	
MDS・HC方式	29(17.2%)	24(17.0%)	24(14.1%)	23(18.0%)	
包括的自立支援プログラム	11(6.5%)	19(13.5%)	11(6.5%)	18(14.1%)	
ケアマネジメント実践記録様式	2(1.2%)	2(1.4%)	4(2.4%)	1(0.8%)	
居宅サービス計画ガイドライン	38(22.5%)	32(22.7%)	43(25.3%)	30(23.4%)	
その他	44(26.0%)	41(29.1%)	48(28.2%)	24(18.8%)	
計	169(100.0%)	141(100.0%)	170(100.0%)	128(100.0%)	
ケアプラン作成・実施にあたって					
日々の記録が活用されている	140(79.1%)	123(86.6%)	139(82.2%)	112(84.2%)	
ミーティングが活用されている	155(88.6%)	130(89.7%)	152(88.9%)	117(88.0%)	
ITツールが活用もしくは一部活用している	26(14.9%)	24(16.3%)	39(22.3%)	10(7.5%)	**
他の介護保険サービスの利用（複数回答）	(n=2,350)	(n=1,932)	(n=2,832)	(n=2,029)	
訪問看護	129(34.8%)	57(15.4%)	128(34.5%)	57(15.4%)	****
福祉用具	698(23.9%)	543(18.6%)	953(32.7%)	721(24.7%)	****
訪問リハビリ	33(29.5%)	17(15.2%)	36(32.1%)	26(23.2%)	
居宅療養管理指導	112(41.8%)	47(17.5%)	75(28.0%)	34(12.7%)	****
ケアプランに組み入れているもの（複数回答）					
介護保険外サービス（配食除く）	50(27.9%)	32(21.6%)	65(36.7%)	40(29.9%)	*
配食サービス	90(50.3%)	54(36.5%)	102(57.6%)	50(37.3%)	****
日常生活自立支援事業	38(21.2%)	15(10.1%)	29(16.4%)	16(11.9%)	*
住民の協力（声かけ、見守り等）	92(51.4%)	82(55.4%)	98(55.4%)	66(49.3%)	
利用者の近隣活動への参加	84(46.9%)	70(47.3%)	77(43.5%)	56(41.8%)	
認知症加算					
請求している	138(78.0%)	119(80.4%)	153(86.9%)	114(85.1%)	
請求していない	28(15.8%)	19(12.8%)	15(8.5%)	12(9.0%)	
該当しているが請求していない	11(6.2%)	10(6.8%)	8(4.5%)	8(6.0%)	
計	177(100.0%)	148(100.0%)	176(100.0%)	134(100.0%)	

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;0.05, \*\*\*\*:p&lt;.001

特養待機者数については、全体で1事業所あたり  $2.0 \pm 2.8$  名であったが、グループ A～D に有意な差はみられなかった。

また、2009年4月から10月までの利用契約終了者の平均は、全体で  $4.6 \pm 4.5$  名であり、グループ A～D に有意な差はみられなかった。ただし、調査時から直近10名の利用契約終了理由をみると、いずれのグループも「入院治療を要するため」が最も多いが、「認知症高齢者グループホーム入所のため」に利用契約を終了した人は、グループ A よりグループ C に多く ( $F(3, 632)=3.4, p<.05$ )、「状態が落ち着いたため居宅サービスに戻った」ために利用契約を終了した人は、グループ C よりグループ B に多かった ( $F(3, 632)=4.2, p<.01$ )。

[図表3-35] グループ A～D 別の特養待機者数等

	グループ A	グループ B	グループ C	グループ D	p 値
特養待機者数平均	$1.9 \pm 2.8$	$1.9 \pm 2.9$	$2.1 \pm 3.0$	$2.2 \pm 2.3$	
利用契約終了者数平均	$3.9 \pm 3.6$	$5.3 \pm 6.7$	$4.7 \pm 3.8$	$4.8 \pm 3.2$	
利用契約を終了した人のうち直近10名の終了理由					
入院治療を要するため	$1.7 \pm 2.1$	$1.5 \pm 1.5$	$1.7 \pm 1.8$	$2.1 \pm 2.1$	
介護老人保健施設への入所	$0.5 \pm 1.0$	$0.6 \pm 1.3$	$0.6 \pm 0.9$	$0.6 \pm 0.9$	
特別養護老人ホームへの入所	$0.6 \pm 1.3$	$0.6 \pm 1.0$	$0.5 \pm 0.8$	$0.6 \pm 1.0$	
認知症グループホームへの入居	$0.5 \pm 0.9$	$0.6 \pm 1.1$	$0.8 \pm 1.1$	$0.7 \pm 1.0$	***
状態改善により居宅サービスに移行	$0.4 \pm 0.8$	$0.6 \pm 0.9$	$0.3 \pm 0.6$	$0.5 \pm 0.9$	**
経済的理由により居宅サービスに移行	$0.2 \pm 0.5$	$0.2 \pm 0.4$	$0.2 \pm 0.4$	$0.1 \pm 0.4$	
医行為対応が必要となり居宅サービスへ	$0.0 \pm 0.2$	$0.0 \pm 0.2$	$0.1 \pm 0.3$	$0.1 \pm 0.3$	
日常生活圏域外への転居	$0.2 \pm 0.5$	$0.2 \pm 0.5$	$0.1 \pm 0.4$	$0.2 \pm 0.5$	
死亡	$0.9 \pm 1.5$	$0.9 \pm 1.4$	$0.8 \pm 1.3$	$0.8 \pm 1.3$	

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.005$ , \*\*\*\*: $p<.001$

運営推進会議とは、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型共同生活介護の事業者において、事業者が地域との連携やサービスの質の向上を図るために、利用者や利用者の家族、地域住民の代表、地域包括支援センター職員、市町村職員等を構成員とし、概ね2ヶ月に1回以上、定期的に設置・開催する会議のことである。介護保険制度において「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）に基づき、その設置・開催が義務づけられている。

運営推進会議の構成員をみると、構成者数の平均は、全体で $9.1 \pm 6.0$ 名で、各グループで有意な差はみられなかった。また、構成される委員は、いずれのグループとも地域住民の代表が最も多く、次いで利用者の家族が多かった。社会福祉協議会職員は、グループB・DよりもグループCの方が多かった ( $F(3, 621) = 5.2, p < .005$ )。

運営推進会議の内容については、いずれも有意な差はみられず、運営基準にも示されている「事業内容の説明、利用状況等の報告が中心である」事業所は、いずれのグループも8割程度となっており、その他に「地域住民や関係機関職員と情報収集・交換の場となっている」事業所が、6~7割、「ケース検討以外に地域課題の解決について話し合われる」事業所は、2割弱であり、

地域包括支援センターとの連携についてみると、いずれのグループでも8割前後の事業所が「センターから利用相談を受けたことがあり」、7割前後の事業所が「センター職員が運営推進会議の構成員であった」。また、「センターへ困難ケースについて相談をしたことがある」事業者は、グループA・Cに多く ( $\chi^2 = 9.5, df = 3, p < .01$ )、「事業所の行事や活動にセンター職員が参加している」事業所も、グループA・Cに多かった ( $\chi^2 = 14.1, df = 3, p < .05$ )。さらに、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している」事業所も、グループA・Cに多く ( $\chi^2 = 12.1, df = 3, p < .05$ )、相互に連携を行っている様子が見受けられるが、こうした事業所はグループA・Cでも2割弱程度に止まっている。

社会福祉協議会との連携については、いずれのグループでも約半数が「ほとんど関わりがない」と回答しているが、「社協職員が運営推進会議の構成員である」事業所や「社協の活動（サロン活動やボランティア等）に対して具体的に協力している（場所提供や職員の事業への参加等）」事業所は、グループA・Cに多く ( $\chi^2 = 14.3, df = 3, p < .005, \chi^2 = 12.1, df = 3, p < .01$ )。さらに、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している」も、グループA・Cに多い ( $\chi^2 = 12.5, df = 3, p < .01$ )。各グループの運営法人が社会福祉協議会である事業所数を考慮しても、運営法人が社会福祉協議会以外の事業所が、意識的に社会福祉協議会と連携を取ろうとしている様子が見ええる。

[図表3-36] グループA～D別の運営推進会議の開催状況

	グループ A	グループ B	グループ C	グループ D	p 値
運営推進会議の構成者数平均	9.4±7.1	9.2±6.8	9.2±5.2	8.6±4.1	
運営推進会議の各委員数の平均					
利用者	1.4±3.5	1.1±3.0	0.8±1.8	0.8±1.7	
利用者の家族	2.2±3.8	1.6±2.8	2.0±3.2	1.5±1.5	
地域住民の代表（自治会役員等）	2.6±1.8	2.9±2.2	3.0±1.9	2.7±1.9	
市町村職員	0.7±0.7	0.7±0.7	0.7±0.7	0.7±0.6	
地域包括支援センター職員	0.8±0.5	0.8±0.6	0.9±0.6	0.9±0.6	
有識者	0.6±1.1	0.8±1.2	0.6±1.0	0.6±0.9	
社会福祉協議会職員	0.1±0.5	0.1±0.2	0.2±0.6	0.1±0.3	***
運営推進会議の内容（複数回答）					
地域との関係が持てず開催に苦慮	16(8.9%)	17(11.5%)	15(8.5%)	13(9.7%)	
事業内容の説明、利用状況等の報告	141(78.8%)	128(86.5%)	142(80.2%)	115(85.8%)	
利用者や利用者家族からの要望・提案	85(47.5%)	67(45.3%)	81(45.8%)	55(41.0%)	
情報収集・交換の場	122(68.2%)	91(61.5%)	129(72.9%)	97(72.4%)	
ケース検討以外の地域課題解決	39(21.8%)	43(29.1%)	36(20.3%)	30(22.4%)	
地域包括支援センターとの連携内容（複数回答）					
ほとんど関わりがない	11(6.1%)	11(7.4%)	11(6.2%)	9(6.7%)	
センター職員が運営推進会議の構成員	128(71.5%)	101(68.2%)	135(76.3%)	95(70.9%)	
センターから利用相談がある	144(80.4%)	118(79.7%)	149(84.2%)	100(74.6%)	
センターへ困難ケースについて相談	97(54.2%)	62(41.9%)	99(55.9%)	59(44.0%)	*
事業所の活動にセンター職員が参加	29(16.2%)	8(5.4%)	29(16.4%)	11(8.2%)	***
センターの活動に事業所職員が参加	35(19.6%)	25(16.9%)	43(24.3%)	28(20.9%)	
一緒に地域課題に対して活動している	32(17.9%)	10(6.8%)	33(18.6%)	16(11.9%)	**
社会福祉協議会との連携（複数回答）					
ほとんど関わりがない	84(46.9%)	79(53.4%)	80(45.2%)	73(54.5%)	
社協職員が運営推進会議の構成員	33(18.4%)	12(8.1%)	36(20.3%)	13(9.7%)	***
ケースでの関わり	35(19.6%)	26(17.6%)	25(14.1%)	20(14.9%)	
事業所の行事や活動に社協職員が参加	17(9.5%)	7(4.7%)	13(7.3%)	8(6.0%)	
地域のネットワーク作りに対し協力を得る	39(21.8%)	28(18.9%)	37(20.9%)	21(15.7%)	
社協の活動に事業所職員が参加	34(19.0%)	18(12.2%)	40(22.6%)	13(9.7%)	**
一緒に地域課題に対して活動している	24(13.4%)	5(3.4%)	23(13.0%)	10(7.5%)	**

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;.005, \*\*\*\*:p&lt;.001

住民組織（自治会・町内会、校区・地区社協、青年団、婦人会、老人クラブ、商工会、消防団等）との関わりについてしてみると、いずれのグループでも約7割の事業所が「何らかの組織と関わりがある」と回答しており、有意な差はみられなかったが、頻繁に関わりのある組織名を見てみると、グループAやグループCでは住民組織が関わる地域のネットワークと関わりを持っている様子がわかる。

[図表3-37] グループA～D別の地域との関係

	グループ A	グループ B	グループ C	グループ D
住民組織との関わり				
ほとんど関わりがない	45 (25.3%)	38(26.2%)	35(20.1%)	35(26.5%)
何らかの組織と関わりがある	133 (74.7%)	107(73.8%)	139(79.9%)	97(73.5%)
頻繁に関わりのある組織名	町内会(47)、 自治会(47)、 隣組、 保育所(6)、幼稚園(2)、 小学校(10)、中学校(3)、 校区(8)、民生委員(2)、  消防団(8)、 公民館(3)、児童館、 子供会、 校区親子会、母親クラブ、 青年団、 婦人会(16)、 老人クラブ・老人会(25)、  ボランティア団体(6)、 地区社協(4)、 社協会、社協支会、 福祉会、 福祉のまち推進センター、  ふれあいサロン 地域サロン、 地域ネットワーク推進員	町内会(43)、 自治会(35)、 町会、区長会、 保育所(4)、幼稚園(2)、 小学校(5)、中学校(5)、 校区(13)、民生委員(5)、 児童委員 消防団(8)、 公民館(2)、 子供会、子ども育成会、  青年団、 婦人会・女性会(8) 老人クラブ・老人会(21)、  ボランティア団体(3) 地区社協(2)      いきいきサロン・クラブ(4)	町内会(40)、 自治会(49)、 町会(2)、 保育所(5)、幼稚園、 小学校、中学校(3) 校区(5)、民生委員(5)、 民生委員協議会 消防団(5)、 児童館 子供会、  青年団(2)、 婦人会・女性会(6) 老人クラブ・老人会(12)、  ボランティア団体(3) 地区社協(10)、   街づくり協議会、 地域福祉推進チーム、 いきいきサロン、 見守りネットワーク、 友愛会、友愛活動 農協たすけあい組織、 生協組合員、 娯楽クラブ、 地域の環境活動団体	町内会(33)、 自治会(36) 町会、 保育所、 小学校(2)、中学校(2)、 校区(8)、民生委員(3)、 民生委員協議会、 消防団(4)、 公民館(2)、  婦人会・女性会(9) 老人クラブ・老人会(18)、 地域長寿会、 ボランティア団体(5) 地区社協(6) 自治振興会  ふれあいのまちづくり協議会、  高齢者世帯見守りボランティア
	商工会、 農協婦人部 飲料組合	商工会(2)、 商店街振興組合、 農産物販売センター、 農業改善センター、 同好会・サークル(2)		農協女性部、 農協青年部
	等	等	等	等

数字無記入：(1)

### 3) 考察 ～専門職機関との連携と地域との関係づくり～

本節では、認知症のある高齢者の支援の特徴と、前節で提示した「在宅生活支援型」によって認知症のある高齢者を多く支えている事業所の特徴を明らかにすることを目的とし、2009年度調査の個別利用状況の回答（12,556名分）において、①年齢65歳未満の利用者データ、②住まいの形態が「高専賃・高優賃」、「住宅型有料」、「その他」である利用者データ、③利用者宅と事業所との距離が、「事業所敷地内」、「それ（10km前後）以上」である利用者データを除いたもの（10,170名分）を対象として分析を行った。

#### a) 小規模多機能型居宅介護利用者における認知症高齢者の人の割合

本節の対象となった利用者データ 10,170名の基本属性についてみると、利用者の95.0%は軽度から重度の認知症があり、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲaの人が最も多かった（25.4%）。

平均要介護度は  $2.36 \pm 1.3$  であり、世帯構成を見てみると、認知症のある利用者のうち、44.8%は子世帯と同居しており、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上である独居の人が11.0%、同じくⅡb以上である配偶者と2人暮らしの人も11.0%であった。

#### b) 在宅認知症高齢者の利用内容の特徴

本節の対象となった利用者 10,170名分のデータについて、通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析（k-means法）を用い、6つの群（a群～f群）に分類したところ、a群（週2～3回程度の通い、週0～1回程度の訪問、週0～1回程度の泊まり）が最も多く、次いでe群（ほぼ毎日通い、週1～2回泊まり、訪問の利用はほとんどない）、f群（ほぼ毎日通い、ほぼ毎日泊まり、訪問の利用はほとんどない）が多く、このf群は利用内容と回数から前節の「施設利用同様型」に相当するといえる。

また、利用者 10,170名分のデータについて、障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度によって、グループ①からグループ⑥に分けたところ、認知症のない人でADLも高いグループ①では、利用類型がa群のケースが最も高く、認知症が軽度（Ⅰ、Ⅱa）でADLの高いグループ②でも、グループ①と同様の傾向であった。認知症が中重度（Ⅱb～Ⅲa、Ⅲb～M）であるグループ③・④・⑥では、e群のケースが高まり、ADLの高くないグループ⑤・⑥では、「施設利用同様型」に相当するf群のケースが高くなっていた。一方で、グループ⑤・⑥では、訪問の回数が高まるc群やd群のケースの割合も高まっていることから、訪問の回数を増やすことで利用者宅での生活を支え続けているケースもあることがわかった。

次に、世帯構成をみてみると、認知症のない人でADLも高いグループ①や認知症が軽度（Ⅰ、Ⅱa）でADLの高いグループ②では、3割程度の人が独居であるが、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢb～Mであるグループ④・⑥では、独居の人は1割程度に減少している。また、グループ①では、独居の人の割合が最も高いが、認知症のある人のグループで

あるグループ②～⑥では、ほぼ半数の人が子世帯と同居していた。

さらに、グループ③～⑥の利用類型について、世帯構成別に見てみると、「子世帯と同居」の利用者および「配偶者と2人暮らし」の利用者では、グループ③～⑥すべてにおいて、e群の割合が最も高く、次いでa群・f群であった。グループ⑤・⑥におけるf群は2割程度であった。一方、「独居」の利用者は、グループ③ではb群・e群が多く、グループ④～⑥では、f群が最も多かった。f群の割合も、グループ⑤・⑥では、3～5割程度となっている。

以上のことから、認知症のある人の暮らしは、同居者からの何らかの介護を前提とした生活であることが推測され、また認知症が中重度でADLの高くない人の自宅での一人暮らしでは、訪問回数を増やすことで支えるケースもあるが、日中・夜間ともに毎日のほとんどを事業所で過ごすケースも多く、こうした人の自宅での暮らしを支える困難さも示唆された。

### c) 中重度の認知症高齢者を多く支えている事業所の特徴

本節の対象となった利用者10,170名分のデータについて、事業所ごとにみても、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上の利用者は、1事業所あたり平均9.05±4.59名（実登録者数平均17.05名の53.1%）であり、世帯構成が「独居」である利用者は、1事業所あたり平均1.78±1.65名であった。また、グループ③～⑥に該当する利用者は、1事業所あたり平均9.80±4.74名おり、それらの利用者のうち利用類型がf群であるのは、1事業所あたり平均1.89±1.94名であった。

そこで、各事業所の実登録者数に対して、グループ③～⑥に該当する利用者が15%以上であるかどうか、またそれらの利用者に対して、f群以外の利用類型で支えているケースが多いかどうかによって、各事業所をグループAからグループDの4つのグループに分類し、グループCを中重度の認知症のある高齢者を多く支えている事業所とした、他のグループと比較した。

まず、グループAは、認知症ではないもしくは認知症が軽度（Ⅰ、Ⅱa）でADLの高い利用者が多く、利用類型がf群であるケースも少ないグループである。一方、グループCは、認知症が中重度（Ⅱb～M）であり、ADLが高くない利用者の割合が高いが、グループAと同様に、利用類型がf群であるケースが少ないグループである。

平均要介護度は、グループAが2.12±0.52、グループCが2.54±0.51であり、グループCの方が高かった（ $F(3, 636)=42.8, p<.001$ ）。開設月数平均の平均が、グループAよりグループCの方が長い（ $F(3, 609)=4.2, p<.01$ ）ことから、開設月数が長くなるにつれ利用者の利用月数も長くなりグループ③～⑥に該当する利用者の割合も増加しているとみられる。

登録定員の平均も、グループAよりもグループCが多く（ $F(3, 599)=5.7, p<.005$ ）、また実登録者数の平均も、グループAよりもグループCが多い（ $F(3, 634)=14.5, p<.001$ ）ためか、職員数は、グループAよりもグループCの方が2名程度多かった（ $F(3, 591)=6.8, p<.001$ ）。

小規模多機能型居宅介護以外の他の介護保険サービスの利用についてみると、訪問看護や福祉用具は、グループAよりもグループCにて利用者の割合が高く（ $\chi^2=38.6, df=3,$

$p<.001$ 、 $\chi^2=71.5$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )、居宅療養管理指導は、他のグループよりもグループ A・C において利用者の割合が高かった ( $\chi^2=21.8$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )。

また、ケアプランに組み入れているものとして、いずれのグループでも住民の協力（声かけ、見守り等）や利用者の近隣活動への参加は組み入れていたが、日常生活自立支援事業は、グループ A に多く ( $\chi^2=8.3$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )、配食サービスは、グループ C に多かった ( $\chi^2=23.0$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )。日常生活自立支援事業の実施主体である社会福祉協議会との連携については、いずれのグループでも約半数が「ほとんど関わりがない」と回答しているが、「社協職員が運営推進会議の構成員である」事業所や「社協の活動（サロン活動やボランティア等）に対して具体的に協力している（場所提供や職員の事業への参加等）」事業所は、グループ A・C に多く ( $\chi^2=14.3$ ,  $df=3$ ,  $p<.005$ 、 $\chi^2=11.2$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )、「事業所の行事や活動に社協職員が参加している」事業所は、グループ A に多かった ( $\chi^2=8.4$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )。また、さらに、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している」は、グループ A・C に多く ( $\chi^2=14.2$ ,  $df=3$ ,  $p<.005$ )、グループ A・C の運営法人が社会福祉協議会である事業所数を考慮しても、グループ A・C ともに、意識的に社会福祉協議会との連携を取ろうとしている様子が見えてくる。

地域包括支援センターとの連携についてみると、いずれのグループでも 8 割前後の事業所が、地域包括支援センターから利用相談を受けたことがあったり、7 割前後の事業所が、センター職員が運営推進会議の構成員であったりしているが、「地域包括支援センターへ困難ケースについて相談をしたことがある」事業者や「事業所の行事や活動に地域包括支援センター職員が参加している」事業所は、グループ A・C に多かった ( $\chi^2=11.7$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ 、 $\chi^2=18.1$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )。さらに、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している」事業所も、グループ A・C に多かった ( $\chi^2=11.3$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )。

グループ A とグループ C と間では、開設年数によって、要介護度平均をはじめとする利用者の状況（特養待機者数や利用契約終了者数等）、またそれに合わせた職員数や利用者に対する小規模多機能型居宅介護以外の介護保険サービス等に違いがみられたが、利用者宅での生活支援において、事業所として社会福祉協議会や地域包括支援センターとの連携等は、グループ A とグループ C の間での差異はなく、グループ B・D よりも積極的に行っている様子が推察された。

また、グループ C は、前述の通り、認知症が中重度（IIb～M）であり、ADL が低い利用者の割合が高く、利用類型が f 群であるケースが少ないグループである。一方、グループ D は、グループ C と同様に認知症が中重度（IIb～M）であったり、ADL が低い利用者の割合が高いが、利用類型が f 群であるケースが多いグループである。グループ C の平均要介護度は  $2.50 \pm 4.6$ 、グループ D の平均要介護度は  $2.63 \pm 1.32$  であった。開設年数は、グループ C・D ともに、グループ A より長く ( $F(3, 609)=4.2$ ,  $p<.01$ )、開設月数が長くなるにつれ利用者の利用月数も長くなりグループ③～⑥に該当する利用者の割合も増加しているとみられる。



同一市区町村で実施している介護保険事業をみると、グループ C は、グループ D よりも通所介護と訪問介護を実施しているところが多く ( $\chi^2=13.5$ ,  $df=3$ ,  $p<.005$ 、 $\chi^2=16.1$ ,  $df=3$ ,  $p<.005$ )、また、訪問看護を実施しているところも多かった ( $\chi^2=8.7$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )。

使用しているアセスメントシートは、グループ C・D ともに、「センター方式」の利用が多かったが ( $\chi^2=26.2$ ,  $df=12$ ,  $p<.05$ )、ケアプランを作成するにあたり平均して作成に参加している人については、介護職員や管理者、介護者 (家族) は、グループ C とグループ D の間に違いはなく、いずれのグループも参加率が高かったが、看護職員はグループ D よりもグループ C の方が、参加率が高かった ( $\chi^2=10.1$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )。また、小規模多機能型居宅介護以外の他の介護保険サービスの利用についても、福祉用具は、グループ C・D ともに他のグループより利用者数の割合が高いが ( $\chi^2=71.5$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )、訪問看護と居宅療養管理指導は、グループ D よりもグループ C にて利用者の割合が高かった ( $\chi^2=38.6$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ 、 $\chi^2=21.8$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )。ケアプランに組み入れているものについても、配食サービスは、グループ d よりグループ C に多かった ( $\chi^2=23.0$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ )。

さらに、運営推進会議の構成員をみると、構成される委員は、いずれのグループとも地域住民の代表が最も多く、次いで利用者の家族が多いが、社会福祉協議会職員は、グループ D よりもグループ C の方が多かった ( $F(3, 623)=4.4$   $p<.01$ )。地域包括支援センターとの連携についても、地域包括支援センターへ困難ケースについて相談をしたことがあったり、事業所の行事や活動にセンター職員が参加していたり、利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している事業所が多いのは、グループ D よりグループ C の方であった ( $\chi^2=11.7$ ,  $df=3$ ,  $p<.01$ 、 $\chi^2=18.1$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ 、 $\chi^2=11.3$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ )。社会福祉協議会との連携についても、社協職員が運営推進会議の構成員であったり、社協の活動に対して具体的に協力していたり、利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している事業所が多いのは、グループ D よりグループ C の方であった ( $\chi^2=14.3$ ,  $df=3$ ,  $p<.005$ 、 $\chi^2=11.2$ ,  $df=3$ ,  $p<.05$ 、 $\chi^2=14.2$ ,  $df=3$ ,  $p<.005$ )。

グループ C とグループ D と間では、平均要介護度をはじめとする利用者の状況 (特養待機者数や利用契約終了者数、利用契約終了理由等) について、有意な差はみられなかったが、同一市町村で同法人が行っている事業や医行為への対応を含むケアマネジメントにおけるサービス内容、地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携の取り方に違いがみられた。グループ C はグループ D よりも利用者宅での生活支援を行うための基盤形成に違いがあり、その結果、グループ③～⑥に該当する利用者の割合が多くても f 群ではない利用類型で支えていると推測できる。

その他、グループ B は、グループ A と同様に認知症ではないもしくは認知症が軽度 (I、II a) で ADL の高い利用者が多いが、利用類型が f 群であるケースが多いグループである。平均要介護度や登録者数はグループ A と有意な差はなかったが、常勤職員は 2 名程多く、泊まりへの対応によりグループ A よりも職員数が多いと推測される。また、調査時から直近 10 名の利用契約終了理由をみると、「状態が落ち着いたため居宅サービスに戻った」ために利用契約を終了した人が多く、これは、介護度の低い人に対し、サービスや環境の

調整を行った結果、状態が落ち着いたケースも推測されるが、介護度も高くなく、特養待機者も少ないことを考えると、f群の利用でいえば、退院直後の人を受入れ、サービスニーズや環境の整備を行った結果、居宅サービスに戻れることになったとも推察される。

北川ら（2013）のヒアリング調査によれば、小規模多機能事業と認知症グループホームを併設する事業所がエイジング・イン・プレイスを可能にする要件として、「利用者を人として尊重する」、「地域とのつながりを維持・構築する」、「ユニット型の特徴を活かす」、「認知症ケアの専門性を向上させる」の4つの概念が挙がっており、これらを果たすためには、運営推進協議会が重要な役割を担っているという。2009年当時においても、すでに運営推進会議は定着を見せ始めており、グループAからグループDにおいて、運営推進会議の構成者数に有意な差はみられず、「地域との関係が持てず、会議参加依頼に苦慮している」事業所も1割前後程度であった。ただ、会議内容については、基準に定められている「事業内容の説明、利用状況等の報告が中心である」事業所がいずれのグループも8割前後であり、「ケース検討以外に地域課題の解決について話し合われる」事業所は、2～3割程度であった。グループAからグループDにおいて、認知症対応型共同生活介護事業の併設については有意な差がないことや、利用類型がf群であるケースが少ないグループであるグループAとグループCでは、利用者宅での生活支援を行うために、地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携をはじめとする基盤形成を図っていることから、他の専門職機関・事業所との連携が、エイジング・イン・プレイスを可能にする要件にも関わっており、運営推進会議は、こうした基盤形成を行う上でも重要な役割を担っているといえる。

また、永田ら（2014）の行った全国の小規模多機能型居宅介護を併設する認知症対応型共同生活介護事業所284ヶ所を対象とした調査によれば、住民との良い関係が築けている事業所は、地域への貢献度が高いとの結果が出ている。今回の調査分析では、住民組織との関わりについて、グループAからグループDまで有意な差は見られず、いずれのグループでも7～8割の事業所が「何らかの組織と関わりがある」と回答しており、住民の協力（声かけ、見守り等）や利用者の近隣活動への参加をケアプランに組み入れることについても、いずれのグループも約半数の事業所が行っており、有意な差は見られなかったが、頻繁に関わりのある組織名を見てみると、グループAやグループCでは、他のグループよりも、住民組織が関わる地域のネットワークと関わりを持っている様子がわかった。

### 第3節 看取りにおける専門職機関との連携

#### 1) 調査の目的および方法

##### a) 調査の目的

前節にて、各事業所をグループ A からグループ D の 4 つのグループに分類し、グループ C を中重度の認知症のある高齢者を多く支えている事業所として分析を行った。その結果、専門職機関・事業所との連携、特に医行為への対応が生活の継続性に重点をおいた支援に関連していることがわかった。小規模多機能型居宅介護事業所が医行為への対応のために連携を行っている専門職機関・事業所はいくつかある。近隣の病院や診療所を協力医療機関として登録していたり、各利用者のかかりつけ医ごとに連携を行っている場合もある。

そこで、本節では、小規模多機能型居宅介護における専門職機関との連携のうち、医行為への対応として、看取りにおける医療機関、特に在宅療養支援診療所との連携について、前節と同様、2009 年度に実施した全国の小規模多機能型居宅介護事業所の調査結果から分析を行い、その連携の実態と関連要因を明らかにするとともに、医療機関との連携の具体を明らかにするために同調査に付随して行われた訪問ヒアリング調査の再分析を行った。

2005 年に社会保障審議会医療保険部会にて、終末期医療<sup>viii</sup>における自宅死等での死亡割合を 4 割に引き上げるという指針が出され、その具体策として、在宅医療提供体制の充実が掲げられた。在宅療養支援診療所は、24 時間連絡を受ける医師又は看護師を配置し、患者の家からの求めに応じて、24 時間往診および訪問看護が可能な体制を確保している等の一定の要件を満たした診療所であり、2006 年の医療法改正にて、自宅での終末期ケアや慢性疾患の療養等への対応する診療所として新設された。2006 年 5 月当時の届出数は 8,595 ヶ所<sup>ix</sup>であったが、2010 年では 12,487 ヶ所<sup>x</sup>に上っており、現在そして今後も重要な役割を果たすとみられる。

なお、本調査における支援から死亡までの期間の区分については、宮田ら（2004）の調査を参考に、本稿では、臨終に立ち会うことを「看取り」と定義し、臨死期（死亡 3～7 日前頃）までの支援と区別することとした。

##### b) 調査方法と倫理的配慮

第 3 節では、第 2 節と同様に本節では 2009 年度に実施した同郵送アンケート調査の分析と訪問ヒアリング調査の分析を行った。2009 年度の調査を対象としたのは、前節での分析結果と重ねて分析を行うほか、在宅療養支援診療所との連携や看取りに関する調査項目を設定しているためである。調査方法の概要は図表 3-37 の通りである。

<sup>viii</sup> 日本老年医学会では、『「終末期」とは、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態』とし、全日本病院協会でも『終末期医療に関するガイドライン』にて終末期について定義しているが、厚生労働省では「終末期」の明確な定義は行っていない。

<sup>ix</sup> 2006 年 6 月 7 日開催 第 5 回中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会資料（検-1）を参照

<sup>x</sup> 2012 年 7 月 11 日実施 厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会資料（資料 1）を参照

また、訪問ヒアリング調査は、研究委員会において、22 地域 27 ヶ所の小規模多機能型居宅介護事業所を対象としたが、そのうち、自身が実際にヒアリング調査を行った事業所であり、郵送アンケート調査の回答において、①看取りのケース数の非常に多い事業所、②看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携ケース数の多い事業所、③看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携内容（その他を除く 9 項目）が 7 項目以上該当している事業所、もしくは、研究委員会の委員の推薦する事業所の計 7 ヶ所について、その内容を再分析した。

なお、倫理的配慮として、郵送アンケート調査では、利用者個々の基本属性および利用内容の記入表は匿名化し、集計前に事業所名が特定できないようにコード化し分析を行った。また、訪問ヒアリング調査では、調査時の記録において利用者等の個人名や個人が特定できる地名等は筆記せず、本論での表記でも、事業所や利用者等の個人や場所が特定できるような情報については掲載していない。また、調査内容について、研究のために活用することを口頭で説明し、承諾を得ており、報告書において承諾を得ている記載以外の内容は使用していない。

[図表 3 - 38] 調査方法の概要（一部、図表 3-5 の再掲）

2009 年度調査
<p>【調査方法】自記式アンケート調査（郵送）</p> <p>【調査期間】2009 年 11 月～2010 年 1 月</p> <p>【調査対象】2009 年 10 月現在 WAM-NET に掲載されていた全事業所 2,223 ヶ所（休止・廃止は除く）</p> <p>【回答事業所数】769 ヶ所（回収率 34.6%）、利用者 12,556 名分の利用内容を回答</p> <p>【調査項目】事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、ケアマネジメント、看取りと医療連携、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等</p> <p>個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況、加算有無等</p>
<p>【調査方法】半構造化面接（1 時間半～2 時間程度）</p> <p>【調査期間】2009 年 12 月～2010 年 6 月</p> <p>【調査対象】小規模多機能型居宅介護所 7 ヶ所</p> <p>【調査項目】開設経緯と法人の特色、サービス提供体制、サービス提供実績、医療依存度の高い利用者への対応方法、これまで終了したケース数、看取りについて、在宅療養支援診療所・一般病院・訪問看護との連携、地域とのかかわり、専門機関との関係</p>

## 2) 調査結果の概要

### a) 看取りに対する取り組み

回答のあった全事業所のうち、開設から調査時までには、事業所もしくは利用者宅での看取り経験が1ケース以上ある事業所は179事業所(23.3%)、事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、死亡3~7日前まで支援をしていた事業所は135事業所(17.6%)であった。また、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所では、開設から調査時までには、1事業所あたり平均2.37ケースの看取りを行っていた。

そこで、これらの看取り経験によって、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所(グループX)、事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、死亡3~7日前まで支援をしていた事業所(グループY)、グループX・Yのような終末期ケアの経験のない事業所(グループZ)の3グループに分類した。グループZは、455事業所(59.2%)と最も多かった。

グループX~Z別に基本属性をみてみると、平均要介護度は、グループZよりもグループX・Yの方が高く( $F(2, 737)=16.5, p<.001$ )、開設年月は、グループX、Y、Zの順で短く( $F(2, 762)=20.6, p<.001$ )、実登録者数も、グループZが他のグループより少なく( $F(2, 762)=20.6, p<.001$ )、職員総数もグループZが他のグループより少なかった( $F(2, 707)=18.0, p<.001$ )。また、運営法人や特養待機者数、併設・同一市町村内で実施している医療関係の事業についても有意な差はみられなかった。

[図表3-39] 看取り経験によるグループ分け

グループX	事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所	179ヶ所 (23.3%)
グループY	事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、死亡3~7日前まで支援をしていた事業所	135ヶ所 (17.6%)
グループZ	グループX・Yのような終末期ケアの経験のない事業所	455ヶ所 (59.2%)

[図表3-40] 看取り経験別の基本属性

	グループ X (n=179)	グループ Y (n=135)	グループ X (n=455)	p 値
運営法人				
社会福祉法人	49(27.7%)	36(14.3%)	167(66.3%)	
医療法人	27(15.3%)	17(16.7%)	58(56.9%)	
営利法人	65(36.7%)	64(22.0%)	162(55.7%)	
NPO 法人	21(11.9%)	11(16.7%)	34(51.5%)	
その他	15(8.5%)	6(4.5%)	30(6.7%)	
開設月数平均 (ヶ月)	26.9±9.7	23.6±9.9	19.1±11.3	****
実登録者数 (人)	19.0±4.5	17.9±5.1	16.0±5.9	****
職員総数 (人)	15.1±3.7	14.3±4.4	12.9±4.4	****
平均要介護度	2.56±0.54	2.46±0.58	2.29±0.54	****
特養待機者数 (人)	2.3±3.2	2.0±2.9	1.8±2.5	
併設もしくは同一市町村内で実施している事業				
訪問看護	26(14.5%)	15(11.1%)	76(16.7%)	
訪問リハビリ	10(5.6%)	9(6.7%)	46(10.1%)	
通所リハビリ	19(10.6%)	19(14.1%)	71(15.6%)	
一般病院・診療所	30(16.8%)	14(10.4%)	65(14.3%)	

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;.005, \*\*\*\*:p&lt;.001

事業所の看護職員についてみると、管理者の看護師資格の有無や看護職員配置加算が該当するような看護師の職員数には有意な差はみられなかった。医師との連携について、全体では、在宅療養支援診療所との連携のある事業所は 327 ケ所 (52.6%)、在宅療養支援診療所との連携はないが、他の病院・診療所の医師（眼科や歯科の医師を除く、内科医や認知症の専門医等）との連携のある事業所は 173 ケ所 (27.8%) であった。グループ X~Z 別にみると、グループ X、Y、Z の順で在宅療養支援診療所の医師と連携している事業所の割合が高かった ( $\chi^2=47.3$ ,  $df=4$ ,  $p<.001$ )。また歯科診療所と連携のある事業所および薬局と連携のある事業所はグループ Y に多かった ( $\chi^2=6.9$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ 、 $\chi^2=9.6$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ )。

[図表3-41] 看取り経験別の看護職員

	グループ X (n=179)	グループ Y (n=135)	グループ X (n=455)	p 値
管理者の看護師資格有無	37(21.0%)	18(13.4%)	75(16.6%)	
看護職員配置加算の該当	93(53.1%)	60(44.8%)	218(48.9%)	
医師との連携				****
在宅療養支援診療所の医師との連携あり	111(72.1%)	69(59.5%)	147(41.8)	
在宅療養支援診療所の医師との連携はないが、他の医師との連携あり	33(21.4%)	28(24.1%)	112(31.8%)	
特に連携はない	10(6.5%)	19(16.4%)	93(26.4%)	
歯科診療所との連携	88(49.2%)	72(53.3%)	190(41.8%)	*
薬局との連携	69(38.5%)	40(29.6%)	124(27.3%)	**

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;.005, \*\*\*\*:p&lt;.001

そして、前節に分類したグループ A～D 別に看取り経験およびケース数についてみると、グループ C およびグループ D は、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所であるグループ X の割合が、グループ A・B より高かった ( $\chi^2=16.2$ ,  $df=6$ ,  $p<.05$ )。ケース数は、安定期から死亡まで関わったケースのうち事業所で看取りを行ったケースは、グループ A・B よりグループ D の方が多く ( $F(3, 636)=4.2$ ,  $p<.01$ )、利用者宅で看取りを行ったケースはグループ A・B よりグループ C に多かった ( $F(3, 636)=4.5$ ,  $p<.005$ )。また、臨死期(死亡 3～7 日前)まで支援していた後に入院となったケースは、グループ B よりグループ C が多かった ( $F(3, 636)=3.7$ ,  $p<.05$ )。

[図表 3-42] グループ A～D 別の看取り経験および看取りケース数

	グループ A (n=)	グループ B (n=)	グループ C (n=)	グループ D (n)	p 値
看取り経験					*
グループ X	31(16.2%)	27(19.7%)	50(30.1%)	45(30.8%)	
グループ Y	33(17.3%)	24(17.5%)	30(18.1%)	25(17.1%)	
グループ Z	127(66.5%)	86(62.8%)	86(51.8%)	76(52.1%)	
看取りケース数					
安定期から死亡まで関わり事業所で看取ったケース	0.10±0.45	0.11±0.52	0.16±0.84	0.40±1.38	**
安定期から死亡まで関わり利用者宅で看取ったケース	0.13±0.47	0.17±0.60	0.45±1.34	0.30±0.83	***
臨死期に入院したケース	0.26±0.83	0.19±0.66	0.51±1.14	0.30±0.84	***
終末期に居宅サービスへ移行したケース	0.04±0.20	0.09±0.57	0.06±0.29	0.07±0.25	
終末期から入院したケース	0.35±1.50	0.38±1.09	0.47±1.39	0.42±0.87	

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.005$ , \*\*\*\*: $p<.001$ 

#### b) 在宅療養支援診療所との連携

在宅療養支援診療所との連携ケース数は、全体で平均  $3.9 \pm 11.6$  ケースであったが、グループ X～Z 別にみると、グループ X が最も連携ケース数が多かった ( $F(2, 579)=4.9$ ,  $p<.01$ )。また、本調査では、実際に行われた在宅療養支援診療所との連携内容について、「訪問診療」、「介護方法や注意すべき点についての説明」、「急変時の指示および対応(日中)」、「急変時の指示および対応(深夜・休日)」、「電話や FAX など、いつでも新たな指示を得られる」、「事態を予測して事前指示を得られる」、「訪問看護ステーションの紹介」、「家族への看取りに関する説明」、「死亡診断書の作成」、「その他」の有無を尋ねたところ、これらもすべての項目において、グループ X、Y、Z の順で多かった(訪問診療  $\chi^2=37.8$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ 、介護方法  $\chi^2=13.4$ ,  $df=2$ ,  $p<.005$ 、日中の急変  $\chi^2=37.3$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ 、深夜・休日の急変  $\chi^2=47.4$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ 、電話等での新たな指示  $\chi^2=13.5$ ,  $df=2$ ,  $p<.005$ 、事前指示  $\chi^2=15.8$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ 、訪問看護の紹介  $\chi^2=19.3$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ 、看取り説明  $\chi^2=140.9$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ 、死亡診断書作成  $\chi^2=109.4$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ )。

[図表3-43] 看取り経験別の在宅療養支援診療所との連携ケース数と内容

	グループ X (n=179)	グループ Y (n=135)	グループ X (n=455)	p 値
在宅療養支援診療所との連携ケース数	6.1±10.6	4.9±16.3	2.7±9.9	**
在宅療養支援診療所との連携内容（複数回答）				
訪問診療	92(59.7%)	52(44.8%)	109(31.0%)	****
介護方法や注意すべき点についての説明	57(37.0%)	34(29.3%)	76(21.6%)	***
急変時の指示および対応（日中）	86(55.8%)	46(39.7%)	97(27.6%)	****
急変時の指示および対応（深夜・休日）	76(49.4%)	37(31.9%)	68(19.3%)	****
電話・FAXなどでいつでも新たな指示を得られる	59(38.3%)	29(25.0%)	80(22.7%)	***
事態を予測して事前指示を得られる	52(33.8%)	24(20.7%)	63(17.9%)	****
訪問看護ステーションの紹介	37(24.0%)	19(16.4%)	33(9.4%)	****
家族への看取りに関する説明	65(42.2%)	13(11.2%)	9(2.6%)	****
死亡診断書の作成	45(29.2%)	4(3.4%)	5(1.4%)	****

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;0.05, \*\*\*\*:p&lt;.001

## c) 利用契約終了の理由と医行為

2009年4月から10月末までの利用契約終了者数をみると、グループXは他のグループよりも利用終了者数が多く（ $F(2, 756)=5.1, p<.01$ ）、当然のことながら、終了理由についても、グループXは、他のグループよりも「死亡」による利用終了者が多かった（ $F(2, 760)=43.8, p<.001$ ）。

また、「入院治療までは要しないが、事業所では医行為に対応できないため、居宅サービスに戻った」と回答した事業所のうち、具体的な医行為として挙げたものは、「経管栄養（胃ろう）」「点滴」「インシュリン注射」「痰の吸引」「医療リハビリ」「腰痛、足の痛みの治療」「ターミナルケア」であった。

[図表3-44] 看取り経験別の在宅療養支援診療所との連携ケース数と内容

	グループ X (n=179)	グループ Y (n=135)	グループ X (n=455)	p 値
利用契約終了者数（人）	5.4±5.5	4.3±2.7	4.2±4.2	**
理由別利用契約終了者数				
入院治療を要するため	1.7±1.8	1.7±1.7	1.6±1.9	
特養入所・認知症グループホーム入居のため	1.3±1.3	1.4±1.4	1.2±1.6	
事業所では医行為に対応できず居宅サービスに移行	0.8±0.3	0.4±0.2	0.4±0.2	
死亡	1.6±1.7	0.8±1.3	0.6±1.1	****

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;0.05, \*\*\*\*:p&lt;.001



d) 看取りにおける医療機関との連携の具体

本節で分析した郵送アンケート調査にて、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所（グループX）のうち、最もそのケース数多かったのは29件で、次いで13件が2ヶ所、11件が1ヶ所、10件が2ヶ所であった。また、在宅療養支援診療所との連携ケース数の最も多い事業所で150件が1ヶ所、次いで120件が1ヶ所であったが、いずれの事業所も看取りの経験はなかった。

訪問ヒアリング調査は、研究委員会では、22地域27ヶ所の小規模多機能型居宅介護事業所を対象としたが、そのうち、自身が実際にヒアリング調査を行った事業所であり、郵送アンケート調査の回答において、①看取りのケース数の非常に多い事業所、②看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携ケース数の多い事業所、③看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携内容（その他を除く9項目）が7項目以上該当している事業所、もしくは、研究委員会の委員の推薦する事業所の計7ヶ所について、その内容を再分析した。事業所Aは①・②・③、事業所Bは①・②・③、事業所Cは①・③、事業所Dは委員の推薦、事業所Eは③、事業所Fは①・③、事業所Gは②・③に該当している。

[図表3-45] 看取りケース数および在宅療養支援診療所との連携ケース数の上位

事業所もしくは利用者宅での 看取りケース数の上位 (該当事業所数)		在宅療養支援診療所との 連携ケース数の上位 (該当事業所数)	
29件	(1ヶ所:事業所C)	150件	(1ヶ所:看取りケースなし)
13件	(2ヶ所:事業所Bを含む)	120件	(1ヶ所:看取りケースなし)
11件	(1ヶ所:事業所F)	100件	(1ヶ所:看取りケース無回答)
10件	(2ヶ所:事業所Aを含む)	72件	(1ヶ所:看取り1ケース)
9件	(1ヶ所)	53件	(1ヶ所:看取りケースなし)
7件	(1ヶ所)	52件	(1ヶ所:看取りケースなし)
6件	(2ヶ所)	50件	(1ヶ所:看取りケースなし)
5件	(8ヶ所)	48件	(1ヶ所:看取りケース無回答)
4件	(8ヶ所:事業所Gを含む)	42件	(1ヶ所:看取り3ケース)
3件	(8ヶ所:事業所Eを含む)	40件	(3ヶ所:事業所A・Bを含む)
		35件	(1ヶ所:事業所G)

訪問ヒアリング調査を行った事業所の概況は、図表3-45の通りである。事業所のある自治体の人口規模は、10万人以下の自治体から政令指定都市まで幅広く、高齢化率（2010年度国勢調査）も20%台前半から後半であった。

登録利用者の平均要介護度は2.3から4.20までと、第2節で示した全国調査の平均2.38よりも高い事業所がほとんどである。事業所A・B・Cは、医療法人が運営しており、事業所Aは、在宅療養支援診療所や訪問看護事業所を併設、事業所Bは、診療所と訪問看護ステーションも事業所の近くにあり、事業所Cは、訪問看護を併設し、事業所の近くに同法人の在宅療養支援診療所があり、登録利用者の平均要介護度も最も高かった。事業所A・Bは、地域医療を担ってきた診療所が、何か地域貢献をしたいという思いをもち、小規模多機能型居宅介護を開設している。

事業所Dは、NPO法人が運営しており、訪問介護事業と通所介護事業を行う中で、利用者が入院する程の医行為の必要性はないであろうに、他の理由もあって入院となるケースがいくつかあり、自分たちで泊まり機能を持ちたいと思い、小規模多機能型居宅介護事業を始めた。

事業所E・Fは、有限会社が運営しており、事業所Eの運営する法人には、訪問看護ステーションがある。事業所B・Eともに、看取りに対応できる体制を持ちたいことから小規模多機能型居宅介護事業を始めている。また事業所Fも、小規模多機能型居宅介護を開設する以前から看取りへの対応を行っており、地域関係者や連携している医師からの勧めで小規模多機能型居宅介護を始めている。事業開始当初から、利用者の看取りを強く意識していたわけではないが、事業開始以前から看取りのケースと出会い徐々に体制を整えていった。

また、事業所Gは、株式会社が運営しており、開設当初から、長期の泊まりを可能にするために高専賃を併設し、これに医師と看護師の協力が加われば看取りまで対応できると考え、戦略的に看取りまでできる仕組みを整え開設した。

[図表3-46] 訪問ヒアリング調査先の概況

※ 実績値は2009年10月現在

事業所 A	<p>法人種別：医療法人 開設年：2006年 登録定員：25名                  併設事業：在宅療養支援診療所、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、訪問リハ、居宅介護支援                  その他の法人事業：認知症対応型共同生活介護、通所リハ                  登録者数：23名 平均要介護度：約3.13（うち要介護4の利用者2名、要介護5の利用者5名）                  事業所開始経緯：介護保険制度が始まる以前は、近隣の村にて訪問診療、訪問看護、訪問入浴を行っていた。現法人代表である医師が地域医療に熱心で、その当時から在宅での看取りも行っていた。本地域には、大きな病院がなく、家族にとって、看取りの際に毎日遠方の病院まで通うこと自体が負担となっていた。地域の方にお世話になった恩返しをしたいとの想いがあり、介護保険制度ができ、居宅介護支援事業所と訪問介護を始め、その後、市から小規模多機能型居宅介護の開設を勧められ開設した。</p>
事業所 B	<p>法人種別：医療法人 開設年：2007年 登録定員：25名                  併設事業：地域密着型特定施設（定員29名）、通所介護                  その他の法人事業：診療所、訪問看護（ともに事業所から徒歩3分）                  登録者数：21名 平均要介護度：約2.40（うち要介護4の利用者5名、要介護5の利用者1名）                  事業所開始経緯：本法人は、50年前から現在の場所で診療所を開設し在宅医療を行っていた。診療所院長が法人50周年を記念して何か地域に還元できることをしたいと、現施設長に相談し、介護保険事業を始めることとなった。小規模多機能型居宅介護事業所は、自治体より開設を望まれ開設した。施設長は、小規模多機能型居宅介護を在宅ケアへの導き手にしたい、地域のケアの見守り手でありたいと考えている。</p>
事業所 C	<p>法人種別：医療法人 開設年：2006年 登録定員：25名                  併設事業：訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護支援、障害者支援サービス、                  その他の法人事業：在宅療養支援診療所                  登録者数：20名 平均要介護度：4.20（うち要介護4の利用者6名、要介護5の利用者10名）                  事業所開設経緯：当時のクリニックの院長が、在宅での看取り（特に患者宅での看取り）の希望をかなえるため、介護事業を行うことを発案。当初は通所介護+自費ショートを考えてが事業規模が大きくなってしまったため、制度化が予定されていた小規模を視野に入れ開設。周辺住民からは、小規模多機能型居宅介護開設前から、すでにクリニックとしての信頼がある。</p>
事業所 D	<p>法人種別：NPO法人 開設年：2007年 登録定員：25名                  併設事業：居宅介護事業所                  その他の法人事業：訪問介護、通所介護、移送サービス、障害者福祉サービス、研修・啓発事業                  登録者数：18名 平均要介護度：2.8（うち要介護4の利用者1名、要介護5の利用者1名）                  事業所開始経緯：2000年4月に訪問介護と通所介護事業を始め、一年後に居宅介護支援事業所を開設。利用者が入院する程ではないのに入院をするケースがいくつかあり、自分たちで泊まり機能を持ちたいと思っていただところ、利用者が古いアパートを持って余しており、借地にしてもらい開設した。</p>
事業所 E	<p>法人種別：有限会社 開設年：2007年 登録定員：25名                  併設事業：通所介護                  その他の法人事業：居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、通所介護、小規模多機能型居宅介護                  登録者数：25名 平均要介護度：3.32（うち要介護4の利用者6名、要介護5の利用者4名）                  事業所開始経緯：2000年に居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションを設立。看護師である法人代表は、居宅介護支援事業所の仕事をする中で、在宅サービスの限界（デイサービスは時間が限られている、ショートは4ヶ月前から利用予約）を感じていた。小規模多機能型居宅介護の制度化によって、その存在を知り、看取りも含めて在宅で支えられるサービスになると思い、自宅を改修し開設。“在宅で暮らしたい”という気持ちを持つ本人や家族を支えることを基本としているが、施設希望者であっても受け入れ、入所までいい状態を保てるように支援している。</p>
事業所 F	<p>法人種別：有限会社 開設年：2006年 登録定員：25名                  併設事業：訪問介護、通所介護、指定福祉用具貸与、居宅介護支援事業所、食堂、身体障害者居宅支援事業                  登録者数：21名 平均要介護度2.6（うち要介護4の利用者5名、要介護5の利用者2名）                  事業所開設経緯：管理者自身が障害者手帳を取得しており、障がいをもっている人のための集まりの場を設けたことを契機に、その後、自宅を開放しての日帰りデイサービス、病院付き添いや在宅生活援助事業を始めた。介護保険制度が始まると訪問介護、通所介護等を始め、地域関係者と医師の勧めから小規模多機能型居宅介護も始めた。</p>

事業所 G	法人種別：株式会社 開設年：2008年 登録定員 25名 併設事業：高齢者専用住宅（定員 10名）、認知症対応型共同生活介護、交流センター その他の法人事業：居宅介護支援、地域密着型特定施設、特定施設、認知症対応型共同生活介護 登録者数：24名 平均要介護度 2.3（うち要介護 4 の利用者 0名、要介護 5 の利用者 1名） 事業所開設経緯：本社が提案するビジネスモデル「在宅からの 3 段階利用を想定した複合センター（自宅＋小規模 → 高専賃＋小規模 → グループホーム）のひとつとして開設。高専賃を併設（廊下でつながっている）することで、長期の泊まりを可能にし、重度の方をすぐ受け入れられ、医師と看護師の協力があれば看取りまで対応できると考え開設した。当初は行政から困り込みと批判されたが、現在は理解をもらっている。この複合型は「併設住まいの成功例にしたい」とのこと。
-------	--

次に、各事業所の医療依存度の高い利用者への対応方法をみてみると、医療法人の運営している事業所では、法人内の診療所医師が医療処置の指示を出して対応している。また事業所 A では、小規模多機能型居宅介護の利用者に関することも、併設の訪問看護ステーションの看護師が 24 時間のオンコール体制をとって職員の問い合わせに対応している。一方、法人内に医師のいない事業所 D から事業所 G は、協力医等からの指示と、事業所内の看護師、法人内の訪問看護の看護師、他法人の訪問看護の看護師によって対応していた。特に事業所 D では、在宅医療に熱心な医師の存在が欠かせないが、事業所 E では、利用者の各かかりつけ医と連携している点に特徴がある。

利用者の医療ニーズについては、看取り以外にもストーマ、尿道カテーテル、気管切開・痰吸引等が挙げられた。特に事業所 C では、開設時はがん末期患者の利用を想定していたが、実際は難病患者の方が長期間にわたる介護ニーズが高く、それに対応していった結果、意図せず医療依存度の高い利用者が多くなっていった。

[図表3-47] 医療依存度の高い利用者への対応と診療所・訪問看護との連携（事業所A～C）

<p>事業所 A (医療法人)</p>	<p>介護・看護従事者数：13名、管理者が看護師資格をもつ 医療依存度の高い利用者への対応方法：訪問看護の看護師が24時間オンコール体制になっているため、夜間、小規模の職員が困ったら電話で指示を仰ぎ、緊急性のある場合は医師が駆けつける体制となっている。利用者の8割が、かかりつけ医を法人医師にしている（小規模を利用する際、かかりつけ医を法人医師に変えることもある）。課題となる医行為は、痰の吸引。都度看護師が対応できるわけではないため、看護職員と介護職員とのやりとりが難しく、特に夜間は介護職がやらざるを得ない状況になる。難病患者からの利用問合わせがあるが、在宅人工呼吸器の管理が難しいため、まだ受けられないと感じている。また、職員に対しては、研修も行なっているが、言葉や研修で教える限界があるため、日頃の実践で教えていくことを中心にしている。職員の介護経験は、個々によって様々なため、ほとんどの職員がこの事業所で医療依存度の高い方の介護方法を学んでいく。</p> <p>在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：在宅療養診療所は同一敷地内にあるため、医師を中心に密な連携がとれている。訪問看護も同一敷地内にあり、小規模多機能型居宅介護の利用者に対しても、訪問看護の看護師が24時間オンコール体制で対応している。</p>
<p>事業所 B (医療法人)</p>	<p>介護・看護従事者数：12名、管理者は看護師資格をもっていない 医療依存度の高い利用者への対応方法：診療所医師が医療処置について指示を出している。また、急性期の病院にかかりつけ医がいる利用者についても、院長がその医師と直接話しをしている。在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：診療所と事業所とは徒歩3分程度の距離。医師が事業所に往診に来たり、緊急時はすぐにかけてくれるなど、医師との連携は密である。こうした医師の対応が、事業所の職員や利用者に安心感も与えている。また、利用者のかかりつけ医が別病院の医師であっても、同法人の診療所医師がそのかかりつけ医と直接やり取りをし、看取りを行っている。同法人の訪問看護以外に、周辺地域には訪問看護事業所がないことから、小規模多機能型居宅介護事業所開設時から、同法人の診療所や市内の医療機関から、医療依存度の高い利用者の紹介がある。</p>
<p>事業所 C (医療法人)</p>	<p>介護・看護従事者数：18名（うち看護師は4名）、管理者が看護師資格をもつ 医療依存度の高い利用者への対応方法：看護師が日中1～3名常駐し、夜間は1名常駐して対応している。事業所内で医療処置を行う場合は、事業所内の看護師が対応している。自宅での医療処置は、訪問看護師が行っているが、経済的負担が難しい利用者の場合（現在3名）は、事業所の看護師が訪問に行って対応している。開設当初は、ガン末期の患者を想定していたが、ガン末期の一定期間の介護・看護は、家族が頑張りきれぬため、既存サービス（訪問看護、訪問介護、福祉用具）のみで対応できた。一方で、難病患者は、家族が介護に疲労し、在宅介護困難となるケースが多く、そういったことに対応していったところ、意図せずに、利用者は医療依存度の高い方も増えた。家族支援（レスパイト）の利用が多く、泊まり5～7日×2回/月の利用ケースある。</p> <p>看護体制がしっかりしていれば、医師の往診回数は少なくなるため、看護師配置を厚くしているが、こうした対応のコストは法人の持ち出しとなっており、差別化の一つというにも負担が高いとのこと。</p> <p>在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：同法人には事業所の100m先にクリニックがあり、クリニックの医師は、週1～2回往診に来ている。それ以外の必要時は、臨時に往診に来たり、クリニックに行ったりしている。</p> <p>訪問看護を経験している看護師は、連携の取り方・ノウハウを経験的に得ており、情報の収集・発信がスムーズで、特に医師との連絡調整に長けているとのこと。</p>

[図表3-48] 医療依存度の高い利用者への対応と診療所・訪問看護との連携（事業所D～G）

<p>事業所 D (NPO 法人)</p>	<p>介護・看護従事者数：22名（うち看護師は非常勤2名）、管理者は看護師資格をもっていない                  医療依存度の高い利用者への対応方法：主に他法人の往診や訪問看護、訪問マッサージを利用している。医療や看護については、法人内で完結しようとは思っておらず、事業所は生活の場を提供しており、医療は連携した方が確かな体制になり、外から入ればいいと考えている。しかし、その場合、訪問看護の単位数が多いため介護保険の限度額を超えてしてしまうことに課題を感じている。褥瘡の処置など急に必要な場合は、1ヶ月間ではあるが、特別指示書にて医療保険で対応している。</p> <p>在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：各利用者のかかりつけ医との連携の他に、事業所が特に連携を取っている在宅医療に熱心な在宅療養支援診療所が一つあり、看取りも含めその診療所と連携している。周辺地域には訪問看護事業所が20ヶ所以上あり、ケースを通じて関わりをもち、看取りの際も連携している。</p>
<p>事業所 E (有限会社)</p>	<p>介護・看護従事者数：18名（あえて多めに看護師を採用している）、管理者が看護師資格をもつ                  医療依存度の高い利用者への対応方法：同法人に訪問看護ステーションがあるため、法人の訪問看護を利用し、利用者宅での医療ニーズにも対応している。医療サービスの調整により居宅サービスで対応できるようになり、小規模多機能型居宅介護の利用から、居宅サービス利用に切り替わったケースもある。医療ニーズのある方へも対応できる事業所ため、医療ニーズ（ストーマ、尿道カテーテル、気管切開・痰吸引等）のある利用者がやや多い。</p> <p>在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：基本的には、各利用者のかかりつけ医の先生と連携している。その他、事業所が信頼を寄せる診療所の医師とも連携はある。いつでもどこでも対応してくれるとのこと。また、死亡のときに、かかりつけ医が来られない場合でも、協力病院に連絡することで対応している。周辺地域には往診ができる医師が多く、法人内で訪問看護事業所を持っているため、必要があれば、法人内の訪問看護を利用する。</p>
<p>事業所 F (有限会社)</p>	<p>介護・看護従事者数：16名（うち看護師は常勤2名、非常勤1名）、管理者は看護師資格をもっていない                  医療依存度の高い利用者への対応方法：主に事業所の看護師3名で対応している。常勤看護師のうち1名は夜勤専門。緊急時には併設の通所介護の看護師からの協力も得られる。急に医療処置が必要になった場合は、近隣の在宅療養支援診療所の医師が昼夜問わずすぐに事業所に来て対応している。</p> <p>在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：近隣に在宅療養支援診療所があり、緊急時はいつでも対応してくれる。訪問看護との連携は難しい点があり、現在は特に連携はとっていない。</p>
<p>事業所 G (株式会社)</p>	<p>介護・看護従事者数：14名（うち看護師は非常勤1名）                  医療依存度の高い利用者への対応方法：事業所勤務の看護師が主治医の指示を得て対応している。また、ホームドクター（近隣の往診専門医）と委託契約をしているため、緊急時にいつでも来てもらえる体制をとっている。</p> <p>在宅療養支援診療所や訪問看護との連携：契約しているホームドクターと近隣の別の在宅療養支援診療所を中心に連携している。訪問看護は、導尿のために毎日利用しているケースが1件ある。限度額を超えているが、家族が希望しており、限度額を超えても利用を継続している。</p>

看取りへの取り組みについては、今回ヒアリング調査を行った事業所の中で、医療法人である事業所は3ヶ所とも、そのケース数は非常に多く、事業所の開設以前から、診療所で看取りへの対応をしており、その自然の流れで、小規模多機能型居宅介護事業所でも看取りに対応している。また、3事業所とも、同法人の診療所の医師が中心的な役割を担っていた。

一方、医療法人ではない事業所Dから事業所Gは、医療依存度の高い利用者への対応と同様に、看取りにおいても、他法人の医師と連携をし対応している。事業所Dと事業所Fでは、在宅医療に熱心な医師の存在が欠かせないが、事業所Eでは、各利用者のかかりつけ医と連携している点に特徴がある。事業所での看取りは行わず、臨死期まで支援することを基本としている為、かかりつけ医が臨終直前の往診や死亡診断書の作成等を行わないケースとそれらを利用者宅で行うケースがある。こうした点と事業所Eが訪問看護事業を行っていることによって、在宅医療に熱心な医師が事業所の近くに存在しなくとも、各利用者のかかりつけ医との連携によって臨死期まで支援することができると推測される。

また、全ての事業所に共通した状況として、利用者や利用者家族が利用者宅や事業所での看取りを強く希望した際、利用者のかかりつけ医が、看取りまで対応できないとしたときには、かかりつけ医を事業所が連携している（もしくは信頼している）診療所の医師に変更し、本人や家族の希望に応じていた。

そして、いずれの事業所でも、医師が利用者宅又は事業所に往診をし、医行為を行う看護師や家族に詳細な指示・指導を行っているが、急変時の医師への連絡判断を誰がになっているのか、また日頃の医師や看護師との連携を誰が調整しているのかは、連携のスムーズさや介護・看護従事者の不安軽減にに影響を与えているようであった。

[図表3-49] 看取りへの取り組み（事業所A～C）

<p>事業所 A (医療法人)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：10 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養診療所、訪問看護事業所ともに併設。</li> <li>・在宅療養診療所で毎年平均 19.5 名の看取りを行っており、その自然な流れで小規模多機能型居宅介護でも看取りをするようになった。看取りのチームの中心は法人医師。細かいところはケアマネ等が補足している。</li> <li>・これまでにかかりつけ医が法人医師である利用者以外の看取りは行ったことはない。他法人の医師の場合、小規模を利用しての看取りという選択肢を伝えても、入院となってしまうことがある。ただ入退院を繰り返すこともあり、その点で利用者やその家族が苦労している場合は、主治医を法人医師に変更して対応することもある。</li> <li>・看取る場所については、本人・家族の希望や医師との相談を踏まえて決まるが、自宅での看取りは家族負担が高いため、ほとんどのケースは事業所での看取りが希望される。</li> </ul> <p>管理者の経験や意見：管理者は 6～7 年前から、同法人の訪問看護に勤務し、在宅での看取りについても本事業所で経験を積んだ。家族は入院した方が良い医療を受けられるという先入観があるが、これまでの経験から、在宅療養支援診療所と連携しながら支援したケースの方が長命であり、人としての喜びが得られるのではないかと考えている。</p> <p>その他：看取りに関する承諾書を取っている。承諾書を取った後も、家族の意思は変わるため、急変都度、家族に看取りの意思確認をしている。</p>
<p>事業所 B (医療法人)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：25 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同法人の診療所、訪問看護事業所ともに事業所から徒歩 3 分のところにある。</li> <li>・開設からこれまで 70 名の利用者中 25 名を看取った。利用開始時から看取りまで、同法人の診療所と密に連携し、訪問看護も利用している。</li> </ul> <p>管理者の経験や意見：利用者本人から「わしゃここであんたらにみてもらって死ぬ」と言われたこともあり、地域住民にとって、大切な「死に場所」のひとつになっていることを実感したとのこと。</p> <p>職員に関して：開設当初は、利用者が他界するまでの 3 ヶ月間は、介護職員は心身共に辛かった様子があり、医療依存度が高い中、介護職員は見守ることや診療所に連絡することしかできないために悩んでいた。その後、介護職員に何ができるのか、家族や診療所の助けになるにはどうすればいいのかを考え、看取りまでの対応法を学び、看護職員から命に対する考えや心構えを学んでいった。徐々に職員の意識は変化し、ターミナルではない利用者に対しても「生きているうちに何ができるか」、「やれる時にやれることを」と考えられるようになった。</p>
<p>事業所 C (医療法人)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：29 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護事業所が併設、同法人の在宅療養支援診療所が事業所から 100m のところにある。</li> <li>・小規模多機能型居宅介護事業を始める前から、年間平均 50 件の看取りを行ってきた。</li> <li>・日頃から看護師が日中 1～3 名常駐し、夜間は 1 名常駐して対応している。緊急時の連絡は最初に同法人の在宅療養支援診療所の院長に入るようにしており、終日院長と連絡が取れる体制となっている。</li> <li>・管理者は、訪問看護事業所の所長経験や居宅介護支援事業所の所長経験もあり、医師や訪問看護師との連絡調整に長けており、利用者の情報発信・収集は、管理者が中心に行っている。</li> </ul> <p>職員に関して：デスカンファレンスを中心とした研修を行い、その中で心構え等も伝えている。</p>



[図表3-50] 看取りへの取組み（事業所D～G）

<p>事業所 D (NPO 法人)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：2 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の近隣に在宅療養支援診療所があり、周辺地域に訪問看護ステーションが 20 ケ所以上ある。</li> <li>・主治医が作成した医療行為に関するガイド書、訪問看護事業所の看護師による職員と家族への指導、事業所が作成する緊急対応マニュアルを、職員間で共有し対応している。</li> <li>・往診医の指示のもと、訪問看護や訪問マッサージを利用。医師の作成した「予測指示」により疼痛緩和ケアを実践した。</li> <li>・管理者にとって、往診医が「いつでも電話していいんだよ、夜中でもいいんだよ。」とってくれることが、支えになったとのこと。</li> </ul> <p>管理者の経験や意見：同法人の訪問介護の部署にいた際、看取りのケースに関わったことはあったが、訪問介護では、一定時間の断片的な関わりであったため、息を引き取るときに立ち会ったことはなかった。また癌患者は病院で亡くなるものだと思っていたため、最初はどうやって対応していけばいいのか全く想像つかなかった。法人代表のリーダーシップと家族の熱意に応えるかたちで、事業所でも終末期ケアと看取りを行った。</p> <p>その他：利用者家族は、臨死期以降は事業所の宿泊スペースに泊まり込み看取りまで本人を支えた。</p>
<p>事業所 E (有限会社)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：3 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同法人に訪問看護事業所をもち、各利用者のかかりつけ医の先生と連携している。</li> <li>・これまでに同法人関わったケースで、利用者宅での看取りが 7 ケース、ギリギリまで利用者宅にて支援し、最期は病院だったケースが 35 ケースある。事業所内での看取りはしない方針のため、利用者宅での看取りができない場合は、ギリギリまで利用者宅で経過してもらい最期は入院となる。</li> <li>・利用者が死亡した際、かかりつけ医が来られない場合でも、協力病院に連絡し対応している。</li> </ul> <p>センター長の経験や意見：県内のホスピスにて師長を経験した後、訪問看護ステーションを立ち上げ、在宅での看取りを行ってきた。看取りについて、積極的に働きかけるわけではなく、「看取りは家族のもの」、「私たちは選択肢として示すだけで、決めるのは本人や家族」との考え。</p>
<p>事業所 F (有限会社)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：11 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣に在宅療養支援診療所があり、協力医療機関となっている。その他、別の診療所の医師（緩和ケア専門）も往診を行っており、その医師とも連携している。また、事業所に常勤 2 名、非常勤 1 名の看護師がおり、事業所には終日看護師がいるようにしている。訪問看護との連携は特にない。</li> <li>・これまで、事業所での看取り 8 件、利用者宅での看取り 3 件に対応。</li> <li>・昼夜、事業所内の看護師が主に状態を把握し、利用者の状態が悪化すると往診を依頼している。</li> </ul> <p>職員に関して：緩和ケアの講習、勉強会によって職員の意識向上と不安軽減を図っている。</p>
<p>事業所 G (有限会社)</p>	<p>開設から調査時までの看取りケース数：3 ケース 看取りにおける医療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のかかりつけ医と委託契約をしているホームドクターと連携し、事業所勤務の看護師が主治医の指示を受けて対応している。</li> <li>・急変時に利用者のかかりつけ医と連絡がつかない場合は、ホームドクターが対応している。</li> <li>・看取りの支援になる際は、家族と確認事項（家族にしてもらうこと、延命治療、急変時の対応等）を書面で交わしている。</li> <li>・介護職員に対しては、その都度、緊急時の対応、利用者の症状や急変症状について共有している。また急変事項によっては、管理者へ連絡し判断を仰ぐように伝えている。</li> </ul> <p>職員に関して：社内研修や外部研修、ホームドクターの勧める研修への参加、年 1 回の看取りの勉強会を行っている。</p>

医療依存度の高い利用者への対応や看取りへの対応には、医師による医行為に関する判断・指示とそれにとまなう医療処置への対応が必要となる。ヒアリング調査を行った事業所について、医師との連携をみてみると、①同法人の診療所医師と連携している事業所（事業所 A・B・C）、②在宅医療に理解のある別法人の診療所医師を中心に連携をしている事業所（事業所 D・F）、③各利用者のかかりつけ医を中心に連携している事業所（事業所 E）、④看取り等への対応のために事前に委託契約を行っている医師を中心に連携をしている事業所（事業所 G）の4つに分類できる。

①の同法人の診療所医師と連携している事業所（事業所 A・B・C）は、医療法人が開設しているため、主に法人の診療所の医師を中心に看取りに対応している。その背景には、在宅医療を進めてきた診療所医師が、地域に何か貢献できる事業を行いたい、患者の家族支援を行いたい、自宅での看取りを支援したいという発案により本事業を始めた経緯があり、周辺住民からは、小規模多機能型居宅介護事業所開設前から、法人や医師に対する信頼を既に得ていた。

②の在宅医療に理解のある別法人の診療所医師を中心に連携をしている事業所（事業所 D・F）は、法人内部に医師がいないため、別法人の診療所と連携をとっており、在宅医療に理解のある特定の医師と連携を取っている。基本的に主治医の選択は利用者・家族の希望に沿っているが、強い希望がない場合は、看取りに際し、その医師を紹介することもある。医師とは、主に管理者が連絡を取っているが、24時間連絡が取れる体制をとっており、管理者や介護職員にとって、法人内に医師がいないことや夜間看護師のいないことから生じる不安の軽減につながっていた。その他、事業所内では、緊急時の対応マニュアルを作成し、職員間の意思や対応の統一も図っていた。

③の各利用者のかかりつけ医を中心に連携している事業所（事業所 E）も、法人内部に医師がいないため、別法人の診療所と連携をとっているが、同法人に訪問看護ステーションを有しており、各利用者のかかりつけ医と連携をとっている。②のような在宅医療に熱心な医師がその地域にいない場合でも、ある程度在宅医療に理解のある医師であれば、看取りもしくは臨死期までの支援における連携を図ることのできる手法といえるのではないだろうか。

④の看取り等への対応のために事前に委託契約を行っている医師を中心に連携をしている事業所（事業所 G）も、法人内部に医師がいないため、別法人の診療所と連携をとっているが、開設時より看取りへも対応を想定しているため、中心となって連携を取る医師とは委託契約をむすび、緊急時、利用者のかかりつけ医に連絡が取れない状況であっても、その医師が対応する体制をつくっていた。

次に、医療依存度の高い利用者への対応や看取りに際しての医行為への対応であるが、看取りともなう主な医行為には、経過観察、バイタルサインの確認、痰の吸引、在宅酸素療法、褥創の処置、留置カテーテルの交換、排便コントロール、経管栄養、中心静脈栄養、点滴、ペイン・コントロール、感染症の処置等が挙げられる。こうした医行為は、主治医の指示のもと、看護師によって行われるが、ヒアリング調査を行った事業所では、①主に

事業所の看護師が行う（事業所）、②主に同法人の訪問看護を利用する、③別法人の訪問看護を利用する、の3つの方法によって行われていた。訪問看護を利用する場合、医師から出される指示書のもとに医行為が行われるが、事業所の看護師が対応する場合、指示書の交付はなく、本人・家族の同意のもと、医師からの仔細な指示によって処置が行われ、医療保険や介護保険の請求できず、費用は全て事業所負担となる。基本的には、訪問看護を利用している事業所であっても、経済的負担が難しい利用者に対しては、通いや泊まりの際に、事業所内の看護師が医行為を行ったり、訪問にて、利用者宅で経過観察を行うなどの対応していた。

①の主に事業所の看護師が行う背景には、周辺地域に訪問看護ステーションが少なかったり、利用者の経済的負担の軽減があるが、看護師配置を厚くする費用は、すべて事業者負担となっている。

②の主に同法人の訪問看護を利用するしたり、③の別法人の訪問看護を利用する背景には、法人内に訪問看護事業所をもっていたり、地域に訪問看護事業所が多い環境にあるため、訪問看護事業所との連携が取りやすいことがあり、看取りや定期的な医行為は、基本的に訪問看護を利用していた。また、訪問看護を利用した方が、事業所内の看護師が実施するよりも、より確かな医療を受けられるとの意見もあった。その一方で、医療保険の訪問看護が適用にならない利用者は、介護保険の限度額超過分は全額自己負担となる。そのため、経済的負担が難しい利用者の中には、事業所内の看護師が対応するケースもあった。

### 3) 考察 ～運営法人の事業展開による連携体制の差異と外部連携の課題～

前節にて、専門職機関・事業所との連携、特に医行為への対応が生活の継続性の高い支援に関連していることがわかったことを受け、本節では、小規模多機能型居宅介護における専門職機関との連携のうち、医行為への対応として、看取りにおける医療機関、特に在宅療養支援診療所との連携について、前節と同様、2009年度に実施した全国の小規模多機能型居宅介護事業所の調査結果から分析を行い、その連携の実態と関連要因を明らかにするとともに、医療機関との連携の具体を訪問ヒアリング調査にて明らかにし、類型化を図った。

#### a) 看取りに対する取り組みと在宅療養支援診療所との連携

小規模多機能型居宅介護事業所が医行為への対応のために連携を行っている専門職機関・事業所はいくつかある。近隣の病院や診療所を協力医療機関として登録していたり、各利用者のかかりつけ医ごとに連携を行っている場合もある。

回答のあった全事業所のうち、開設から調査時までには、事業所もしくは利用者宅での看取り経験が1ケース以上ある事業所は179事業所(23.3%)、事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、臨死期(死亡3～7日前)まで支援をしていた事業所は135事業所(17.6%)であった。また、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所では、開設から調査時までには、1事業所あたり平均2.37ケースの看取りを行っていた。

これらの看取り経験によって、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所(グループX)、事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、臨死期(死亡3～7日前)まで支援をしていた事業所(グループY)、グループX・Yのような終末期ケアの経験のない事業所(グループZ)の3グループに分類したところ、グループXは、在宅療養支援診療所と連携している事業所が多く、連携ケース数も多かった。在宅療養支援診療所との連携内容についてみると、9項目すべてにおいて、グループX、Y、Zの順で実施している割合が高く、「訪問診療」、「急変時の指示および対応(日中)」、「急変時の指示および対応(深夜・休日)」は、ほぼ半数の事業所で行われていた。また、開設年月についても、グループZ、Y、Xの順で長く( $F(2, 762)=20.6, p<.001$ )、開設経過年数が経つにつれ、利用者の平均要介護も高まり、看取りケースに出会う機会も増えていると考えられる。

田宮(2004)によると、看取りに際し最期を自宅で過ごすことは、本人のQOLや家族の満足度が高まるという。1事業所あたりの自宅での看取りケース数の平均は $2.4\pm 2.9$ 件( $n=179$ )であるが、前節に分類したグループA～D別にみると、グループXは、中重度の認知症高齢者の多くを利用者宅で支えている事業所であるグループCの割合が高く、利用者宅での看取りケース数の平均や臨死期まで支援したケース数の平均も、グループCが最も多かった。このことから、グループCは、中重度の認知症高齢者に対してQOLの高い支援を実践しているといえる。

## b) 看取りおよび臨死期までの支援における医療機関との連携の類型化

訪問ヒアリング調査では、研究委員会で対象となった22地域27ヶ所の小規模多機能型居宅介護事業所のうち、自身が実際にヒアリング調査を行った事業所であり、郵送アンケート調査の回答において、①看取りのケース数の非常に多い事業所、②看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携ケース数の多い事業所、③看取りのケース数が多く、在宅療養支援診療所との連携内容（その他を除く9項目）が7項目以上該当している事業所、もしくは、研究委員会の委員の推薦する事業所の計7ヶ所について、その内容を再分析した。

主に、開設経緯、医療依存度の高い利用者への対応、看取りへの取り組みについてみると、医師との連携および医行為に対応する看護師に違いがみられた。郵送アンケート調査では、グループX～Zにおいて、運営法人による有意差はみられなかったが、グループXに該当する事業所を対象としたヒアリング調査では、医師が法人内にいるかどうか、つまり医療法人であるかどうかは、連携体制をつくる上で違いを生んでいた。医師との連携においては、①同法人の診療所医師と連携している事業所、②在宅医療に理解のある別法人の診療所医師を中心に連携をしている事業所、③各利用者のかかりつけ医を中心に連携している事業所、④看取り等への対応のために事前に委託契約を行っている医師を中心に連携をしている事業所の4つに分けられ、医行為については、①主に事業所の看護師が行う（事業所）、②主に同法人の訪問看護を利用する、③別法人の訪問看護を利用する、の3つの方法によって行われていた。これらに開設経緯や法人種別を加えて、看取りおよび臨死期までの支援における医療機関との連携方法について類型化すると、①病院・診療所展開型、②訪問看護ステーション基盤型、③外部連携A型、④外部連携B型、⑤住まい併設ビジネス型の5つにわけられ、①の診療所発展型の一部は、医療ニーズ高度対応型にわけられる。

①の病院・診療所展開型（事業所A、事業所B）は、地域の診療所が、在宅医療を進めていく上で開設した事業所である。看取りに際しては、診療所の医師が主に主治医となり24時間連絡が取れる体制をとっており、事業所内の看護師もしくは訪問看護の利用によって医行為に対応しているが、両者とも同法人であり、連携の取りやすい環境にある。また、その一部は、がん患者や難病患者等の医療依存度の高い利用者を多く受け入れており、医療ニーズ高度対応型といえる。事業所Cは、看取り件数が多いだけでなく、利用者の平均要介護度も4.20と非常に高く、難病患者等の受入れもおこなっていることから、これに該当する。

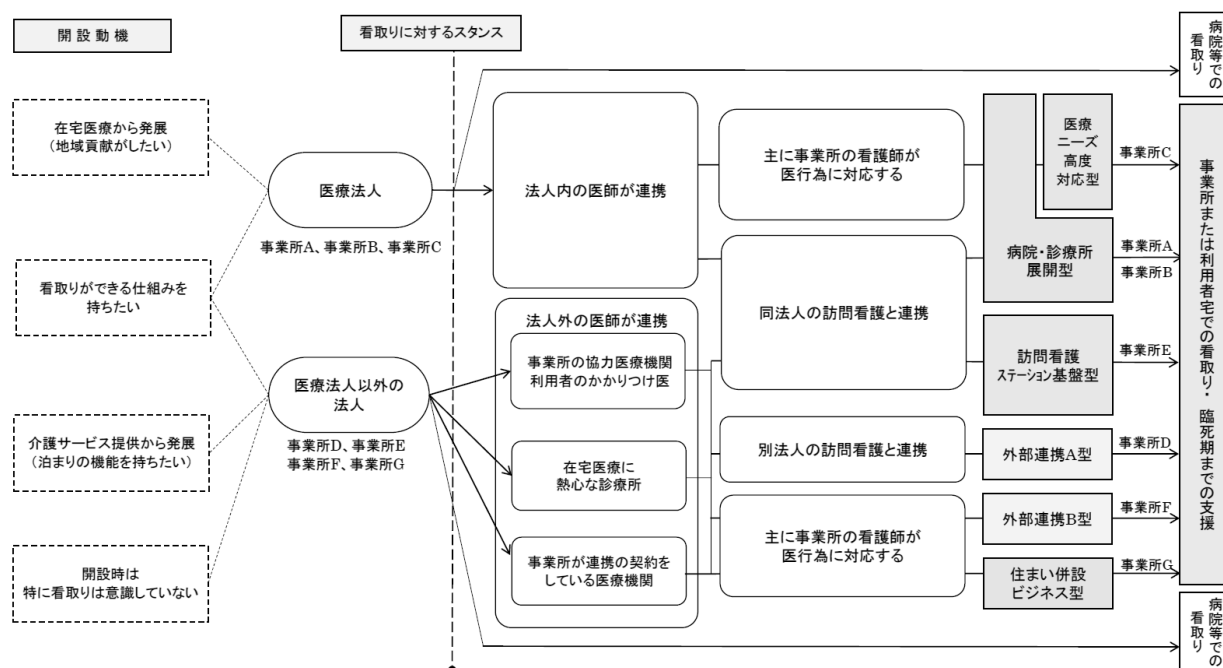
②の訪問看護ステーション基盤型（事業所E）は、同法人に訪問看護事業所があるため、連携しやすく、別法人の医師と連携しながら看取りを行っていた。

③の外部連携A型（事業所D）は、別法人の医師と別法人の訪問看護事業所と連携し、④の外部連携B型（事業所F）は、別法人の医師との連携と事業所の看護師によって医行

為に対応している事業所である。両者とも、介護事業を行ってきた中で、看取りのケースと出会い、徐々に体制を整え、ケースを通して連携を積み上げている。

⑤の住まい併設ビジネス型（事業所G）は、委託契約をしている診療所の医師と連携し、事業所の看護師が医行為に対応している事業所である。最期まで利用ができるよう長期泊まりを可能とする住まいを併設している点にも大きな特徴がある。ただし、家族や地域との関係が薄れやすくなるため、こうした関係が切れない働きかけが重要となる。

〔図表3-51〕 看取りおよび臨死期までの支援における医療機関との連携による類型



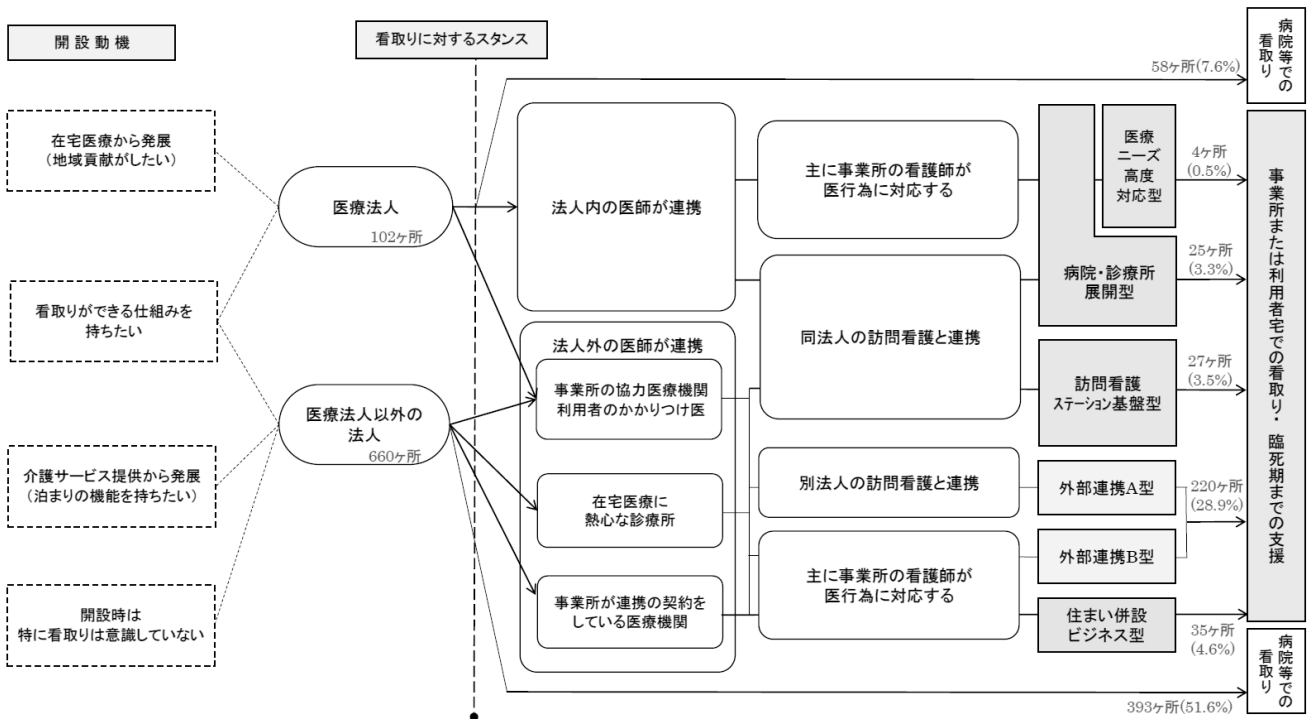
### c) 医療機関との連携における課題

本節 3)-b)にて示した 6 つの類型を再度、2009 年度の調査で、看取り経験および臨死期(死亡 3~7 日前)まで支援した経験があると回答した 311 事業所について当てはめてみると、図表 3-51 の通りとなった。なお、医療ニーズ高度対応型については、看取りケース数の合計が 10 件以上である事業所とした。また、医療法人であっても、同法人の診療所や病院が同一敷地内や同一市町村内にない事業所が 15 ケ所あり、すべてにおいて住まいは併設されておらず、同法人の訪問看護事業所が同一敷地内や同一市町村内にある事業所は 4 ケ所、ない事業所は 11 ケ所であった。この 11 ケ所については、外部連携 A 型・B 型に分類した。

[図表3-52] 医療機関との連携類型別の度数

病院・診療所展開型	25ヶ所(8.0%)
医療ニーズ高度対応型	4ヶ所(1.3%)
訪問看護ステーション基盤型	27ヶ所(8.7%)
外部連携A型・B型	220ヶ所(70.7%)
住まい併設ビジネス型	35ヶ所(11.3%)
全体	311(100.0%)

[図表3-53] 看取りおよび臨死期までの支援における医療機関との連携による類型と該当数



調査をおこなった2009年時点では、小規模多機能型居宅介護事業所を利用しながら、福祉用具貸与や訪問看護を利用すると、限度額を超えることが多々あり、難病患者以外の訪問看護利用においては、医療保険が適用されないために生じていた課題であった<sup>xi</sup>。看取りの際は、疾病や期間によって医療保険の適用となるが、訪問看護が自己負担になる場合、実費負担を含め1回あたり約6,000～12,000円程かかる。そこで、要介護度が高く、医療的なケアを必要とする人のために、2012年4月、介護保険制度の地域密着型サービスに、

<sup>xi</sup> 65歳以上の高齢者は、医療保険が優先適用となるのは、「厚生労働大臣が定める疾病」と「急性増悪期(14日を限度)」の場合。2010年から厚生労働大臣が定める疾病にライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎が追加され、介護保険が優先される。

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を合わせた「複合型サービス」が新設され、訪問看護ステーション基盤型の小規模多機能型居宅介護については、「複合型サービス」へと移行できるようになったといえる。しかし、新設から2年以上経過した2014年6月現在でも、事業所数はまだ全国141ヶ所である<sup>xii</sup>。

2014年5月23日の第101回社会保障審議会介護給付費分科会の資料では、「看取りに取り組む体制づくりを、さらにどう進めていくか」は、小規模多機能型居宅介護の2015年度の介護報酬改定に向けての論点の一つとして挙げられている。

看取りや臨死期までの支援を行っている事業所の7割りが外部連携A型・B型であること、また看取りや臨死期までの支援を行った経験のない事業所においても8割弱が外部連携A型・B型になる可能性があることを考えると、今後、看取りに取り組む体制づくりに対し、同法人内に病院・診療所がなく、訪問看護事業所もない小規模多機能型居宅介護事業所における医療機関との連携促進が必要となる。

[図表3-54] 医療機関との連携類型の可能性別の度数

病院・診療所展開型になる可能性のある事業所	39ヶ所(8.6%)
訪問看護ステーション基盤型になる可能性のある事業所	9ヶ所(2.0%)
外部連携A型・B型になる可能性のある事業所	353ヶ所(78.3%)
住まい併設ビジネス型になる可能性のある事業所	50ヶ所(11.1%)
全体	451(100.0%)

外部連携A型・B型に該当する事業所は、外部連携A型・B型になる可能性のある事業所よりも平均要介護度が高い ( $t(507.2)=6.4, p<.001$ ) が、これは、前述の通り開設月数の違い ( $t(552)=3.6, p<.001$ ) に影響されるものとみられる。

一方で、医師との連携は、外部連携A型・B型に該当する事業所は、在宅療養支援診療所との医師との連携が多く、外部連携A型・B型になる可能性のある事業所は、とくに連携をしていない割合が高かった ( $\chi^2=47.3, df=4, p<.001$ ) が、管理者の看護師資格の有無や看護職員配置加算の該当には有意な差はみられなかった。

<sup>xii</sup> 厚生労働省 HP 介護給付費実態調査月報 2014年6月審査分  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2014/06.html>



[図表3-55] 外部連携A型・B型

	外部連携A型・B型に 該当する事業所 (n=220)	外部連携A型・B型に なる可能性のある事業所 (n=353)	p値
開設月数平均(ヶ月)	25.6±9.4	19.8±11.3	****
平均要介護度	2.46±0.55	2.29±0.54	****
職員総数(人)	14.7±4.0	13.1±4.6	****
介護・看護従事者数(人)			
常勤	7.7±3.8	7.2±3.9	
非常勤常勤換算	3.4±7.1	2.9±3.3	
管理者の看護師資格有無(ヶ所)	36(16.6%)	62(17.7%)	
看護職員配置加算の該当(ヶ所)	101(46.5%)	170(49.1%)	
医師との連携			****
在宅療養支援診療所の医師との連携あり	125(65.4%)	114(41.3%)	
在宅療養支援診療所の医師との連携はないが、他の医師との連携あり	46(24.1%)	85(30.8%)	
特に連携はない	20(10.5%)	77(27.9%)	
4月～10月の利用契約終了者数平均(人)	4.9±4.7	4.3±4.5	
利用契約が終了した人のうち直近10名の終了理由(人)			
入院治療を要するため	1.7±1.6	1.6±1.9	
介護老人保健施設への入所	0.6±1.0	0.5±0.9	
特養・認知症グループホームへの入居	1.4±1.4	1.3±1.6	
状態改善により居宅サービスへ	0.5±0.8	0.4±0.8	
経済的理由により居宅サービスへ	0.2±0.5	0.1±0.4	
医行為対応が必要となり居宅サービスへ	0.1±0.3	0.0±0.2	
日常生活圏域外への転居	0.2±0.6	0.2±0.5	
死亡	1.1±1.5	0.5±1.0	****

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;.005, \*\*\*\*:p&lt;.001

訪問ヒアリング調査では、事業所Dと事業所Fが外部連携A型・B型に該当するが、両者とも医師との連携においては、在宅医療に熱心な医師の存在が、看取りへの対応に大きく影響を与えていた。また、看取りや臨死期までの支援を行っていない事業所でも看護職員配置加算は半数弱の事業所が該当している一方、2009年4月から10月における利用契約終了者数の平均においては有意な差はみられず、「入院治療を要する」ことや、「入院治療までは要しないが、事業所では医療行為に対応できないため、居宅サービスに戻った」ことを理由とする契約終了にも、有意な差はみられなかったことから、医師との連携、特に在宅療養支援診療所との連携の促進が必要と思われる。

また、在宅療養支援診療所との連携内容のうち、「訪問診療」、「介護方法や注意すべき点についての説明」、「急変時の指示および対応(日中)」、「急変時の指示および対応(深夜・休日)」、「電話やFAXなどで、いつでも新たな指示を得られる」、「事態を予測して事前指示を得られる」については、利用者の病状の管理と処置という目的に対して、医師と事業所との間で情報の伝達が行われていると考えられる。特に、「訪問診療」は、医師が利用者の病状について直接情報を収集するが、「介護方法や注意すべき点についての説明」、「急変

時の指示および対応（日中）」、「急変時の指示および対応（深夜・休日）」、「電話やFAXなどで、いつでも新たな指示を得られる」、「事態を予測して事前指示を得られる」については、事業所の職員が、医師に利用者の状況を伝達し、これらの内容を得る場合がある。利用者の病状をいかに医学的視点から伝達できるかどうかは、医療機関との連携における重要な要素であるが、管理者が看護師ではない場合であっても、管理者・介護職員の医学的視点からの病状伝達能力の向上によって、在宅療養支援診療所との連携が促進されうると考える。また、連携における事業所の看護師の役割についても、利用者の病状を他機関へ伝達するという視点から再度見直す必要があるだろう。

訪問ヒアリング調査にて、事業所Eは、基本的に事業所での看取りは行わないという背景があるが、各利用者のかかりつけ医と連携を行っており、今後、こうした事業所の臨死期までの支援方法について解明・普及することも課題であるといえよう。

## 第4節 考察

本章では、小規模多機能型居宅介護の利用の類型化等を行い、生活の継続性に重点をおいた認知症高齢者介護を提供する事業所の特徴について検討するため、全国の小規模多機能型居宅介護事業所を対象に、2007年度、2009年度、2011年度に実施された調査結果のデータ（のべ事業所 2,123ヶ所、利用者 34,049名分）の結果から、利用者の通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析（k-means法）を用い、8タイプ（A～H群）に分け比較した。各群の特徴から、A～D群を「在宅生活支援型」、E～G群を「住まい併設型」、H群を「施設利用同様型」の3つに類型化したところ、「住まい併設型」の利用は、事業所での泊まり利用はほとんどなく、通い回数もしくは訪問回数が全体平均に比べて非常に多く特異な利用ケースであることが示された。また、「施設利用同様型」は、ほぼ毎日通いと泊まりを繰り返し、訪問はほとんど行われておらず、平均要介護度も3.05と高い。H群について「施設利用同様型」と名付けたが、小規模多機能型居宅介護では、退院直後から在宅生活へ戻るための中間支援において、約1ヶ月間事業所に泊まり続け、介護ニーズを見極めながら、徐々に自宅で過ごす時間を増やしていく支援も行っており（森本 2009）、H群のような利用ケースが、一概に施設入所を待機しているわけではないことも、注意する必要がある。ほぼ毎日事業所に泊まり続けていることが、小規模多機能型居宅介護事業の機能に一致しているのかは、今後の検討課題であるが、本研究においては、利用者宅での生活支援を行っていることを生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護として評価することとした。

### a) 「在宅生活支援型」における生活の継続性に重点をおいた認知症高齢者の生活支援の特徴

「住まい併設型」は特異的な利用であることを踏まえ、2009年度に実施された同調査結果のうち、個別利用状況の回答（12,556名分）において、①年齢65歳未満の利用者データ、②住まいの形態が「高専賃・高優賃」、「住宅型有料」、「その他」である利用者データ、③利用者宅と事業所との距離が、「事業所敷地内」、「それ（10km前後）以上」である利用者データを除いたもの（10,170名分の利用データとその登録者が属する事業所644ヶ所）を対象とし、通い・訪問・泊まりの回数を変数として、クラスター分析（k-means法）を用い、6つの群（a群～f群）に分類した。f群については、その内容が、ほぼ毎日通い、ほぼ毎日泊まりで、訪問の利用がほとんどないことから、「施設利用同様型」に相当するといえる。そして、これらの利用類型は、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、世帯構成が関連要因となっていることがわかった。

そこで、各事業所の実登録者数に対して、利用者の障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、利用類型がf群の利用者の割合によって、644事業所をグループAからグループDに分類し比較した。

小規模多機能型居宅介護以外の利用サービスをみると、グループAは、日常生活自立支援事業と居宅栄養管理指導の利用が多く、グループCは、訪問看護、福祉用具、配食

サービスの利用が多く、いずれも利用者宅での生活を継続していくために組み入れているサービスと推測される。各グループの認知症中重度の利用者の割合、利用類型がf群である利用者の割合、平均要介護度等を加味しても、グループAおよびグループCは、利用者宅での生活継続を重視している事業所といえる。

#### b) 利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴

グループAおよびグループCでは、利用者宅での生活を継続していく支援ために小規模多機能型居宅介護以外のサービス提供事業者（社会福祉協議会、訪問看護事業所および訪問歯科診療所をはじめとする医療機関、配食サービスや福祉用具の事業者等）と連携し、さらに、社会福祉協議会や地域包括支援センターと「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している」事業所が多かった。このことから、利用者宅での生活支援を行うための基盤形成の一つとして、専門職機関・事業所との連携が重要であるといえる。

また、今回の調査分析では、住民組織との関わりについて、グループAからグループDまで有意な差は見られず、いずれのグループでも7～8割の事業所が「何らかの組織と関わりがある」と回答しており、住民の協力（声かけ、見守り等）や利用者の近隣活動への参加をケアプランに組み入れることについても、有意な差は見られなかったが、頻繁に関わりのある組織名を見てみると、グループAやグループCでは、他のグループよりも、住民組織が関わる地域のネットワークと関わりを持っており、地域包括支援センターとの連携や、社会福祉協議会との連携については、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している」と回答した事業所は、グループA・Cに多かったことから、地域との関係づくりについても、利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴に関連していると思われる。

#### c) 看取りに対する取り組みと在宅療養支援診療所との連携

利用者宅での生活支援を行うための基盤形成の一つとして、専門職機関・事業所との連携が重要であることが示されたが、専門職機関・事業所との連携が最も必要となるケースの一つに医行為への対応を伴うケースが挙げられる。

そこで、本節では、小規模多機能型居宅介護における専門職機関との連携のうち、医行為への対応として、看取りにおける医療機関、特に在宅療養支援診療所との連携について、前節と同様、2009年度に実施した全国の小規模多機能型居宅介護事業所の調査結果から分析を行い、その連携の実態と関連要因を明らかにするとともに、医療機関との連携の具体を明らかにするために同調査に付属して行われた訪問ヒアリング調査の再分析を行った。

看取り経験の有無によって、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所（グループX）、事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、臨死期（死亡3～7日前）まで支援をしていた事業所（グループY）、グループX・Yのような終末期ケアの経験のない事業所（グループZ）の3グループに分類したところ、グループXは、在宅療養支援診

療所と連携している事業所が多く、連携ケース数も多かった。また、グループ C・D は、他のグループよりもグループ X の割合が高かった。また、グループ D では事業所で看取りを行った件数が多かったが、グループ C では利用者宅で看取りを行った件数が多かった。

また、ヒアリング調査の再分析によって、看取りおよび臨死期までの支援における医療機関との連携方法は、①病院・診療所展開型、②訪問看護ステーション基盤型、③外部連携 A 型、④外部連携 B 型、⑤住まい併設ビジネス型の類型に分けられ、また、①の診療所発展型の一部は、医療ニーズ高度対応型にわけられることがわかった。

要介護度が高く、医療的なケアを必要とする人のために、2012年4月、介護保険制度の地域密着型サービスに、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を合わせた「複合型サービス」が新設され、事業所数はまだ少ないが、訪問看護ステーション基盤型の小規模多機能型居宅介護については、「複合型サービス」へと移行できるようになった。

しかし、この6つの類型を再度、2009年度の調査において、看取り経験および臨死期（死亡3～7日前）まで支援した経験があると回答した事業所311ヶ所について当てはめてみると、外部連携 A 型もしくは B 型であった事業所が、220ヶ所と最も多く、また、看取り経験や臨死期までの支援経験のない事業所においても、外部連携 A 型もしくは B 型になる可能性のある事業所は353ヶ所と、看取り経験のない事業所の中でも最も多かった。このことから、医行為への対応についても、事業所と他の医療機関が連携できるような促進施策を検討する必要があるといえよう。

現在、小規模多機能型居宅介護の介護報酬における加算は「登録日から30日以内のサービス提供」、「認知症の者に対するサービス提供（認知症加算）」、「常勤専従の看護職員の配置（看護職員配置加算）」、「事業開始後一定期間の経済安定化の支援」、「介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置」、「市町村独自加算」の6つがあるが、本章の調査分析において、利用者宅での生活を継続していく支援ために、その基盤形成として、小規模多機能型居宅介護以外のサービス提供事業者や専門職機関等との連携が重要であることが示された。

医療機関との連携や社会福祉協議会、地域包括支援センター等の専門職機関・事業所との連携を促すために、加算を設定することも一つの手法であるが、そのためにも連携先とその内容に関する評価指標を検討・作成することが、今後の課題であるといえる。

## 第4章 生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護における地域との関係づくりと支援技術

### 第1節 地域との関係づくり

#### 1) 調査の目的および研究方法

##### a) 調査の目的

前章の第2節にて、各事業所をグループAからグループDの4つのグループに分類し、グループCを中重度の認知症のある高齢者を多く支えている事業所として分析を行ったところ、専門機関・事業所との連携が関連していることがわかった。また、運営推進会議の構成員をみても、構成される委員は、いずれのグループとも地域住民の代表が最も多く、また、住民組織との関わりについても、いずれのグループでも7～8割の事業所が「何らかの組織と関わりがある」と回答していた。しかし、住民の協力（声かけ、見守り等）や利用者の近隣活動への参加をケアプランに組み入れている事業所は、いずれのグループも約4割程度であった。その一方で、地域包括支援センターとの連携や、社会福祉協議会との連携については、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している」と回答した事業所は、グループA・Cに多かった。そこで、本節では、地域との関係づくりの具体を明らかにするために、2009年度と同調査結果から、住民組織の関わりと具体的な内容について整理分析した。

##### b) 調査方法と倫理的配慮

本節では、前章第2節・第3節と同様、2009年度に実施した同郵送アンケート調査の分析を行った。2009年度の調査を対象としたのは、前章での分析結果と重ねて分析を行うためである。なお、倫理的配慮として、前章同様、利用者個々の基本属性および利用内容の記入表は匿名化し、集計前に事業所名が特定できないようにコード化し分析を行った。

[図表4-1] 調査方法の概要（一部、図表3-5の再掲）

2009年度調査
【調査方法】自記式アンケート調査（郵送）
【調査期間】2009年11月～2010年1月
【調査対象】2009年10月現在WAM-NETに掲載されていた全事業所2,223ヶ所（休止・廃止は除く）
【回答事業所数】769ヶ所（回収率34.6%）、利用者12,556名分の利用内容を回答
【調査項目】事業所調査：基本属性、サービス提供体制および利用状況、ケアマネジメント、登録者の個別利用状況、運営推進会議、地域の諸機関との連携等
個別利用状況調査：基本属性、サービス利用状況、加算有無等

## 2) 調査結果の概要

### a) 住民組織とほとんど関わりのない事業所

前章第2節の調査分析結果では、グループAからグループDにおいて、いずれのグループとも7~8の事業所が何らかの住民組織との関わりがあると回答していたが、一方でケアマネジメントにおいては、「住民の協力（声かけ、見守り等）」、「利用者の近隣活動への参加」を組み入れている事業所は、4割程度であった。

そこで、2009年度と同調査において、住民組織とほとんど関わりのないと回答した事業所の「地域との連携について」の自由記述について、事業所の開設経過年数（開設から半年未満、半年以上1年未満、1年以上2年未満、2年以上）ごとにみると、開設から年数が経っても、依然として際立った変化のない事業所と、事業所の考えや行動を起因とした理由以外に、地域との関わりを持てずにいるいくつかの理由が浮かび上がってきた。中には、ほとんど関わりのないと回答しつつも、自治会や町内会、近隣住民との関係は良好な事業所もあったが、地域への関わりに消極的な姿勢をもっていたり、日々の業務に追われ、関係づくりへの時間がとれないとしているところや、周囲の理解や協力が得られないと回答しているところがあった。また、地域との関わり方や契機自体がわからない事業所もあれば、こうしていきたいと関係の発展を描けてはいるが、まだ実行に移されていない事業所もあった。

そして、2年以上経過しても、住民組織とほとんど関わりのないと回答した事業所には、事業所の考えや行動を起因とした理由以外の理由が見うけられた。「地域の特性から近所等の関わりがうすい」、「地域に自治会が無いので、なかなか（地域に）入っていけない」、「自治会や公民館活動が休止、廃止している地域が広がっていて、地域のつながりを再生するための工夫がある。当市では、SOS 徘徊ネットワーク（模擬訓練）をひとつの柱に地域団体と事業所をつなぐ取り組みがされており、（事業所もそれに）積極的に参加しているが、その他のつながり方も模索している。」といった、住民同士の関わり自体が薄い地域や、住民組織自体が休止・縮小している地域においては、近隣住民との関係性をつくることに四苦八苦している。また、「地域と結びつけて考えるプランも出てきているが、地域に出たくない人も中にはいる。」、「家族が地域との関わりを拒むケース（自分の親の姿を見られたくない等）もあり、難しいのが現状」、「地域との連携や行事などの参加は利用者や家族があまり望んでいない。利用者をもてすぐ近くの方は、利用していない。少し離れた方が利用しているのが現状である。」といった、利用者本人や家族が、地域との関わりを好ましく思わないため、地域との関わりを積極的には持てないといった関係づくりの難しさを記述している回答もあった。

【図表4-2】住民組織との関係がないと回答した事業所の「地域との連携について」自由記述

開設から半年未満 (n=25)	半年から1年未満 (n=28)	1年以上2年未満 (n=58)	2年以上 (n=68)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との連携がなかなかとりにくく困っている。</li> <li>・地域の中にデイサービスやグループホームが有り、地域との連携や協力が取り難い。</li> <li>・地域によって連携の差がある。歴史ある地域は事業所自体を受け入れないところがある。開設前から十分な交流をもつことが大事。</li> <li>・地域とも上手に関われている。</li> <li>・地域との関わり方は大きな課題。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との関わり等、きっかけ作りがなかなか難しい。</li> <li>・まだ、利用者にも目を向けるのが精いっぱい、これからと考えている。</li> <li>・営利法人として地域に入りこむことがむずかしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の課題である。</li> <li>・最初に地域ありきと決めすぎのように感じる。まず本人、家族としっかりとした関係を築く中で、地球に自然溶けこむのを考えている。</li> <li>・地域との連携は必要なものであり、進めていきたいところであるが、より良い関係を築いてゆくための調整が必要であったり、それなりの人員が必要であるため、時間をかけて行っていかなければならない。</li> <li>・地域にとび出していきたいのですが、実現できずにいる。</li> <li>・小さな範囲で考えてみたい。</li> <li>・こちらから働きかけても受け入れてくれない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の課題。</li> <li>・今後さらに深い連携が必要。</li> <li>・紹介や行事以外連携がない為、連携要素を見出ししたい。</li> <li>・「地域密着サービス」という名前が重たい。</li> <li>・地域との連携はむずかしい。プランの中に地域を入れろというが、どの程度入れるべきか悩む事が多い。実際は、小規模自体が入所系の施設の待機になっているところも多いのではない。</li> <li>・地域にとって社会資源のひとつであると考えている。連携については、外部評価などでも事業者が積極的に取り組むべきなどのようにいわれているが、一方通行では意味がない。すぐにできることではなく、時間をかけてじっくりと取り組むべきことである。机上で考えられるほど容易いものではない。</li> </ul>
<p>【自治会、町内会、民生委員、近隣との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社協、民生委員等は協力的であり交流もできているが、地元の区長さんだけにどうしても運営委員会に参加できないと言われる。</li> <li>・地域の中にドンドン出たいが、民家の少ない所だと歩いていけないので大変。今の利用者さんが地域の人が多く、この場所が地域の一つだという感もある。</li> <li>・町内会活動に参加し、清掃活動などは地域の皆さんと行っているが、地域より介護についての相談はあまりよせられてこない。</li> <li>・町内会は施設に興味を持ってきていて、開設時に回覧板にパンフレットを入れてくれたりと好意的。</li> <li>・自治会への入会はしたが飛び地である為、関心は薄い。区長とはうまくいっており、民生委員も協力下さるが、地区の方々との交流ができていない。団地が多く、昼は人</li> </ul>	<p>【自治会、町内会、民生委員、近隣との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会の人には勤務者が多いので日中不在が多く、連携し難い。</li> <li>・町内会が行っている祭り、敬老会等を短時間少人数で見学する位で終わっている。</li> <li>・町内の戸数が多く、行事への参加を渋られたり、小規模の広報等の配布や回覧等を断られたり、株式会社のため営利目的であると決めつけられ敵対される。</li> <li>・民生委員さんを通して、地域の高齢者の状況等がわかり、事業所として、何らかの取り組みをしたいと考えている。</li> </ul>	<p>【自治会、町内会、民生委員、近隣との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会との交流がまだ。行事等の参加を計画し、少しずつ連携をとっていきたい。</li> <li>・もっともっと地域とのつながりを密にし、互いに信頼できる関係を築いていきたい。その為にも地域での行事など積極的に参加したいと思っている。</li> <li>・なかなか、地域住民との交流機会を持たず、今後どのようにして地域の中で、施設を位置づけていくかが課題である。</li> <li>・祭り、防災訓練の見学に行くぐらい。地域そのものの連帯感が薄れているなか、連携については事業所側からアピールしていくしかないと思っているが、地域差がかなりあると思う。</li> <li>・町内会に入会し、町内の行事に参加、町内青年団に入っていないが、獅子舞や消防訓練の大会と一緒に参加している。毎年の</li> </ul>	<p>【自治会、町内会、民生委員、近隣との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・少しづつではあるが、交流行事、その他、住民からの呼びかけ（声かけ）により連携が起きつつある。</li> <li>・日常的に関わる地域の人には限られている。</li> <li>・地域の特性から近所等の関わりがやすい。</li> <li>・地域の特性もあり、なかなか連携が進まない。</li> <li>・自治会に運営推進会議への出席をお願いしに行っても、一事業所だけを特別扱いできないと会長さんに言われる。町費は払っている。</li> <li>・自治会長に推進会議への出席をお願いに行く度に「これは、自治会長の仕事だという話しが来ない。」と言われる。前職の方からの申し送りはあるので出席する事は知っているし、出席はして頂けるが、ちゃんとしたところ（役所？）からのひと声があれば違うと思う</li> </ul>



<p>が出ていない。イベント時には参加して下さる方もいるが、まだまだこれから深めていく努力をしていかなければと考えている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>民生委員との連携が大切と感じている。PR活動や介護教室等を通じて連携を深めていきたいと思っている。</li> </ul>		<p>餅つきに婦人会の方が手伝ってくださる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地元の町会長さん等は大変協力的であり、ボランティアさんの紹介や、相談事の紹介等、日頃お世話になっている。施設の行事にお招きし、バイキング等、参加して頂いている。</li> <li>災害時の対策マニュアル作りを考えています。推進会議の委員さんからも意見をいただきたいと思っています。</li> <li>自治会長の方とはお話しをするが、回りが住宅地ではないため、連携が取りにくいと思う。</li> <li>町内会、自治会の運営が乏しい地域であるので、単体の事業所では限りがある。校区内学校（ボランティア活動）での参加、町内会の行事参加はしているが頻度が少ない。</li> <li>町内会組織として機能していないため、連携がとれない。</li> <li>町内会に加入していないが、近所の方と会った時等は挨拶を行い、開かれた施設でありたいと考えている。</li> <li>地域の方が気軽に茶饮みに来て頂ける様にと考えているがまだ、そこまでにならない状態です。</li> <li>本来近隣の方々に利用してもらいたいのだが、どうしても遠方からの依頼が多くなっており、連携は現状困難である。</li> <li>個人情報のかね合いで、民生委員の方からあまり情報を提供できないと言われてるので困っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域性の違いというのか、小地域に分かれていて、老人会も自治会もそれぞれ居住地に属しているので施設ごと、地域に、とけ込めない状況。グループホームのような一つの家族としては連携しやすいかと思っているが、そんな訳で地域行事には、施設として参加していない。地域の方のボランティアの方には来ていただき、様子をみていただき理解を深めていただくようにしている。</li> <li>開設してから2年半が過ぎ、運営推進会議は思うように開けていないが、地域の方々には充分施設を理解していただいている。また、協力や野菜をわけてくれたり、利用者をいっしょにさがしてくれたりもしている。短時間で理解していただくことは無理なので時間をかけ徐々に地域にとけ込んでいけたらと思っている。</li> <li>場所が立地的に地域と離れており、連携が難しく、入所施設とされている。歩いて行き来できる場所ではなく、車で移動しないと無理な所であるが、運営推進会議を通して、何とかなっている。しかし行政が言う地域密着型事業のあり方としては、問題が多く、今後どのようにして事業展開していくか、利用者の新規受け入れを確保するか大きな課題である。</li> <li>自治会等に働きかけているも、地域との連携はとれていない。事業所の働きかけの努力が必要。</li> <li>小規模多機能型になって3年が経った。近所の方々も、収穫した野菜を持ってきてくれたりする。何より亡くなった利用者さんの御家族が野菜を持ってきてくれるながら、おしゃべりをしていって下さるのが嬉しい。</li> <li>今、一番の悩みのタネ。通いが殆んどなので地域行事への参加に、時間が合わない。</li> <li>開設して2年が経過し、地域の中の認知はされつつあり、今後、防災や行事など、様々なかたちで連携がとれればと思います。</li> <li>地域の民生委員、老人会の人達が立ち寄っ</li> </ul>
---	--	--	--

			<p>てくれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議以外での接点はあまりないが、町内会のイベントや、歌のボランティアの活用など出来る範囲で地域との関わりを持って行けるよう配慮している。</li> <li>・地域の中にある魚屋さん、美容室などのお店を利用しており、なじみの関係づくりをしている。</li> <li>・地域との関わりがまだ薄いため、今後の課題と考えています。</li> <li>・少しずつ、連携が図れている。近所、民生委員とも、連携が取れてきている。</li> <li>・地域に自治会が無いので、なかなか入っていけない。こちらからの活動も少ないのが原因かもしれませんが。</li> <li>・自治会や公民館活動が休止、廃止している地域が広がっていて地域のつながりを再生するための工夫がある。当市では、SOS徘徊ネットワーク（模擬訓練）をひとつの柱に地域団体と事業所をつなぐ取り組みがされており、積極的に参加しているが、その他のつながり方も模索している。</li> </ul>
<p>【事業所の行事、活動】</p>	<p>【事業所の行事、活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設での行事等時地域住民へ声掛けしていますが、なかなか参加されません。</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会時民生委員さん地域包括支援センターの人、行政の人等に行事を知らせて頂き参加出来る行事は参加している。敬老会や納涼祭を施設で地域を招いて行っているが、参加者は少ない。もっと地域の中に入って行けるよう老人会や婦人会に働きかけたいと思っている。</li> <li>・少しずつではある地域の方々が、参加して頂いている。今後は地域に参加していきたいと思います</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・季節柄、呼びにくい時もあったが年2回以上は（地域の人を）招き交流の場がもてている。しかし、日頃の立ち寄りが少ないためアピール不足を感じている。施設だからと一線をおいていることを感じるため、少しずつ理解を広めていきたい。</li> <li>・交流行事の他はあまり足を運んでくれないので、皆で地域へ出てゆく様になっている。</li> </ul>
<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学校区で住宅街に存在するため、保育園や小学校との交流ができた。</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小、中学校や老人会とは合同でクリスマス会等開いている。</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小中学校の生徒さんがボランティアに来たり、幼稚園の子供たちが慰問に来てくれたりしている。</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保育園との連携は良く図れている。</li> </ul>
<p>【理解・周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域と積極的に関わりたいと思っているが、限られた人員配置の中で関わりのための取り組みを行う時間がない。小規模を理解している住民がとても少ない。もっとア</li> </ul>	<p>【理解・周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民の方でも当事業所の場所がわからない方が多く、周知徹底できていない（グループホームと併設のため勘違いされる）。</li> <li>・まだまだサービスの内容や活動に理解度が</li> </ul>	<p>【理解・周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「営利法人のやる事に、何故我々が協力しなくてはならないのか？」と地域から言われた事があり、推進会議に参加して頂くのも困難時もありました。その後、行政参加</li> </ul>	<p>【理解・周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報との事でなかなか入りこむ事がむずかしい。どうしても他者には営業との考えがある。</li> </ul>

<p>ピールを。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域にどんなサービスかなかなか周知ができていないのが現状。</li> </ul>	<p>低い。交流する機会が少なく、どのように切り込めばいいのかわからない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民が小規模多機能型居宅介護施設への認知度が低い。</li> <li>・必ずしも地域の方々が積極的に理解、協力されるわけではなく事業所だけで要請しても限界があると感じられる。事業所・市民・行政が一体となるような、対応をしていかなければ、介護サービスをうける国民の生活そのものが破綻するのではないかと懸念される。</li> </ul>	<p>により説明がなされ、少しずつ参加して頂けるようになりました。事前に地域の集会などで、説明しておいて頂けると、よりスムーズに行くのでは？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全くとれていない。小規模を立ち上げる前から地域住民によく理解して頂けるようなセミナーなどを開いて、賛同が得られた場所で事業を開始するべき。</li> <li>・事業所からの発信が不足していると認識している。</li> <li>・現状が閉鎖的なので、どんどん外へ向けていく必要がある。少しずつ交番などとの協力関係ができつつあるが、施設のまわりの住民の方には知って頂けないというか、宣伝も必要だと感じている。</li> <li>・地域柄、新しいものの受け入れが困難。施設、認知症などその存在に対し、理解して頂けないのが現状。地域密着型サービスでありながら、地域に密着できていない。</li> <li>・まだ（地域との連携は）とれていない。今後、何かの形で小規模多機能施設はどういう機能の場所かを理解してもらいながら、連携を図っていきたい。</li> <li>・地域との連携はできているが、利用者募集の際には、必ず行政担当課の方に相談に行く方大勢なので、その辺の対応と、紹介をもっともっと積極的に行ってほしい。行政側が小規模をアピールして、紹介することに真剣になってほしいことを願う。</li> </ul>	
<p>【ボランティア】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアの導入を積極的にしていきたい。</li> </ul>	<p>【ボランティア】</p>	<p>【ボランティア】</p>	<p>【ボランティア】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアを受け入れている。</li> <li>・地域のボランティアにも時々、来所してもらい、一緒に色々なものを手作りしている。近くの駅構内に作品を展示してもらっている。</li> </ul>
		<p>【運営推進会議】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議の意図は分かるが、年6回程度となると事業所として負担感がある。上期と下期年2回程度の位置づけが適切なのではないかと思う。</li> <li>・運営推進会議等、もっと密に行ない地域との連携をとっていく必要があると思う。</li> </ul>	<p>【運営推進会議】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設して2年半経過したが、地域が非常にむずかしい位置にあり、はっきりと決まっていない。今年中には決めたいと行動している途中で運営推進会議も当日キャンセル多く、なかなか開催出来ない。</li> </ul>

<p>【事業所の負担】</p>	<p>【事業所の負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外部評価、情報公表、運営推進会議等、対応しなければいけないことが多すぎて、小規模な事業者には負担が大きい。</li> </ul>	<p>【事業所の負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>業務が多く、住民組織との交流がなかなか持ちにくい。商業地域に立地しているためでもあるが。</li> <li>人員配置基準ギリギリの配置の為、地域に目を向けたくても向けられない現状がある。地域の行事に参加したり、ご利用者と共に地域で生活していきたいと考えているが対応が難しい。地域の方々にお世話になっているが還元出来ていない。</li> <li>現状、現場がいそがしすぎて地域まで手がかけられない。</li> </ul>	<p>【事業所の負担】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>積極的に入っていくのでも、職員に時間外ボランティアを毎回お願いするような形になるので、難しい。</li> <li>働きかける余力がない。</li> </ul>
			<p>【利用者や家族が地域との関わりに消極的】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域と結びつけて考えるプランも出てきているが、地域に出たくない人も中にはいる。人それぞれの思いがあるのに、地域との結びつきを義務化していること自体、どうかと思う。</li> <li>家族が地域との関わりを拒むケース（自分の親の姿を見られたくない等）もあり、難しいのが現状。</li> <li>地域との連携や行事などの参加は利用者や家族があまり望んでいない。利用者をもてもすぐ近くの方は、利用していない。少し離れた方が利用しているのが現状である。</li> </ul>
<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域商店街の会長が推進委員のため、商店街との交流もできた。</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>設置基準において地域との連携とあるが、現実的には特定の営利法人が地域と連携することは受けて側から見れば協力することに疑義が発生し、本来義務付けることに疑問を感じている。本来的に、地域と介護保険事業所（社会的資源）のネットワーク推進の役割は社会福祉協議会であり、社会福祉協議会の活動を根本的に見直す必要があると考える。一方地域包括センターにも、地域福祉推進の機能が位置づけられているが、社会福祉協議会との関係等々がかならずしも整理されておらず、地域福祉推進の基本的な役割、連携等のあり方に問題を感じている。</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>市からのアピールなし、同業者隣接など、地区の会議出席等でアピールするが、権力ある在介メインで地域は動いている様な地域。</li> <li>連携加算が活かされていない。ケアマネ事業所の困りこみがある。</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>守秘義務等もあり、個人や事業所レベルでは難しいところもある。地域との連携については行政の協力も必要。</li> <li>ある程度の流れは行政で対応して欲しい。</li> <li>行政とのつながりもあるが、もっと小規模多機能型居宅介護が身近なものに感じられるような取扱いをしていただきたい。これからの介護は在宅生活を中心にと考えているならば小規模の必要性をもっと理解していただけるような取り組みを考えていただきたい。それが発展すると地域とつながり、連携もすこしは良くなるのではないかと。</li> </ul>

### b) 住民組織と関わりのある事業所と開設経過年数

住民組織との関係について、「関わりがある」と回答した事業所のうち、前章第2節で設定したグループ A<sup>i</sup>・C<sup>ii</sup>・D<sup>iii</sup>について、開設経過年数（開設から半年未満、半年以上1年未満、1年以上2年未満、2年以上）ごとに、頻繁に関わりのある組織名とその具体的内容を見てみると、グループ A・C・D 全てにおいて、開設年数が経つにつれ、関わりのある住民組織の種類は増えていた。自治会、町内会、学校、老人会・老人クラブ等との関わりは、開設当初からみられるが、開設1～2年を過ぎると、商工会や農協等の産業組合や、消防団、地区社協や福祉に関するネットワークとの関わりへと広がりを見せていた。またその内容も、交流から地域課題解決の協働へと広がっていた。

例えば、開設から半年未満や1年未満の事業所では、小規模多機能型居宅介護サービス自体の理解を得ることや、組織が行っている行事や学校行事に事業者が参加したり、事業者が行う行事へ地域住民を招待するといった相互の交流にとどまっているところが多いが、開設から1～2年が経過し、住民組織との関係が良好に進むと、地域の人々が、事業所の行事に、招待された人ではなく行事手伝う人として参加したり、また、事業所側は、職業体験やボランティアの活動の場として地域の人を受け入れたり、地域組織が集まる場所を提供したり、講習会や勉強会の講師として協力したりと、双方向の協力関係が生まれ、事業所側は、専門性を生かした地域貢献へと発展していくようであった。

さらに、開設から2年以上経過すると、自治会や町内会、消防団などの住民組織や事業所の双方が計画する行事（祭りや防災訓練など）を共同開催するところも出てきたり、地域課題の解決に向けた取り組みを協働するところも出てきている。特に、防災・防犯、サロン活動、講習・勉強会等において、そうした活動が見受けられた。

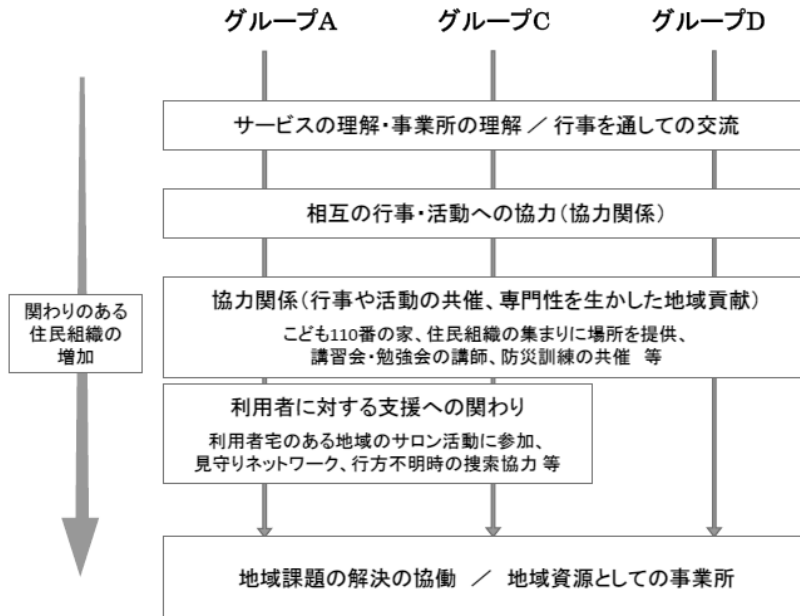
また、こうした地域課題の解決に向けた取り組みの他にも、事業所の利用者支援に地域の人々が関わっている例もみられた。例えば、事業所のある地域の自治会やサロン活動ではなく、利用者の住む地域の自治会活動に参加したり、利用者の住む地域のサロン活動に参加したり、地域の人々が利用者宅の草取りをしたり、見守りネットワークを形成したり、利用者の権利擁護に関わったりする例もあった。こうした利用者に対する支援への関わりは、グループ D よりも、グループ A やグループ C に多く、利用者宅での生活支援において、利用者の社会関係性に目を向けた支援が、重要な役割を担っていることがわかる。

i 認知症ではないもしくは認知症が軽度（I、IIa）でADLの高い利用者が多く、利用類型がf群であるケースも少ないグループ

ii 認知症が中重度（IIb～M）であり、ADLが高くない利用者の割合が高いが、利用類型がf群であるケースも少ないグループ

iii グループCと同様に認知症が中重度（IIb～M）であり、ADLが高くない利用者の割合が高いが、利用類型がf群であるケースが多いグループ

[図表4-3] 住民組織と事業所との関係の発展段階



[図表 4 - 4] グループ A の開設年数別の関わりのある住民組織とその具体的内容

開設から半年未満 (n=10)	半年から 1 年未満 (n=19)	1 年以上 2 年未満 (n=35)	2 年以上 (n=67)
<p>【関わりのある地域組織】</p> <p>自治会・町内会(8)、</p> <p>老人会・老人クラブ、</p> <p>消防団、</p> <p>地区社協、社協会、</p>	<p>【関わりのある地域組織】</p> <p>自治会・町内会(15)、民生委員 幼稚園、小学校、中学校 公民館、</p> <p>老人会・老人クラブ(3)、 婦人会、校区親子会、</p> <p>飲料組合、 ボランティアグループ</p>	<p>【関わりのある地域組織】</p> <p>自治会・町内会・隣組(20)、校区(2)、民生委員 保育所(3)、小学校(3)、中学校、 公民館</p> <p>老人会・老人クラブ(7)、 婦人会(4)、高齢者の婦人の会、児童クラブ、 消防団、</p> <p>地区社協(2)、福祉を高める会、</p> <p>地域の NPO 法人</p>	<p>【関わりのある地域組織】</p> <p>自治会・町内会(36)、校区(5)、 保育所(2)、小学校(3)、中学校、 公民館、児童館、</p> <p>老人会・老人クラブ(14)、老人クラブ 全体会、 婦人会(10)、母親クラブ、子供会、 青年団、消防団(5)、</p> <p>地区社協、社協支会、地区福祉のまち推進セ ンター、地域ネットワーク 推進員、 商工会、農協婦人部、 地域ボランティア団体(5)、地域サロン</p>
<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭・清掃・運動会・芋煮会等）への参加や協力</li> <li>・会合の出席</li> <li>・老人会行事（旅行・グランドゴルフ等）への参加</li> </ul>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、清掃、防災訓練等）への参加や協力</li> <li>・老人会行事への参加、出し物</li> </ul>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、文化祭、清掃、古紙回収、防災訓練、会合・総会、イベント、ゴミ収集運動、花いっぱい運動、福祉委員主催のサロン活動等）への参加や協力（神輿の休憩所、寄付）</li> <li>・回覧板、班長</li> <li>・老人会行事への参加</li> <li>・婦人会、踊りのボランティア</li> <li>・公民館行事参加</li> <li>・定期的に集まる会合や踊りの練習に場所を提供</li> </ul>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、餅つき、清掃、花いっぱい運動、古紙・空缶回収、防災訓練、運動会、敬老会、会食、ふれあい喫茶、サロン等）への参加や協力（休憩所の提供、夏祭り協賛、医療体制）</li> <li>・回覧板（案内、毎月活動報告）</li> <li>・老人会行事への参加、会合や催事出席</li> <li>・敬老会の開催場所の提供</li> <li>・老人クラブへの場所提供</li> <li>・地域のバリアフリー運動</li> <li>・婦人会のチャリティーショー参加</li> <li>・婦人会の旅行に、職員が参加している。</li> </ul>
<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学校文化祭への参加</li> <li>・幼稚園行事（花植え、運動会、お泊り会、敬老会等）への参加</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・吹奏楽部の訪問</li> <li>・小学生の来訪</li> <li>・園児の来訪、保育所へ訪問し交流</li> <li>・総合学習の受け入れ</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職場体験の受け入れ</li> <li>・小学校の放課後、ボランティアで夕刻まで児童を事業所で預かっている</li> <li>・小学校の文化祭、運動会</li> <li>・小学生が来訪し交流</li> <li>・児童館（子どもと親が来訪）との交流</li> <li>・手作り作品を高校に出品し展示</li> </ul>

<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議に委員として参加</li> <li>・自主研修への職員派遣</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の行事への招待や参加</li> <li>・慰問受け入れ</li> <li>・認知症サポーター養成講座開催</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の行事への招待や参加</li> <li>・ボランティア（踊り、お茶、掃除、草取り、まつり）の受け入れ</li> <li>・運営推進会議に委員として参加</li> <li>・月1回のサロンの開催</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の行事（ミニデイ、健康教室、運動会、映画鑑賞会、盆踊り等）への招待や参加</li> <li>・ボランティアの受け入れ</li> <li>・老人クラブへの介護予防や交流会</li> <li>・運営推進会議に委員として参加</li> <li>・地域勉強会、認知症学習会の開催</li> <li>・手作りぞうきんの贈呈</li> <li>・児童、生徒、先生の来訪</li> <li>・学校農園産米の贈呈</li> </ul>
<p>【利用者の支援における関わり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・徘徊時の捜索協力依頼</li> <li>・いきいきサロンへの参加</li> </ul>	<p>【利用者の支援における関わり】</p>	<p>【利用者の支援における関わり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・いきいきサロンに参加</li> </ul>	<p>【利用者の支援における関わり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が地域のサロンに参加できるように連携をとっている</li> <li>・地域サロンへ地区出身の利用者が参加</li> <li>・地区のサロンへ利用者と出席</li> <li>・見守りネットワークを作っている</li> </ul>
<p>【防犯、防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・こども110番の家になっている</li> </ul>	<p>【防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所での避難練に参加してもらう</li> </ul>	<p>【防犯、防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区消防訓練への参加</li> <li>・防災訓練は町内会と共同実施</li> <li>・災害時等での協力</li> </ul>	<p>【防犯、防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・消防訓練の実施（消防団に協力依頼、地域住民の参加呼びかけ）</li> <li>・消防団の防災訓練に参加</li> </ul>
<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民主委員との意見交換</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供・収集</li> <li>・市場への買い物時の交流</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員の定期的な訪問</li> <li>・NPO 法人の児童育成事業、野菜や米づくりへの参加</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア団体が企画する行事への参加</li> <li>・町内会から、地域の高齢化問題について事業所と協力してやっていこうと決めたとの申し出あり</li> <li>・商工会への会計、労働事務委託</li> </ul>



[図表 4 - 5] グループ C の開設年数別の関わりのある住民組織とその具体的内容

開設から半年未満 (n=18)	半年から 1 年未満 (n=14)	1 年以上 2 年未満 (n=34)	2 年以上 (n=76)
<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(11)、校区、民生委員協議会、</p> <p>老人会・老人クラブ(2)、 婦人会(2)、 消防団(2) 地区社協(4)</p>	<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(11)、民生委員協議会、</p> <p>公民館 老人会・老人クラブ(2)</p> <p>青年団</p>	<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会 (18)、校区(4)、民生委員、 保育所、小学校、中学校、 児童館、 老人会・老人クラブ(3)、 婦人会、 青年団(2)、消防団(4)、 地区社協(3)、街づくり協議会、 趣味活動・体操の住民団体(2) 町内いきいきサロン、見守りネットワーク、 友愛活動、住民の互助活動グループ、 JA たすけあい組織の会</p>	<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(50)、校区(4)、民生委員(3) 幼稚園、保育所(4)、小学校(4)、中学校(3)、 児童館、公民館(3)、子供会(2)、 老人会・老人クラブ(10)、 婦人会(3)、地域福祉推進チーム 若連、消防団(5)、 地区社協(7)、福祉会、 生協組合員、住民グループ(2) 地域の環境活動団体、娯楽クラブ</p>
<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、防災訓練、掃除等）への参加や協力</li> <li>・住民への施設ホール利用開放</li> <li>・要望に応じて説明会や講演を実施</li> </ul>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、運動会、清掃活動等）への参加や協力</li> <li>・回覧版（事業所の広報誌や通信の回覧）</li> </ul>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、文化祭、餅つき、運動会、町内相撲大会、カラオケ、バザー、防災訓練、清掃活動、会合等）への参加や協力</li> <li>・サロン活動にスタッフが、料理 1 品を提供し活動に参加、</li> <li>・福祉推進勉強会で講師として協力</li> <li>・回覧板</li> <li>・地域交流スペースの利用開放</li> </ul>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域行事や活動（祭、運動会、清掃活動、防災訓練、総会等）への参加や協力</li> <li>・地域行事の準備時に利用者とともに作ったお菓子などを差し入れ</li> <li>・老人会のサロンや行事に参加</li> <li>・町内会役員</li> <li>・事務長が自治会福祉委員をしている</li> <li>・老人クラブの活動（小規模の話をする）に協力</li> <li>・回覧版（通信の回覧）、会誌への寄稿</li> <li>・町内会のサロン活動を共催</li> <li>・車いす講習会</li> </ul>

<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>小学生の訪問</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>小学生との交流</li> <li>小学校の運動会を見に行く</li> <li>中学生体験活動、学外学習の受け入れ</li> <li>中学校の体育祭を見に行く</li> <li>高校生との交流</li> </ul>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保育園との交流会</li> <li>近隣校内に遊びに行く</li> <li>小学校で利用者が「虫歯予防について」講師となる</li> <li>小学校の行事（文化祭、運動会）に参加</li> <li>職場体験、学外学習の受け入れ</li> <li>児童館などの行事に参加</li> <li>中学校での利用者の作品展示、お花見給食会参加、式典参加</li> </ul>
<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の行事への招待や参加</li> <li>定期的なボランティア（調理）の受け入れ</li> <li>ボランティア（おり紙教室等）の受け入れ</li> <li>施設見学、事業内容の説明会で協力</li> <li>喫茶店をオープンし地域住民にも参加してもらっている。</li> <li>運営推進会議に委員として参加してもらう</li> <li>見学会の受け入れ</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の行事への招待や参加</li> <li>青年団と協力して祭りを開催した</li> <li>ボランティアの受け入れ</li> <li>散歩の際、住民の皆さんへ挨拶、声かけ</li> <li>運営推進会議に委員として参加</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の行事（祭）への招待や参加、共催</li> <li>老人クラブよりタオルの寄付</li> <li>ボランティアの受け入れ、サークル活動での慰問</li> <li>職員が踊りを習ったりする</li> <li>運営推進会議に委員として参加</li> <li>介護についての説明会や相談会の実施</li> </ul>	<p>【事業所の行事、活動への参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の行事（祭、食事会、法話等）への招待や参加</li> <li>事業所の行事の際の活動補助ボランティア、指導</li> <li>事業所の行事の際のボランティア（だんご作りおはぎ作り等）</li> <li>定期的なボランティア（ちぎり絵、話し相手）の受け入れ</li> <li>毎年しめ縄作りを教えてもらっている</li> <li>運営推進会議に委員として参加</li> <li>地区社協の見学受け入れ、事業説明会への参加</li> <li>学校や公民館での認知症サポーター養成講座の開催（職員がキャラバンメイト）</li> <li>町内会と合同での認知症サポーター養成講座の開催</li> </ul>
<p>【利用者の支援における関わり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>見守り隊</li> </ul>	<p>【利用者の支援における関わり】</p>	<p>【利用者の支援における関わり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者宅の草とり</li> </ul>	<p>【利用者の支援における関わり】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>老人クラブの催物の参加支援を行っている</li> <li>利用者の各地域のサロン参加補助</li> </ul>
<p>【防犯、防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の安全のための諸活動、防犯パトロール</li> <li>消防訓練に係わる指導や情報をもらう</li> </ul>	<p>【防犯、防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域との防災協定</li> </ul>	<p>【防犯、防災活動】</p>	<p>【防犯、防災活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>防災訓練の合同実施</li> <li>消防訓練の依頼</li> </ul>
<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>公園サロン</li> <li>介護保険関連の相談</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の畑作業に協力してもらっている</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関への送迎</li> <li>地域福祉計画を一緒にすすめる</li> </ul>	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地区認知症モデル事業の協力</li> </ul>

[図表 4 - 6] グループ D の開設年数別の関わりのある住民組織とその具体的内容

開設から半年未満 (n=6)	半年から 1 年未満 (n=12)	1 年以上 2 年未満 (n=23)	2 年以上 (n=58)
<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(2)、校区</p> <p>老人クラブ</p>	<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(7)、校区、民生委員組織、</p> <p>小学校、</p> <p>老人会・老人クラブ(2)</p> <p>ふれあいのまちづくり協議会、 見守りボランティア(2)、 JA 女性部</p>	<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(13)、校区(3)、民生委員、 学校、中学校、 公民館、 老人会・老人クラブ(7)、長寿会、 婦人会(4)、 消防団(2)、 地区社協(3)、自治振興会、 ボランティア団体</p>	<p>【関わりのある地域組織】 自治会・町内会(36)、校区(3)、民生委員、</p> <p>保育園、小学校、中学校、 公民館、公民館ボランティア 老人会・老人クラブ(7)、長寿会、 婦人会(5)、 消防団(2)、 地区社協(3)、 農協青年部、 ボランティアサークル、地域ボランティア、 趣味活動等の住民団体</p>
<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】 ・地域行事や活動（祭等）への参加や協力 ・老人会の行事（盆踊り、運動会、会食等）の参加</p>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】 ・地域行事や活動（祭、伝統芸能、防災訓練等）への参加や協力 ・回覧板 ・老人クラブ会議の参加</p>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】 ・地域行事や活動（祭、清掃活動、避難訓練、運動会、カラオケ大会、バザー出品等）への参加や協力 ・老人クラブの行事（敬老会、清掃） ・町内会の定期的な会合への場所提供 ・回覧板</p>	<p>【地域組織の行事、活動への参加や協力】 ・地域行事や活動（祭、花見、清掃活動、防災週間の夜回り、文化展出展、総会、廃品回収等）への参加や協力 ・自治会の健康診断への場所提供 ・場所（デイルーム）の貸出 ・自治会の健康相談など実施 ・回覧板 ・祭りの協賛 ・地域の各行事にて、事業所が獅子舞を披露</p>
<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】 ・小学生の職業体験の受け入れ</p>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】 ・事業所の行事に保育園児が参加 ・小学校の行事に利用者と参加</p>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】 ・児童が玩具を持って来て一緒に遊んだりしている ・小学校の文化祭や運動会に招待される</p>	<p>【幼稚園、保育所、学校との交流】 ・職業体験の受け入れ ・中学生が、清掃ボランティアや似顔絵描きをしに来てくれる ・学校行事への参加 ・小中学校の生徒が介護実習に参加</p>
<p>【事業所の行事、活動への参加】 ・事業所の行事に招待</p>	<p>【事業所の行事、活動への参加】 ・事業所の行事の際の活動補助のボランティア ・ボランティア（慰問）の受け入れ ・運営推進会議に委員として参加してもらう</p>	<p>【事業所の行事、活動への参加】 ・事業所の行事に招待 ・事業所で月 2 回舞踊教室を実施（婦人会メンバーも参加） ・運営推進会議に委員として参加してもらう ・老人会や老人クラブ、民生委員への見学実施、施設訪問（歌や踊りを一緒に行う、認知症サポーター養成講座）</p>	<p>【事業所の行事、活動への参加】 ・事業所の行事に招待、祭の共催 ・ボランティア（舞踊、民謡、踊り、三味線、コーラス、ピアノ、銭太鼓、フラダンス、）の受け入れ ・運営推進会議に委員として参加してもらう</p>

【利用者の支援における関わり】	【利用者の支援における関わり】 ・見守りボランティア	【利用者の支援における関わり】 ・利用者に対する情報の共有	【利用者の支援における関わり】 ・簡単な介護補助
【防犯、防災活動】	【防犯、防災活動】	【防犯、防災活動】 ・こども 110 番の家になっている	【防犯、防災活動】 ・こども 110 番の家になっている ・防災時の協力員
	【その他】 ・野菜提供	【その他】 ・食材など差し入れ	【その他】 ・利用者の権利擁護について(連携している) ・自治会が立ち上げた法人なので、日頃より関わりが多い

### 3) 考察 ～運営推進会議を活用した地域との関係づくりとケースを通じた近隣との関係づくり～

#### a) 地域との関係づくりの発展段階

全体を通し、地域との関係づくりの発展段階については、開設からの年月が関係しているようであるが、それ以前に、連携に積極的であるか否かは、開設からの経過年数だけではないことが伺える。開設から1年以上経過しても、事業所の考えや行動を起因とした理由以外に地域との関わりが薄い場合には、事業所の地域との関わり方の手法を見直した方がよいと言える。

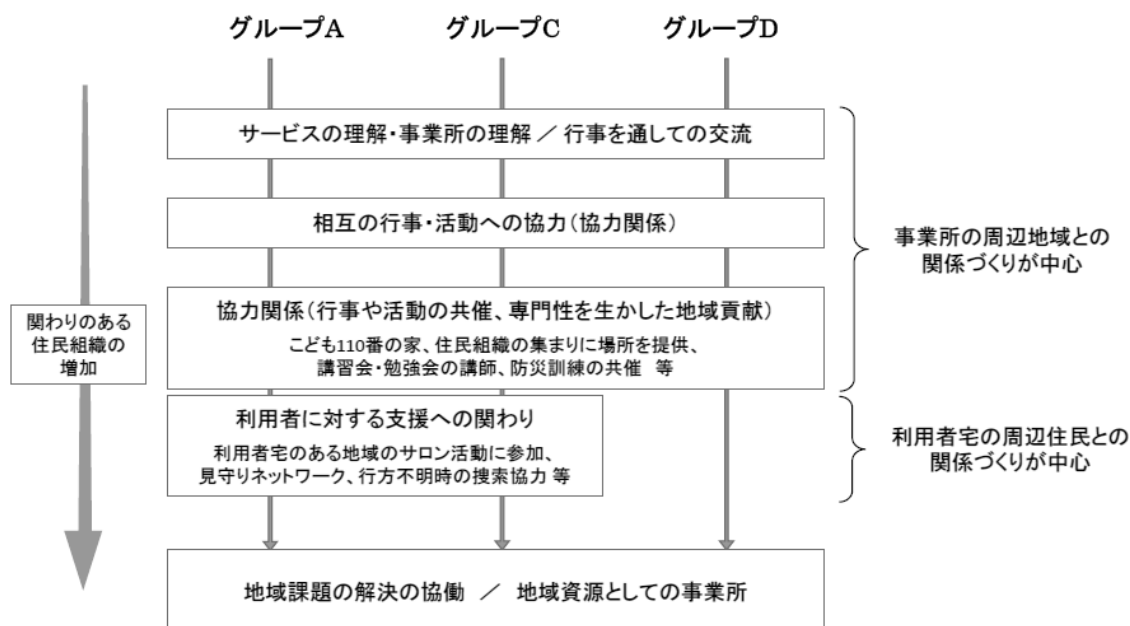
住民組織とほとんど関わりがないと回答した事業所の「地域との連携について」の自由記述に、「老人会も自治会もそれぞれ居住地に属しているのに、施設ごと、地域にとけ込めない状況」とあるように、各利用者の住んでいる地域の地域組織との関係は、事業所のある地域のそれとは、また別である。同じ日常生活圏域を意識した地域密着型サービスであっても、認知症対応型共同生活介護の入居者の主たる生活の場は、事業所である一方、小規模多機能型居宅介護事業の利用者の主たる生活の場は、利用者宅である。

事業所として事業所の周辺地域の住民組織との関わりがあっても、利用者のケアマネジメントに「住民の協力」や「利用者の近隣活動への参加」を組み入れている事業所の割合が低い理由はここにあると推測され、個別支援のケアマネジメントに住民組織との関わりが直接反映されにくい状況を示しているといえる。

その一方で、利用類型がf群（施設利用同様型）であるケースが少ないグループAとグループCでは、住民組織との関わり方においても、事業所周辺の地域住民組織との関係を発展させていくだけでなく、利用者に対する支援に地域住民が関わっている事業所もあった。また、事業所が関わりのある組織として挙げた中に、いずれのグループも地区社協が挙げられているが、グループAやグループCでは、見守りネットワークや地域ネットワーク推進員なども挙げており、利用者に対する支援に関連する組織との関わりが多く見られた。そして、このように利用者に対する支援と関わるには、事業者が地域との関係づくりを事業所周辺地域から利用者宅の住民へと広げることが必要であると推測する。

また、前章第2節においても、「地域包括支援センターへ困難ケースについて相談をしたことがある」事業者や「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している」事業所も、グループA・Cに多かったり、「社協の活動（サロン活動やボランティア等）に対して具体的に協力している（場所提供や職員の事業への参加等）」事業所や「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している」事業所も、グループA・Cに多かったことから、個別支援に関わるネットワークの活用には、地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携や協働が重要であり、これらの機関の職員と顔を合わせ、定期的に情報交換のできる場である運営推進会議の議事の持ち方によっては今後一層有用な活用が期待できる。

[図表4-7] 住民組織と事業所との関係の発展段階における関係づくりの対象の違い



### b) 利用者宅の周辺住民との関係づくりと社会関係性

第1章第2節において、社会関係性を社会関係の構造と機能と定義したが、ここでは、機能のうち、先行研究から、関係の性質について、ネガティブ・ポジティブという分類と選択性に着目したい。先行研究では、社会関係性は、ネガティブネットワークとポジティブネットワークという2つに分類され、後者はサポートネットワークに当たるとされているが、社会関係性には、ネガティブでもポジティブでもない中立的な関係も存在すると考える。ただし、先行研究で古谷野ら(2005)が「個人が生涯に出会った他者のうちのごく一部が、何らかの基準によって選択されて、高齢者の社会的ネットワークを構成していることは忘れられがちである」と述べているように、このネガティブかポジティブかという判断が、ネットワークの中心となる個人の主観的評価によるものであると、関係の紐帯の強弱や消失にも大きく関わるため、生活支援をテーマとする本論では、専門職をはじめとする第三者からできるだけ客観的に判断される分類とする。

また、関係の選択性については、上野(1987)が、人間関係の領域を①家族・親族-血縁、②近隣-地縁、③職場関係-社縁、④友人関係-選択縁と分類しているが、本論では、①選択縁、②半選択縁、③非選択縁に分類する。選択縁とは、上野のいう友人・知人関係、そして医療機関や介護事業所等の専門機関も含む自らが選択する他者との関係のことを指し、半選択縁は、上野のいう社縁、地縁といった学校や職場、居住地域等、一定程度自ら属性は選択することができるが、そこに集合する他者は選択できない状況で生じる関係とする。ただし、属性によって生じた関係のうち、卒業や退職、転居等、その属性から外れても続いている関係は、選択縁に移行すると考える。そして、非選択縁は、血縁を代表とする自らが選ぶことのできない関係を指すこととし、これを表にまとめると図表4-3のよう

になる。

通常的生活支援では、親族を中心とする非選択縁の関係やサポートネットワークであるポジティブな関係という逆L字（図表4-8の斜線部分）の範囲を中心として関係づくりを行う。しかし、ここで注意しなければならないのは、客観的にポジティブな関係と判断される社会関係性であっても、本人が認識していない場合があることである（例えば、実際は、本人が認識していないところで見守っている近隣住民や民生委員等がいたとしても、本人がネガティブでもポジティブでもない中立的な関係と感じている場合など）。つまり、本人や親族からのアセスメントを中心とする情報では、本人や親族が、誰々が〇〇をしてくれていると認識しない限り、介護事業者をはじめとする専門職が、関係づくりの対象として、こうしたネットワークを構成する社会的行為者の情報を得ていないことになる。しかも、アセスメント時に、そのネットワークの関係が受動的なものへと変容していれば、尚更そうした情報は得にくい。特に半選択縁の場合に、このような関係が隠れている可能性がある。そして、グループAやグループCに、利用者支援に住民組織が関わっている事例が多いのは、半選択縁かつポジティブな関係（図表4-8の二重線の四角形で囲まれた部分）に対して働きかけているからであると推測する。そこで、次節以降、これらを具体的な事例をもとに検証する。

[図表4-8] 社会関係性の質（ネガティブ・ポジティブ、選択性）に着目した分類

	本人にとって ネガティブな関係	本人にとって ネガティブでもポジティブ でもない中立的な関係	本人にとって ポジティブな関係 (サポートネットワーク)
選択縁 (友人、知人、 専門職 等)			
半選択縁 (近隣住民、 住民組織 等)			
非選択縁 (親族 等)			

## 第2節 ネガティブな社会関係性をもつ認知症高齢者に対する支援

### 1) 調査の目的および研究方法

#### a) 調査の目的

前節の調査分析結果から、利用類型がf群（施設利用同様型）であるケースが少ないグループAとグループCでは、住民組織との関わり方においても、事業所周辺の地域住民組織との関係を発展させていくだけでなく、利用者に対する支援に地域住民が関わっている事業所もあった。同じ日常生活圏域を意識した地域密着型サービスであっても、認知症対応型共同生活介護の入居者の主たる生活の場は、事業所であるが、小規模多機能型居宅介護事業の利用者の主たる生活の場は、利用者宅である。利用者宅での支援において、利用者宅周辺の住民組織と事業所周辺の住民組織が異なっている場合、事業所周辺の住民組織がそのまま利用者の生活支援につながるとは限らない。

そこで、認知症高齢者の利用者宅での生活支援において、小規模多機能型居宅介護事業所がどのようなサービスを提供し、また利用者の社会関係性に目を向けた支援を、どのように行っているのか、その具体を明らかにするために訪問ヒアリング調査を実施した。

#### b) 調査方法と倫理的配慮

本訪問ヒアリング調査では、L地区にある事業所Mにて半構造化面接を行った。著者は、2007年に実施された「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」（立教大学森本佳樹研究室受託）および2008年に実施された「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 地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護のあり方に関する研究」（立教大学森本佳樹研究室受託）において、調査実施者の一人として、既に事業所Mを訪問しており、事業所Mは、同調査でのヒアリング調査先の中でも、先駆的な活動をしている事業所の一つとして評価していた。事業所Mを立ち上げた現施設長は、自身の職務経験と個人的な介護経験から、「まちづくり」の重要性を認識し、介護事業の運営だけでなく、サロン活動や地区社協に相当する会での勉強会の講師も務めたりしている。また、介護支援専門員N氏も、そうした施設長の意識や活動を認識しながら、介護が必要になっても地域で暮らし続けられる地域であるよう、住民意識の向上に取り組んでいる。2008年度の調査（森本2009）では、全国の小規模多機能型居宅介護事業所のうち、自治体の人口規模別にいくつかの観点から16地域22ヶ所の事業所を選定し、半構造化面接を行っており、その中で「地域力（地域住民の潜在的行動力、協力、主体的行動力）を組み入れた支援の展開プロセス」について検討した結果、他の事業所と比較して高い評価を得た。事業所Mは、「認知症をもつ利用者が、在宅生活を継続するにあたり、利用者本人が、これまで日常生活で関わってきた人々（例：散髪屋、スーパー、喫茶店などの人たち）を図にまとめ、自分自身でその関係を、利用者の後ろで『追体験』することにより、関係者の理解と協力を得て、共に利用者を支えるよ



うに働きかけている。また、このことによって認知症に対する住民理解も高まっている。」という実践から、第0段階から第4段階ある展開プロセスのうち、「第3段階：各ケースを通して作られた地域ネットワークによる支援」をおこなっている事業所として位置づけられ、「利用者の目線で、本人を取り巻く従来からのネットワークを組み入れること」の重要性も示した。以上のことから、事業所Mを本調査の対象として選定した。調査方法の概要は図表4-7の通りである。

なお、倫理的配慮として、ヒアリング調査時は、プライバシーの保護に考慮して説明してもらい、調査時の記録（調査メモおよび録音記録を文字化したもの）においても、利用者等の個人名や個人が特定される地名等は、個人が特定できない形にコード化した。また、本論での表記でも、事業所や利用者等の個人や場所が特定できるような情報については掲載していない。

[図表4-9] 調査方法の概要

【調査方法】	半構造化面接
【調査期間】	2011年6月13日13時30分～16時00分
【面接対象】	小規模多機能型居宅介護のケアプランに関わる同法人の居宅介護支援事業所の介護支援専門員1名（N氏）
【調査項目】	事業所の概要、小規模多機能型居宅介護を利用している認知症高齢者の基本属性と支援内容（利用者の基本属性、利用前の社会関係、認知症の進行によって生じた社会関係の変化とそれともなうトラブル、利用者に対する支援等）

## 2)調査結果の概要

### a) 事業所の概況

L地区は、人口40万人を超え（2010年現在）、高齢化率はおよそ23%の自治体の南部に位置する。事業所Mは、有限会社が運営し、認知症対応型共同生活介護、通所介護、居宅介護支援事業所を運営している。小規模多機能型居宅介護は、認知症対応型共同生活介護および通所介護と同敷地内に1ヶ所（事業所M、登録定員12名）、そのサテライトが1ヶ所（登録定員6名）、その他L地区内にもう1ヶ所（登録定員25名、他事業併設なし）がある。その他、閉園した保育所を借り、その地域の地区社協にあたる会と一緒に、介護予防事業や機能訓練をおこなったり、サロン活動を行っている。

事業所Mの開設は2006年。法人がL地区で事業を始めたのは2003年。現施設長は、理学療法士として10年以上病院で勤務した後、老人保健施設での勤務や福祉の専門学校の教員を経験し、また自宅ある地域の地区社協にあたる会の副会長もしていた。施設長は、夫の知人から、古い趣のある大きな建物をそのまま活用してくれる人を探しているとの話を聞き、通所介護事業、認知症対応型共同生活介護事業、訪問介護事業を行うことにした。

### b) 利用経緯

事業所Mを利用しているO氏は、70歳代後半の女性で、要介護認定は、要介護2。L地区で一人暮らしをしている。アルツハイマー型認知症と高血圧症があり、少し耳が遠いとのこと。短期記憶障害がみられ、5分間に同じ事を何度も話したりする。被害妄想もあり、近隣住民を困らせることもあった。HDS-Rは17点。身体機能の低下はみられず、走ることもできる。

夫は他界しており、子ども（以下、長女）は1人。長女は隣の県で家族と暮らし、1～2ヶ月に1回、本人宅を訪問している。その他、夫の兄弟が何人かL地区に住んでおり、長女の夫の母親も近所に住む。もともと近所から好かれているわけではなかったが、特別に関係が悪かったわけでもない。近隣住民がO氏の依頼で代わりに買い物に行っても、おつりをもらっていないと訴え、何度もその近隣住民を訪ねたり、近所の商店でカレンダーを無料で配布していると、既にもらっていることを忘れ、20回程繰り返しまらに行き、その商店主を怒らせてしまったり、診療所の支払いでおつりをもらっていても、そのことを忘れ、5分の間に10回程おつりをもらっていないと苦情を言いに行ったり、いきいきサロンに通っていても、何らかの理由で、O氏は途中で怒り帰ってしまうことがあった。

担当地区の地域包括支援センターから、近隣住民から「同じことばかり言う」、「よく怒る」という連絡があり、地域包括支援センターの職員がO氏をアセスメントし、小規模多機能型居宅介護の利用が適切ではないかと相談があり、事業所Mの利用に至った。

O氏は、事業所Mが関わり始めた20XX年当初、要介護1、HDS-Rは21点であった。入浴をしているかは不明であったが、よく汗をかいており、やや不衛生な様子が見受けられた。初夏に毛糸の帽子をかぶるなど、季節に合わない服装もしていた。冷蔵庫には、賞

味期限が切れたものがたくさんあり、同じ物をよく買ってきていた。洗濯や掃除は、自分なりにしていたようである。服薬忘れがあり、血圧が 200 以上になることもあった。近隣住民とのいざこざから、近隣住民もストレスを感じている様子を知り、介護支援専門員 N 氏は、毎日の訪問（状況把握、服薬確認、通院介助、N さんと事業所 M の職員との関係づくり）の提供から始めることにした。

### c) 事業所 M の支援内容

事業所 M は、事前に服用薬を全て預かり、毎朝 1 回、その日の O 氏の服用薬を持って、職員が訪問した。訪問が始まった当初、O 氏は、「私は元気なのに、何で薬をのまなければいけないの。」「ちゃんと自分で飲むわよ。」と、職員の訪問に困惑していた。

訪問開始から 1 週間後、O 氏は、職員の訪問に慣れ、職員との距離が縮まり始め、「ありがとう」、「薬、今飲んだわよ」といった言葉が返ってくるようになる。

また、近隣住民から、ゴミ出しの曜日がわからないと言って何度も聞きに来る、散髪屋の予約をしても予約した日を忘れて当日に来ない、来客者用に駐車場を借りに来たが、何度も見に来るので対応が面倒だ、等の近隣住民のストレスの元となる行動について、相談が増えた。さらに、O 氏が自宅で、電気をつけずに、ずっと真っ暗な中で過ごしている様子も見られたことから、介護支援専門員 N 氏は、他者との交流による刺激があった方がいいと考え、週 1 回通いの提供を始めることにした。

通いにあたっては、O 氏に、事業所 M には、O 氏の知り合いも多く、話し相手になってもらいたいと伝え、O 氏にとっては、仕事に行くような感覚で週 1 回、事業所 M に通うことになり、2~3 ヶ月経過すると、事業所 M で入浴や更衣もするようになった。着替えも本人は、洗濯されていないものを用意していたため、訪問時に、一緒に着替えを用意しようとしたが、O 氏は「なんで持っていかなきゃいけないの」と困惑し、用意することが難しく、長女に 1 セット用意してもらい事業所にて預かった。入浴後には、洗濯されたものを着て、脱衣したものは、事業所 M で洗濯し、次回の着替えとした。

しかし、事業所 M で過ごす間も、自宅にいるときでも、何らかのきっかけで被害的な発言や被害妄想が表出していた。例えば、自分のお茶菓子を既に食べてしまったことを忘れて、自分はもらっていないと訴え、「ここはそうやって差別するんですか」と怒ってしまったり、傘を持ってきていなくても、傘を持ってきたのになくなったと言い、10 回程自宅と事業所 M を往復したり、別の家でも同様のことがあったりした。

また、事業所 M の職員が誤って O 氏の鞆の上に座ってしまい、そこから、O 氏が事務所で鞆がなくなったと訴え始め、介護支援専門員 N 氏に盗られたとの話になり、N 氏の自宅まで毎日行くようになった。さらに、N 氏は仕事で日中、自宅には不在であったが、偶然 O 氏と以前一緒に働いていたことがある女性と出会い、今度は、その女性が鞆を盗ったと訴えるようになった。その後も、夕方になると、その女性宅に行っては鞆を盗られたと訴えたため、長女の協力を得て、毎日夕方に電話をしてもらうことにしたが、逆に「〇〇とか持って帰ったでしょう」と長女に対する被害妄想が生じる結果となり、電話は中止し、毎

朝の服薬確認のための訪問を、夕方に O 氏に事業所 M に来てもらい服用することへと変更し、靴に対する被害妄想は、落ち着き始めた。

その後も、介護支援専門員 N 氏は、近所に住む長女の夫の母親を見かけると、何かトラブルになっていないかと声をかけ、トラブルの早期発見のために情報収集をしている。

20XX+1 年には、O 氏は、要介護 2、HDS-R は 17 点であった。O 氏と介護支援専門員 N 氏のある会話をきっかけに、靴に関する被害妄想がなくなったため、提供サービスは、週 6 回の訪問（服薬確認）と週 1 回の通い（他者との交流、入浴）、通院介助のための 2 週間に 1 度の訪問となった。

#### d) 介護支援専門員と利用者の近隣住民

N 氏は、O 氏の近隣住民と、O 氏が事業所 M を利用する以前から概ね面識があった。面識がなかったのは、O 氏の長女の夫の母親くらいであった。商店主は、地区社協にあたる会で、別のケースを通じて知っていた。他の利用者の用事で買い物に行った際に、O 氏のことにも情報交換（O 氏に関する情報を得るだけでなく、O 氏に関する良い変化については商店主に伝えている）をしている。

O 氏がストレスを与えてしまった人や関係性を悪化させてしまった人（O 氏が参加している地区社協の役員、長女の夫の母親、O 氏の夫の兄弟、O 氏がよく行く家の人 3 名、同じ通り沿いのおじさん 2 名、銀行、警察、散髪屋等）に対し、介護支援専門員 N 氏は、O 氏の行動は、認知症によるものであることと、O 氏に関するポジティブな情報を伝え、O 氏の地域生活の継続に理解を促している。

また、以前 O 氏と一緒に働いていたことがある女性に対して、O 氏が靴を盗られたと訴えていたときには、その女性の近所の人達数名は、その女性を守るために、「O さんは仕事でいないよ」と O 氏に伝えたり、その女性の住所を教えないようにしたりしていた。その女性の近所の人達から、O 氏は施設に入ってもらった方がいいとの話も出たという。そして、その後も、O 氏とのトラブルがあった人 1~2 名から同様の声が挙がった。これらの人に対して、N 氏は、O 氏のポジティブな情報を伝え仲介している。

L 地区の住民は、特段認知症のある人に対して寛容であるわけではない。基本的にはあんまり良くは思っておらず、その人との関わりが面倒になってきて、それが住民間で共有され、もしかして認知症ではないかという気づきになるという。そのため N 氏は、「(O 氏は) 実は認知症があつて、わざとやってるんじゃないかって」と後追いで伝えている。

N 氏は、O 氏の事例以外にも、地域住民が、認知症のある利用者について施設入所してはどうかと言われることがある。N 氏は、「火のことと、車がよく通る道沿いにある家だから交通事故にあつたらどうするんだとか、(中略)、あと転倒してこけたりとかしたらどうするんだ、ぐらいですよ、近所の人。」と話す。そして、こうしたことを言われるたびに、N 氏は、こういうことだから、今の生活を続けても大丈夫だと伝えている。そして、利用者を心配する地域住民やストレスを感じている地域住民に対して、会ったときはなるべく超えをかけるようにし、何かトラブル等があった場合は、早めに問題を解決するよう

にしているという。

**e) 家族に対するアプローチ**

介護支援専門員 N 氏は、O 氏の家族に対しても、特養等の施設見学の依頼はしている。「ここだったらいいなっていうとこだけは見つけておいてもらって、それまではここ（L 地区）で、過ごせたらいいですねっていう話を（した）」という。

その一方で、利用者との関係が良く、特にお世話になっている地域住民の人に対しては、遠方に住んでいる家族から、利用者宅を訪問した際は、その地域住民声をかけるように、依頼しており、逆に、その利用者の在宅生活の継続を良く思っておらず、施設に入った方がいいと強く言う人には、家族がお礼を伝えると、逆効果になることがあるため、仲介することもある。

O 氏の事例とは異なるが、これまで事業所 M でも、本人が L 地区での生活を続けたいと希望していても、遠方に住む家族が施設入所を希望しているケースがあった。介護支援専門員 N 氏は、そうした家族に対し、まず 1 ヶ月は様子を見させてくださいと言い、時折、本人の変化についてプラスの情報を伝えたり、他にもこんな風に暮らしている方もたくさんいることを伝え、L 地区での生活支援を継続してきた。

**f) 介護支援専門員 N 氏の小規模多機能型居宅介護に対する考えと施設入所に対する住民意識**

N 氏は、小規模多機能型居宅介護のサービスに対し、長期の泊まりはできるだけ避け、自宅での生活を大事にしている人に対しては、訪問を行い、その人の生活を大きく変えることなく支援していきたいと考えている。L 地区内にサテライトを作った経緯にもそれが表れている。理由があり長期の泊まりをしている利用者に対し、一時的にその利用者の家が近いサテライトに行くときがある。すると、近隣住民がその利用者に会いに来るため、利用者の様子が大きく変わるという。「嬉しくていっぱい泣いたりもされるし、言葉も増えるし、全然違っている。」と N 氏は話す。

しかし、L 地区内に小規模多機能型居宅介護を 1 ヶ所増やしたことで、「なんで（施設に）入れなかったのか」といったことを、家族に直接言う地域住民もいた。N 氏は、「何か地域の人（の意識）も変わってきたような気がしてたけど、やっぱりベースはそこ（施設入所）がまだまだあるし。この町の人、噂だけじゃなくて、直接（家族にそういったことを）言いにいったりとかするので、（家族）介護者が落ち込んでしまうというのがあるので、一緒に支えていかなきゃいけない。」と言う。また、N 氏は、「まだまだだなーって本当に。ちょっとは変わったかなって、なんとなく勝手に思っていたけれど、全然だなんて。」と住民意識を変える難しさを感じている。

また、利用者の家族が L 地区から離れたところに住んでいる場合、地域住民は、不在の家族の代わりになぜ自分たちが世話をしなくてはならないのか、という意識よりも、家族はその利用者の現状をきちんと知っているのか、ちゃんと責任を持たないといけないと、釘を刺す人もいる。O 氏の場合も、そういった意見も地域住民から挙がったという。

### 3) 考察

認知症高齢者の利用者宅での生活支援において、小規模多機能型居宅介護事業所がどのようなサービスを提供し、またネガティブなものへと変容してしまった利用者との関係性に対してどのような介入を行っているのか、その具体を明らかにするために、事業所 M に対し、訪問ヒアリング調査を実施した。事例を通して、事業所 M の支援と、利用者家族や利用者の近隣住民に対する介護支援専門員 N 氏のアプローチについて、以下に考察する。

#### a) O 氏と似た状況の事例との比較

認知症高齢者の社会関係性に目を向けた事例分析は、非常に少ないが、羽田 (2011) は、一人暮らしの認知症高齢者 (以下 A 氏) が、被害妄想により家族や地域住民との関係が悪化し、結果的に施設入所に至った事例を報告している。羽田は、その事例について担当ケアマネジャーとして関わった。各事例の概要は図表 4-10 の通りである。

〔図表 4-10〕 事業所 M の事例と羽田(2011)の報告事例の概要

羽田(2011)の報告事例	事業所 M の事例
<p>【対象者】A 氏 (70 歳代、女性) アルツハイマー型認知症、心房細動、高血圧症、腰痛がある。 記憶障害による混乱や腰痛による動作緩慢はあるが、日常生活はおおむね自立していた。 夫は他界しており、公営住宅に一人暮らし。子どもは 2 人。前夫との子 (長女) は、出産後、前夫が他界したことにより、前夫の実家に引き取られ、その後 40 年以上会っておらず、交流を拒否している。後夫との子 (長男) は、A 氏と同市内在住。長男以外の親戚とは疎遠。その他、以前、公営住宅の隣人である B 氏と親しくしていたが、A 氏が宗教の勧誘をするようになってから B 氏は A 氏を避けるようになった。宗教関係の知人は数人いたが、特に親しい友人はいなかった。入浴目的でふれあいセンターに週 2 回通っていたが、そこでも親しい友人はいなかった。</p>	<p>【対象者】O 氏 (70 歳代後半、女性) アルツハイマー型認知症、高血圧症がある。 短期記憶障害がみられ、5 分間に同じ事を何度も話したりする。被害妄想もあり、近隣住民を困らせることもあった。HDS-R は 17 点。要介護 2。 身体機能の低下はみられず、走ることもできる。 夫は他界しており、一人暮らし。子どもは 1 人 (長女)。長女は、隣の県で家族と暮らし、1~2 ヶ月に 1 回、本人宅を訪問している。その他、夫の兄弟が何人か L 地区に住んでおり、長女の夫の母親も近所に住む。もともと近所から好かれているわけではなかったが、特別に関係が悪かったわけでもない。</p>
<p>【対象者との関わりの経緯】 被害妄想がいちじるしくなり、長男の職場や警察に「長男がお金を盗んだ」と頻りに電話するようになった。対応に困った長男が地域包括支援センターに相談。地域包括支援センターから連絡を受け、A 氏の担当ケアマネジャー (以下 CM) となった。</p>	<p>【対象者との関わりの経緯】 担当地区の地域包括支援センターから、近隣住民から「同じことばかり言う」、「よく怒る」という連絡があり、地域包括支援センターの職員がアセスメントした結果、小規模多機能型居宅介護の利用が適切ではないかと相談があり、事業所 M の利用に至った。</p>
<p>【関わり当初のサービス】 CM と地域包括支援センター担当者が A 氏宅をたびたび訪問し、信頼関係の構築を図りながら、A 氏の生活状況の観察を行った。訪問介護利用を促していたが、A 氏は、サービス利用を承諾せず、その間、長男夫婦は精神的に追い詰められ、A 氏からの電話に出なくなった。A 氏は長男夫婦と連絡が取れなくなったため、被害妄想の対象は隣人の B 氏に移り、警察や市役所から長男夫婦に苦情の連絡が頻繁に入るようになった。 初回訪問から 10 ヶ月後、「お金のかからないヘル</p>	<p>【関わり当初のサービス】 毎日の訪問 (状況把握、服薬確認、通院介助、N さんと事業所 M の職員との関係づくり) の提供から始めることにした。 最初は、職員の訪問に困惑していた O 氏だったが、訪問開始から 1 週間後、職員との距離が縮まり始め、「ありがとう」、「薬、今飲んだわよ」といった言葉が返ってくるようになる。 その後、週 1 回通いの提供を始め、さらに 2~3 ヶ月後には、事業所 M で入浴や更衣もするようになった。</p>

<p>パーだったら来てもいい」と、サービス利用の承諾を得る。週1回の訪問介護（受診状況や服薬状況の確認）が始まり、2週間程で、ヘルパーの受診同行の了解も得られるまでに信頼関係が構築される。またヘルパーは、A氏がB氏に行っている被害妄想による暴言や迷惑行為についても情報を集めた。</p>	
<p><b>【家族や近隣住民への対応】</b> ヘルパー利用開始により落ち着き始めた生活状況をCMが長男夫婦に報告し、長男にも安心感がみられるようになった。 B氏への被害妄想が日常的に起こり、CMは、「A氏は、不安や混乱から自分のいまの生活を守ろうと必死に戦っているが、そのようすが周囲の人には『困った人』にしか映っておらず、だれもA氏を理解しようとしないうことが状態を悪化させている」と考えていたが、この時点での近隣住民へのアプローチは不明。</p>	<p><b>【家族や近隣住民への対応】</b> 家族に対し、利用者との関係が良く、特にお世話になっている地域住民の人に対しては、利用者宅を訪問した際に、その地域住民声をかけるように、依頼している。一方で、特養等の施設見学の依頼もし、施設入所まではL地区で、過ごせたらいいですねと伝えている。 O氏がストレスを与えてしまった人や関係性を悪化させてしまった人に対し、介護支援専門員N氏(以下CM)は、O氏の行動は、認知症によるものであることと、O氏に関するポジティブな情報を伝え、O氏の地域生活の継続に理解を促している。</p>
<p><b>【B氏に対する被害妄想と対応】</b> B氏に対する被害妄想による暴言や迷惑行為が顕著になり、B氏から警察等に苦情が続いた。CMと地域包括支援センター担当者は、B氏宅を訪れ、A氏の状況説明と協力を得ようと試みたが、既にB氏は、A氏の行為に心身共に疲れ果てていた。 担当者会議を開き、B氏への迷惑行為を軽減させるために、毎日様子を確認する必要があると判断され、ヘルパーの訪問を増やすことになった。 一方で、A氏の住む公営住宅は老朽化しており、CMが関わり始めた当初から、2~3年後には、新設の公営住宅へ住み替える予定があった。B氏に対する様子から、予定より早い住み替えを勧めることにした。</p>	<p><b>【同じ職場だった女性に対する被害妄想と対応】</b> 事業所Mにて靴がなくなったとの訴えから、偶然会ったO氏と以前一緒に働いていたことがある女性へと、被害妄想の対象が移り、その後も、夕方になると、その女性宅に行っては靴を盗られたと訴えた。長女の協力を得て、毎日夕方に電話をしてもらおうことにしたが、逆に「○○とか持って帰ったでしょう」と長女に対する被害妄想が生じる結果となり、電話は中止。毎朝の服薬確認のための訪問を、夕方にO氏に事業所Mに来てもらい服用することへと変更した。</p>
<p><b>【プラン変更後の様子】</b> ヘルパーの訪問回数が増え、A氏はヘルパー訪問を楽しみにするようになった。困ったことがあるたびヘルパーのいる事業所へ電話をするようになり、B氏への被害妄想は続いていたが、以前より激しく攻撃することは少なくなった。A氏は、ヘルパーに長女に会えない寂しさや長男と連絡がとれない寂しさを伝えるようになった。 定期受診のヘルパー同行も可能となったため、精神科を受診し、抑肝散が処方され、さらにB氏と大きなトラブルを起こすことは少なくなった。 住み替えの話に対して、A氏は当初、自分に引越す理由はないと拒んだ。しかし、なじみのヘルパーが辛抱強く働きかけ、A氏は引越すことに同意した。</p>	<p><b>【プラン変更後の様子】</b> O氏に、毎日夕方に事業所Mに来てもらうことで、靴に対する被害妄想は、落ち着き始めた。 その後も、CMは、近所に住む長女の夫の母親を見かけると、何かトラブルになっていないかと声をかけ、トラブルの早期発見・解決のために情報収集をした。</p>
<p><b>【その後】</b> 関わり始めて1年半後、A氏は新しい公営住宅に引越すことになった。しかし、リロケーションダメージによるものか、「B氏が合鍵をつくって侵入している」等の被害妄想の訴えが強くなり、近隣住民とのトラブルにも発展。 さらに数ヵ月後、A氏は、共同生活施設に入所となった。</p>	<p><b>【その後】</b> 関わり始めて1年後、O氏は、要介護2、HDS-Rは17点であった。O氏と介護支援専門員N氏との間であった長女に関する会話をきっかけに、靴に関する被害妄想がなくなったため、提供サービスは、週6回の訪問（服薬確認）と週1回の通い（他者との交流、入浴）、通院介助のための2週間に1度の訪問に戻った。</p>

比較事例は、羽田三紀子(2011)「認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について」『認知症ケア事例ジャーナル』4(2), pp141-148.より抜粋

### b) 被害妄想による他者への攻撃的な言動とその対応

両事例において、ネガティブな社会関係性へと変容した原因は、アルツハイマー病に伴う妄想にある。アルツハイマー病患者の妄想は、初期から中期に見られることが多い。また、「物盗られ妄想」の対象は、家族構成や生活パターンによって異なる傾向があり、本人によく関わっている人が対象となりやすく、物盗られ妄想は環境要因に影響される。

羽田の事例でも、被害妄想による他者への攻撃的な言動が続いた際、抑肝散の服用に加え、ヘルパーの回数を増やしたり、A氏の電話に対応することで、A氏の不安や寂しさは軽減され、B氏への攻撃的な行為は減っていった。

またO氏の事例でも、以前一緒に働いていたことがある女性に対して、夕方になると、鞆を盗られたと訴えていたことから、O氏に夕方は事業所Mで過ごしてもらうことで、鞆が盗られたとの訴えは減っていった。おそらく、O氏にとって夕方は、不安や寂しさが被害妄想として表出する時間帯であり、その時間を事業所Mで過ごすことで、被害妄想として表出する前に、事業所Mの職員等が、O氏とコミュニケーションを図ることで、その女性に対する訴えは減少したと推測される。さらに、O氏の場合は、介護支援専門員N氏が鞆について「これは娘さんに相談した方がいいですね。こんな大事な鞆がなくなっただなんて」と言ったところ、「娘には言わないで。怒られちゃう。あなたの顔に免じてなかったことにするわ。」と言い、それまで時々あった鞆を盗られたとの訴えは、その翌日から一切なくなったという。

### c) 社会関係性に対するケアマネジャーの関わり

この2つの事例には、対象者の社会関係性に対するケアマネジャーの関わりに違いがある。まず、対象者との関わり始めからサービス利用当初までを見てみる。両者とも当初、対象者はサービス利用に対して困惑・拒否的であり、対象者とサービス事業者（もしくはケアマネジャー）が信頼関係をつくるまでに、羽田の事例では10ヶ月を要したが、事業所Mでは1週間程度であった。生活状況の把握に差が出たため、対象者の社会関係性においても、羽田の事例では、この間にA氏の被害妄想は悪化し、長男も非協力的になってしまい、さらには、新たに隣人B氏に対する被害妄想へと移行し、A氏とB氏の関係は元の関係より悪化した。担当ケアマネジャーや地域包括支援センターの担当者が、隣人B氏にどう働きかけていたかは不明である。

一方、O氏も、もともと近所から好かれているわけではなかったが、介護支援専門員N氏は、O氏がストレスを与えてしまった人や関係性を悪化させてしまった人に対してのアプローチ（O氏の行動は、認知症によるものであることと、O氏に関するポジティブな情報を伝え、O氏の地域生活の継続に理解を促す）を始めている。

羽田の事例では、ソーシャルサポートを得るために、アセスメントにおいて、「親しい友人」の存在を探したり、B氏の協力を得ようとしていたが、介護支援専門員N氏は、O氏がストレスを与えてしまった人や関係性を悪化させてしまった人に対して、O氏をL地区から排除するような排他的な関係にならないように働きかけていた。



また、被害妄想による他者への攻撃的な言動が続いた際は、A 氏の場合も、O 氏の場合も、対象者の状態が落ち着くようにサービス内容を変更しているが、その後も、介護支援専門員 N 氏は、近所に住む長女の夫の母親や商店主（O 氏に対して積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人）に会うと、何かトラブルになっていないかと声をかけ、トラブルの早期発見・解決のために情報収集をしている。

A 氏についても、宗教関係の知人やふれあいセンターで一緒になる人の中には、「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」がいたのかもしれないが、新しく引っ越した公営住宅の周辺では、「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」に至るまでの関係性は作ることができず、近隣住民との関係は悪化したまま、数ヶ月後には施設入所となったと推測される。

羽田は、自身の記述で「住民とのトラブル回避のために、結果的に住み替えに向けて A 氏を誘導することになり、それが A 氏の尊厳を損ねることにならないかと支援の過程で疑問をかんじていた。」と述べ、「それでも住み替えという支援が選択されたのは、担当者会議において A 氏を取り巻く人々がもつケア力、すなわち地域ケア力が弱いと知ったためである。」と記している。しかし、L 地区においても、住民は、特段、認知症のある人に対して寛容であるわけではない。ただ、介護支援専門員 N 氏は、認知症によって生じる被害妄想とそれに伴う行動によって、近隣住民にストレスを与えていたり、トラブルに発展しても、その人を排除しない関係づくりを行っていることに、大きな違いがあるといえる。

前節では、利用類型が f 群（施設利用同様型）であるケースが少ないグループ A やグループ C に、利用者支援に住民組織が関わっている事例が多いのは、半選択縁かつポジティブな関係に対して働きかけているからであると推測した。しかし、実際に O 氏の事例をみると、介護支援専門員 N 氏は、半選択縁かつポジティブな関係に対してよりも、半選択縁かつネガティブでもポジティブでもない中立的な関係の人を中心に働きかけていた。O 氏はもともと近所から好かれているわけではなかったが、特別に関係が悪かったわけでもない。O 氏のアルツハイマー病に伴う妄想や記憶障害に伴って繰り返される行動によって、相手にストレスを与えてしまい、ネガティブでもポジティブでもない中立的な関係は、ネガティブな関係へと変容していった。この変容していく関係を放っておけば、近隣住民が O 氏に対して排他的になるという、よりネガティブな関係へと悪化していくことが予想される。しかし、介護支援専門員 N 氏による、その人を排除しない関係づくり（O 氏に関するポジティブな情報を伝え、O 氏の地域生活の継続に理解を促す、トラブルの仲介をする）は、半選択縁かつポジティブな関係に対しての働きかけではなく、半選択縁かつネガティブでもポジティブでもない中立的な関係に対して、ネガティブな関係へと変容しないように関係性を保つ働きかけ（図表 4-11 の点線矢印）であったことがわかった。

[図表4-11] A氏およびO氏の社会関係性の変容と介護支援専門員N氏の働きかけ

	本人にとって ネガティブな関係	本人にとって ネガティブでもポジティブで もない中立的な関係	本人にとって ポジティブな関係 (サポートネットワーク)
選択縁 (友人、知人、 専門職 等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>● A氏の隣人B氏、近隣住民</li> <li>● 銀行</li> </ul>	
半選択縁 (近隣住民、 住民組織 等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● O氏と一緒に働いていたことがある女性の近隣住民</li> <li>● O氏とのトラブルがあった近隣住民 1~2名</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 散髪屋</li> <li>● 近所の商店主</li> <li>● O氏の近隣住民</li> <li>● O氏と一緒に働いていたことがある女性</li> <li>● O氏がよく行く家の人 3名</li> <li>● O氏の家の同じ通り沿いのおじさん 2名</li> <li>● 警察</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● O氏が参加している地区社協の役員</li> </ul>
非選択縁 (親族 等)		<ul style="list-style-type: none"> <li>● O氏長女の夫の母親</li> <li>● O氏の夫の兄弟</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A氏の長男</li> </ul>

※ 直線は、ネットワークを構成する社会的行為者との関係性が変容する方向を示し、点線は、介護支援専門員が、その関係性を改善するために働きかけた方向を示す

d) 個別ケースを通じた近隣住民の中のキーパーソン

O氏の事例では、介護支援専門員N氏は、O氏の近所に住む長女の夫の母親や商店主から情報収集をしていた。N氏は、この商店主と、O氏のケースとは別のケースで既に関わりがあった。通常のケアマネジメントでは、対象者に親族がいない限り、親族がキーパーソンとして挙がる。しかし、社会関係性に対するケアマネジャーの関わりでは、キーパーソンは家族ではなく、O氏の近所に住む長女の夫の母親や商店主といった「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」であったといえる。N氏の行う、トラブルに対しての早期解決には、これらの人からの情報提供は必要不可欠である。そして、介護支援専門員N氏は、こうした地域住民の中のキーパーソンをL地区内

に数名見つけ、つながっている。そして、これらの人々は、必ずしも、自治会・町内会や地区社協といった住民組織の代表や役員とは限らない。近隣住民の一人であり、社会関係性に対するアプローチにおいては、そうした人々ともキーパーソンとして関わりを持つことが専門職に求められているといえよう。

N氏は、自宅での生活を大事にしている人に対しては、訪問を行い、その人の生活を大きく変えることなく支援していきたいと考えている。そして、N氏のこうした考えから実践されてきたケースが積み上がった結果、「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」から、日常の生活の中で“意識的に”気にかけるという「地域の中のキーパーソン」が存在するようになってきたと推測する。

#### e) 小規模多機能型居宅介護における地域住民との関係づくり

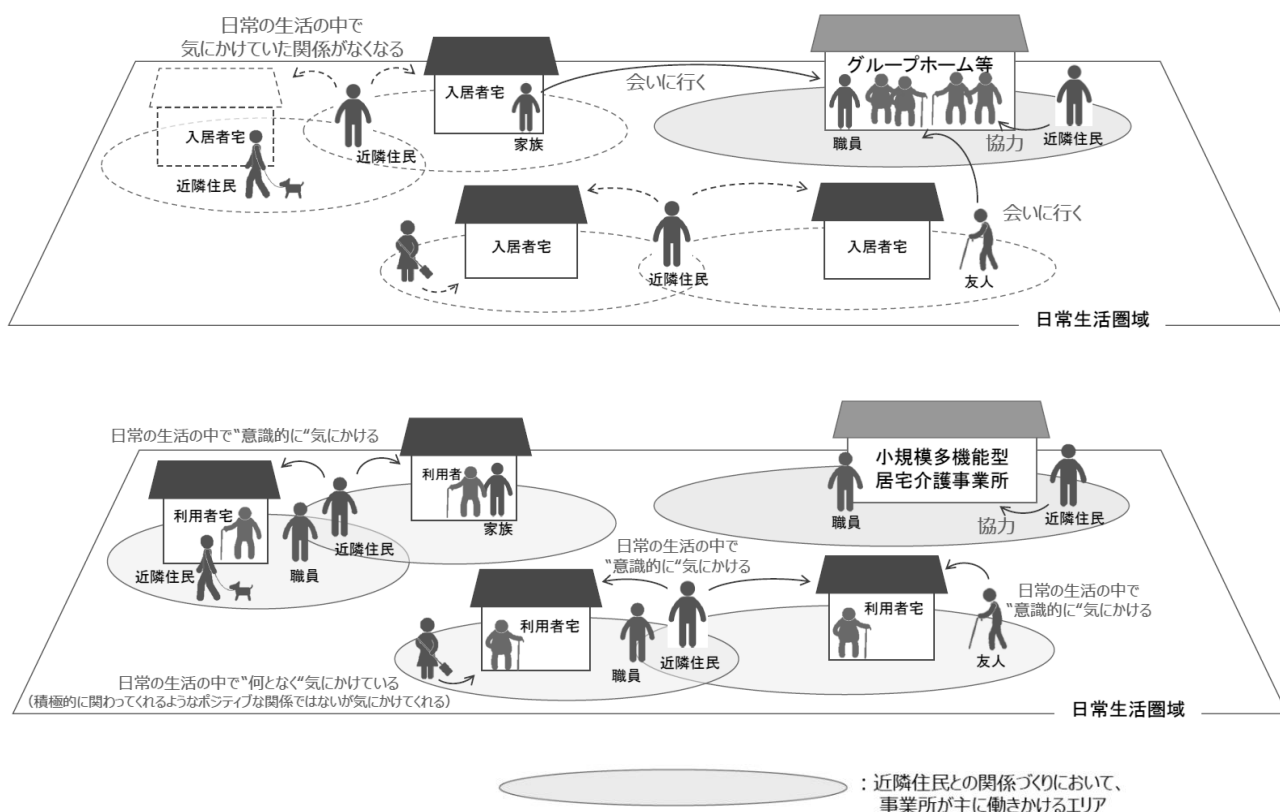
同じ日常生活圏域を意識した地域密着型サービスであっても、認知症対応型共同生活介護の入居者の主たる生活の場は、事業所であるが、小規模多機能型居宅介護事業の利用者の主たる生活の場は、利用者宅である。利用者宅での支援において、利用者宅周辺の住民組織と事業所周辺の住民組織が異なっている場合、事業所周辺の住民組織がそのまま利用者の生活支援につながるとは限らない。

第3章第2節における調査分析では、何らかの住民組織との関わりがあると回答した事業所は、全体(n=769)の7割以上に上るにもかかわらず、利用者のケアプランに「住民の協力」や「利用者の近隣活動への参加」を組み入れている事業所の割合は、5割程度にとどまっていた。これまで、認知症対応型共同生活介護事業所で言われてきた地域との関係づくりの手法では、入居者のいる事業所周辺の住民組織と地域課題の解決に向けて協働する関係を築くことが中心であった(図表4-9 上部)が、小規模多機能型居宅介護事業において同様のアプローチをしているだけでは、住民組織が利用者に対する支援に関わる機会は作りづらいため、利用者宅の周辺地域に対しても関係づくりのアプローチを行う必要がある(図4-9 下部)。そして、この違いが、個別支援のケアマネジメントに住民組織との関わりが直接反映されにくい理由のひとつであるとも推測される。

今回の事例では、日常の生活の中で気にかける人に対して、介護支援専門員N氏は、排他的にならないように働きかけているが、その過程において、利用者宅周辺の地域住民に対して、介護支援専門員N氏だけでなく、事業所Mの職員も訪問の際に声をかけるなど、小規模多機能型居宅介護の「訪問」には、利用者宅でのサービス提供だけでなく、利用者と近隣住民の関係にアプローチするためのアウトリーチの機能も含んでいたと考えられる。また、今回の事例の比較から、認知症高齢者の生活支援における近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援技術には、いくつかの要素があることもわかった。それは、①対象者の以前の生活の様子や近隣住民との関係を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること、②利用者宅の周辺地域に出向いて、関係を保つもしくは紡ぎなおすアプローチすること(何かあった際や気になることがあった際の連絡先を伝える、近隣住民等と会える機会を作る、家族や近隣住民に対象者のプラスの情報を伝える等)、③「積

極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」に働きかけることであると考える。今回の事例比較では、介護支援専門員と利用者との信頼関係の構築とサービスの利用までの期間にも差がみられたが、利用者がサービスを利用しながら、介護支援専門員や職員との信頼関係を深めていく点においても、小規模多機能型居宅介護事業の利点を見ることが出来る。そして、前述の支援技術を発揮するにあたり、小規模多機能型居宅介護事業は、サービスを一体的に提供する点や訪問におけるアウトリーチ機能の点からも有用的であることがわかった。

〔図4-12〕 グループホーム等と小規模多機能型居宅介護事業所における地域との関係づくりの違い



上図：認知症対応型共同生活介護事業所をはじめとする居住ともなう事業所では、入居者の主たる生活の場は事業所内であり、近隣住民との関係づくりにおいては、事業所を中心とした周辺地域の住民との関係に重点が置かれてきた

下図：小規模多機能型居宅介護事業所では、利用者の主たる生活の場は利用者宅であり、近隣住民との関係づくりにおいては、事業所を中心とした周辺地域に加え、各利用者宅の周辺地域の住民との関係も対象となる

### 第3節 ポジティブな社会関係性を活かした支援

#### 1) 調査の目的および研究方法

##### a) 調査の目的

前節では、被害妄想による他者への攻撃的な言動への対応やそうした言動によって悪化した社会関係性へのアプローチの他に、サービス導入初期までの期間のアプローチの重要性も示唆された。そこで、本節では、サービス利用以前からポジティブな社会関係性を持っている人に対して、どのように社会関係性に目を向けた支援を行っているのか、その具体を明らかにするために訪問ヒアリング調査を実施した。

##### b) 調査方法と倫理的配慮

本訪問ヒアリング調査では、ある地域にある P 病院にて半構造化面接を行った。P 病院を選択した理由は、P 病院のある自治体は、小規模多機能型居宅介護を活用し、認知症ケアを中心とした地域住民の活動を推進する事業を行い、小規模多機能型居宅介護事業所には地域交流拠点の併設を義務付けており、既に全国区でその先駆的事业として報告されている。筆者は、2010年に実施された「厚生労働科学研究被補助金 政策科学総合研究事業 ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究」(井上由起子・森本佳樹・筒井孝子)において、調査員として、既にこの自治体の職員やこの自治体にある小規模多機能型居宅介護事業所数ヶ所に対して、ヒアリング調査を行っており、その中で、P 病院が、地域住民によって設立された NPO 法人の活動を活用しながら自宅退院の支援を重点的に行い始めっていると聞いていたため、本調査先として選んだ。調査方法の概要は図表 4-13 の通りである。

倫理的配慮として、ヒアリング調査時は、プライバシーの保護に考慮して説明してもらい、調査時の記録(調査メモおよび録音記録を文字化したもの)においても、利用者等の個人名や個人が特定される地名等は、個人が特定できない形にコード化した。また、本論での表記でも、事業所や利用者等の個人や場所が特定できるような情報については掲載していない。なお本調査の一部は、立教大学コミュニティ福祉研究所学術研究推進資金助成によって行われたものである。

[図表 4-13] 調査方法の概要

【調査方法】	半構造化面接
【調査期間】	2012年1月12日 17時00分～18時30分
【面接対象】	P病院の医療ソーシャルワーカーR氏
【調査項目】	病院の概要、NPO法人の設立経緯と活動内容、退院支援事例(患者の基本属性、退院支援の内容、医療ソーシャルワーカーや小規模多機能型居宅介護事業所の関わり方等)

## 2)調査結果の概要

### a) 病院の概況

P病院のある自治体は、人口10万人強（2010年現在）、高齢化率は30%を超え、高齢者のみの世帯の割合も29.7%に上っている。自治会加入率は34%と低い。

自治体は、前述の通り、小規模多機能型居宅介護事業所に地域交流施設の併設を義務付け、認知症コーディネーター養成研修や高齢者等SOSネットワーク構築を通し、小学校区単位の身近な地域のネットワークづくりや地域づくりを図ってきた。地域交流施設は、自治体が国の地域介護・福祉空間等整備交付金を活用し、初年度整備に750万円の補助を出している。

P病院には、外来（内科、リハビリテーション科、放射線科）と一般病床60床、療養病床98床、介護療養型医療施設60床がある。入院患者の平均年齢は88.7歳。現状として、急性期病院や回復期リハビリテーション病院から在宅生活に戻れなかった患者の受け入れ病院となっており、入院患者の半数は独居高齢者。市内に特別養護老人ホームや介護老人保健施設もあるが、特別養護老人ホームの待機者はおおよそ800名、介護老人保健施設も申し込みをしてから入所まで6～7ヶ月かかっているという。また、家族が遠方に住んでいる場合が多く、ある程度身体機能が向上しても今まで通り自宅で生活することに不安を感じて、P病院に入院してくるケースが多いという。

### b) 社会関係を切らない退院支援事例

P病院の退院を予定しているQ氏は、90歳代女性。パーキンソン病があり、進行は遅いが、運動症状の日内変動がみられる。P病院には、骨折のため数ヶ月入院していた。これまで、2度骨折によって別の病院に入院し、リハビリ後に自宅退院していたが、今回は自宅に戻るには難しいと判断され、P病院に転院となった。夫は他界しており、一人暮らし。子どもは別居しており、今回の骨折が3回目だったため、絶対に家には戻せないと考え、施設入所を希望していたが、本人は頑なに自宅での生活を希望した。

Q氏の退院前訪問指導（家屋調査）には、Q氏、Q氏の子ども、近隣住民、P病院の医療ソーシャルワーカー（R氏）、作業療法士、理学療法士、病院看護師、P病院の同法人が運営する小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者が参加した。退院後の計画の話になると、「じゃあ、私が朝、雨戸をあけに来る」、「夕ご飯を持っていく」、「私が犬の散歩のときに見守る」、「寂しかったら、私が昼間はお茶を飲みに来る」等、次々に近隣住民から声が挙がった。

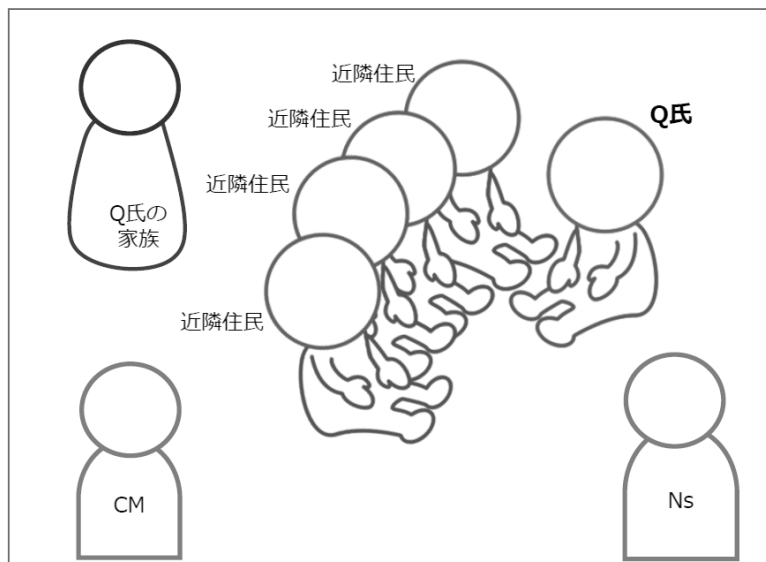
R氏は、この訪問指導の前に、近隣住民に、Q氏の退院後のことも考えたいので一緒に来てもらえないか依頼していた。しかし、集まったQ氏の近隣住民は、日頃からよく会っていた仲ではなかったという。R氏が声をかけた近隣住民が、さらに、Q氏が帰ってくるからと、他の人にも声をかけ集めたという。

小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者は、サービス提供を前提に訪問指導に同席し

ていたため、近隣住民の声に、「結局、私は何をすればいいんですか。」と拍子抜けした。R氏は、「介護保険が先に入っちゃうと、地域の人たちが離れていく」、「ヘルパーとかが毎日入ってくると、見守りとかは要らなくなるという話なんですよ。だからだめなんですよ、それじゃ。本人からすると地域の人たちから見てもらっていたほうが嬉しいわけですよ。これは、生かされているか生きているかという話なんですよ。」と話す。そして、Q氏は、退院後、同法人の小規模多機能型居宅介護を利用し、週2～3回の訪問を中心としたサービスプランになった。

また、R氏は、訪問指導時の様子を見て、「地域の人たちのほうが、僕たちより（Q氏との関わりの距離が）近かった」ことに気づいたと話す。そして、その象徴が、訪問指導参加者の座る位置だという。通常であれば、Q氏の近くに家族が座り、その近くに専門職が座る。しかし、この事例では、本人のすぐ近くに近隣住民がおり、次に家族がおり、専門職が最もQ氏から遠い位置にいた。

[図表4-14] Q氏の退院前訪問指導時の各人の座った位置



R氏の撮影した写真より作成

#### c) 社会関係を切らない退院支援の基盤となったNPO法人の活動と住民意識の変化

医療ソーシャルワーカーR氏が、P病院に勤めた当初からこうした退院支援ができていたわけではない。このような退院支援ができる背景に住民の意識の変化とNPO法人の活動、そのきっかけを作ったR氏の働きかけがある。

P病院のある自治体では、当時、認知症のある人とその家族を支えて見守ることができるよう認知症の理解を促し、地域の意識を高めようと、「ほっと安心（徘徊）ネットワーク」事業の取り組みを始めていた。市内の小校区にある福祉施設や医療機関が事務局となり、自治会長や地区社協、民生委員等に呼びかけ、一緒に取り組んでいくというものであった。

自治体がこの事業を始めてから、3年後、P病院のある校区でも、P病院が事務局となっ

て、初めて高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練を行うことになった。校区の住民は、3,380 世帯約 7,500 名であったが、案内を全戸に配布しても、訓練参加者は、そのうち 9 名であった。そして、徘徊者役 1 名が 2 時間、校区内を歩いても、地域住民からの声かけは 1 件だけであった。住民の中には、「何で徘徊をするような人を地域で見守らなくちゃいけないんだ」、「火を出したらどうするんだ」、「行方不明になったらどうするんだ」、「わけわからない人をその辺にふらふらふらさせて、おまえたちは馬鹿じゃないのか」等と言う人もいたという。自治会長や民生委員も認知症をもつ人を受け入れる意識はなかった。

こうした現状を認識した R 氏は、小規模多機能型居宅介護事業所（初めて高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練を実施してから 2 年後、P 病院の近くに開設）に併設される地域交流センターの管理運営を、医療ソーシャルワーカーが担当するよう法人に働きかけ実現した。

地域交流センター開設から 1 年半後、行政から「地域ふれあいフォーラム」を開催しないかと話があり、自治会、地区社協、民生委員、いきいきクラブ、老人クラブに声をかけ、地域包括支援センター（自治体直営）と一緒に開催した。しかし、住民からは、「何でこんな年度末の忙しいときに、行政の予算消化じゃないのか」、「P 病院がこういう公民館まがいみたいなものをつくって、結局自治会をつぶす考え方じゃないのか」と批判を受け、行政に対しても批判が集まった。

当時、自治会からは、地域の触れ合いや支え合いの体制づくりは地区社協がやるべきことであり、自治会としては主体的に捉えていないと言われ、地区社協の会長からは、地域の触れ合いとか支え合いの旗振りは民生委員がやるべきと言われ、民生委員は、ただでさえ疲弊しているところに、私たちがそこまでできるわけがない、自治会に言ってくださいと言われた。

第 1 回の地域ふれあいフォーラムから半年後、地域の中での支え合いの体制をつくるにはどうすればいいのか検討することを目的に、2 回目のフォーラムを開催した。行政職員を 10 名程呼び、自治会等の組織と話し合いの場とすると、行政職員は強烈に批判され、結局、地域住民は、行政に頼らず、この校区のことは自分たちでやっという意識へと変わった。

しかし、地域の支え合いの体制をつくるには、住民組織の一部の人達と専門職だけでは限界があることを実感し、校区を住みよい町にするための決起集会として、前回から 1 年後、3 回目の地域ふれあいフォーラムを開催した。校区住民 220 名が集まり、住民からは、「私たちも実は不安で仕方がなかった」、「隣近所の人たちの顔も知らないし、顔は知っていても助けてくれるとか助けるとかという関係じゃない」、「介護保険も新聞とかで見るとやっぱりそんな使えないと言ってたし、私も息子とか娘は遠方にいるんだけどそこにお世話になりたくはないし、なれない」、「どうやっていくか考えていた」等の意見が挙がった。そして、これらの声を受け、任意団体が立ち上がった。

同時期、高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練を行うことになった。前回 9 名だった参加者は 87 名に増加したが、徘徊者役 6 名が市民と言葉を交わしたのは 35 件であったが、



そのうち市民自ら声をかけたのは11件であった。徘徊者役から声をかけても、一言二言返すだけで立ち去るケースが多く、関係の希薄さが浮き彫りとなった。

その後、徘徊があるから徘徊者役にだけ声をかけるのではなく、日頃から隣近所に関心を持って、互いに声かけができるような関係づくりをしていく必要があると認識した。しかし、民生委員が疲弊し自治会が脆弱化していく中で、声をかけるにも、住民には、その人がどんな状況にあるのかといった情報は届かない。そこで、互いに声かけができるような関係づくりだけでなく、本人の地域でのつながりを保つような関係づくりも必要であり、そうした関係づくりのできる場、地域住民の交流の場や悩み相談などができる拠点、住民が集う場となるサロンが必要だという結論に至った。

そして、そのサロンを開設するにも、住民が歩いていける距離に開設する必要がある、そのためには、多くの人の協力が必要であり、ボランティアを募集し、119世帯から協力が得られることになった。また、任意団体は、民生委員に地域のニーズ調査も行い、その結果、話し相手、病院や外出の付き添い、サロン運営、公園の美化活動、子どもの見守り等が挙げられた。こうした活動を実施していくにも、事業として継続性をもたせるため、任意団体はNPO法人となった。P病院のある校区で初めて高齢者等SOSネットワーク徘徊模擬訓練を行った2年後のことである。

NPO法人は、その後、日常生活支援部会（買物支援、付き添い、掃除、庭木の手入れ、地域サロン事業、野菜づくり、収穫祭等）、環境美化部会（河川敷清掃、地域清掃等）、安心・安全部会（防犯灯設置等）、子ども部会（登下校の安全点検、障がい児の通学支援等）等と活動を広げ、会員やボランティアも増え、地域交流センターは、こうした活動の拠点となった。

医療ソーシャルワーカーR氏が、Q氏の事例で、退院前訪問指導の前に声をかけた近隣住民とは、このNPO法人の会員である。そして、R氏に声をかけられた会員は、NPO法人の会員かどうかは関係なく自然とQ氏の近隣住民に声をかけた。

#### d) 医療ソーシャルワーカーR氏の退院支援の手法の変化

医療ソーシャルワーカーR氏は、最初に高齢者等SOSネットワーク徘徊模擬訓練の事務局を担った際、この活動が退院支援に結びついていけばいいなと期待を寄せていたが、実際は、期待どころではなく、地域住民の受け入れ姿勢が、非常に厳しい状況にあることを改めて認識した。

その頃、R氏は、医療ソーシャルワーカーの専門性がどこにあるのか、社会福祉の専門職と名乗っていても、本人や家族に提示できるのは介護保険サービスだけで、それで退院後の生活が成り立たないのであれば、施設入所だと言うしかない状況に疑問を感じていた。また患者の家族も、「こんなだったらやっぱり東京の施設に連れていかなくちやいけないですね」と、家族の住まいのある方の施設に入所するケースも多く、もどかしさを感じていた。自治体が地域に着目していたこともあり、現状に地域の力が加わったら、住み慣れた地域で生活することができないかと、退院支援に民生委員も参加してもらおうと取り組

み始めた。しかし、民生委員も高齢化率の上昇と高齢者のみの世帯の増加の中で、非常に疲弊しており、成り手も減っている状況にあった。協力してもらえる民生委員もいたが、ほとんどの民生委員からは、「そんなの退院じゃなくて施設にやったらどうですか。施設にやったほうが私たちも楽だし、本人も助かるはずですよ」と言われたという。

しかし、2回の「地域ふれあいフォーラム」を経て、2回目の高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練からは、それまでの R 氏をはじめとする事務局主導から、住民組織の人たちが主導するように変化していった。

その後、任意団体から NPO 法人化され、会員やボランティアが増加する中で、R 氏の校区内の情報量も大きく変化した。R 氏は NPO 法人の会員やボランティアの人の家の位置を校区のマップに記している。校区内に住む患者であれば、入院の申し込みの時点で、あの辺りに住んでいるのなら、ここここに会員やボランティアがいると想像が付き、患者の状況について、どの人から情報を聞けばいいかわかり、それらの情報から、その患者の退院後の生活がイメージできるという。

こうした退院支援事例を経験することで、R 氏の意識や周囲の専門職も変化していった。以前も、R 氏は、退院支援において、患者が退院後、介護保険サービスを利用してどのような生活を送れるのかのイメージはついてはいたが、この部分は介護保険でカバーできないから帰れないな、これでは、家族は納得しないだろうなということも想像がついた。そのため、簡単に施設や転院先を紹介していたという。また、通常の家屋調査であれば、患者の ADL に対して、自身でトイレに行ける環境であるかどうか、段差はどうか、手すりはどこにつけようかといった内容で終わっていた。R 氏は、「本人は、私生活を求めて家に帰りたいたいと言うんだけど、家族は安心と安全を求めて施設にしよう。家族だけじゃないですね、僕たちもやっぱりそうなんです。ちょっと危ないと、やっぱり安心と安全を求めて施設にしようと言いがち。」と当時の意識を振り返っている。

そして、R 氏の退院支援の手法は、R 氏だけでなく、他の医療ソーシャルワーカーや看護師にも影響を与え、R 氏以外でも、退院前訪問指導時は、患者宅の近隣住民に、協力的な人はいないか探し、退院支援に地域の人を巻き込むようになった。その結果、P 病院の自宅退院率は、2006 年に 16.9%であったものが、2010 年には 36.8%へと増加した。

### 3) 考察 ～社会関係を切らない支援～

前節では、認知症高齢者の利用者宅での生活支援において、被害妄想による他者への攻撃的な言動への対応やそうした言動によって悪化した社会関係性へのアプローチの他に、サービス導入初期までの期間のアプローチの重要性も示唆された。そこで、本節では、サービス利用以前からポジティブな社会関係性を持っている人に対して、どのように社会関係性に目を向けた支援を行っているのか、その具体を明らかにするために訪問ヒアリング調査を実施した。Q氏の事例では、医療ソーシャルワーカーR氏が、Q氏がP病院を退院するにあたり、退院後の生活を一緒に考えたいと、Q氏の近隣住民の一人に声をかけたところ、その人がさらに近隣住民に声をかけた上、それらの近隣住民は、Q氏的生活支援のいくつかを担うと申し出てくれた。この背景には、単に医療ソーシャルワーカーR氏が、Q氏の以前の社会関係を退院支援に援用したのではなく、Q氏の近隣住民が生活支援を担うと申し出てくれる意識にまで至る過程がある。この個別支援につながるまでのR氏の住民に対する働きかけと、住民意識の醸成過程について以下に考察したい。

#### a) 社会関係を切らない退院支援技術と地域住民の中のキーパーソン

Q氏の事例では、医療ソーシャルワーカーR氏が、退院前訪問指導の際に、Q氏の地域住民が参加できるようなタイミングで近隣住民に声をかけている。介護保険制度によって家族が担っていた介護の一部は社会化された。しかし、社会化されたはずのサービスであっても、近隣住民からみれば、本人、家族、専門職等によって決定されたものであり、家族が行っていることの一部に見える。それまで、近隣住民が行っていたことであっても、本人や家族等が決定したサービスに割って入ることは少ない。R氏は、このことを「介護保険が先に入っちゃうと、地域の人たちが離れていく」と述べていた。しかし、R氏は、利用する介護保険のサービス内容が大方予想できる段階であっても、関係者で決定する前の段階に近隣住民を呼んでいる。そのことが、社会関係を切らない退院支援技術の柱となっていると考える。

また、前述の調査結果の概要にも記したように、P病院のある校区住民らが立ち上げたNPO法人が活動を広げ、住民にその存在と活動が浸透し、会員やボランティアが増加する中で、医療ソーシャルワーカーR氏の校区内の情報量および情報源も増加した。前節では、個別ケースを重ねることで、対象者の情報収集先である「地域住民の中のキーパーソン」が現れていたが、P病院のある校区の事例では、住民によって組織されたNPO法人の活動の中で、「地域住民の中のキーパーソン」が現れている。そして、それらの人々は、自治会の役員といった従来の住民組織の代表者とは限らない。また、こうした地域住民の中のキーパーソンが個別支援に関わることができるのは、NPO法人の活動の中に、買物支援や病院・外出時の付き添い等を行う日常生活支援部会があるからだと推測する。つまり、従来の住民組織の中で、こうした軽度の生活支援に関わる活動を行っていない場合、対象者の生活を把握していたとしても、専門職につなぐだけで精いっぱいであり、そもそも、こう

した活動は、住民組織の役員等という住民の一部の人だけで成り立つことでもないため、専門職が住民組織と何らかの関わりをもっている、個別支援につながるケースが少ないと考えられる。

そして、医療ソーシャルワーカーR氏自身もまた、患者の社会関係性について、把握もしくは情報を集められる情報源を把握しているため、自宅退院の可能性が広がっていった。R氏は、NPO法人の会員やボランティアの人の位置情報を校区のマップに記すことで可視化し、高齢者等SOSネットワーク徘徊模擬訓練を通じて、会員やボランティアの少ない地域にアプローチしている。そして、こうした情報源を広げるだけでなく、自身もNPO法人の活動を通して、直接地域住民と接することで、P病院の患者となる前から、その人の以前の生活の様子や社会関係を知ることができるようになった。R氏は、サロン活動で住民と出会うことを「退院支援のファーストコンタクト」と表現している。例えば、入院以前から居宅介護支援事業所の介護支援専門員や小規模多機能型居宅介護事業所が関わっていた場合、利用者が入院しても、それらの人々と退院後に自宅での生活をどのように継続するか、利用者の以前の生活状況を知る関係者で検討する場を持てるが、退院時に初めて介護が必要となる場合、介護が必要になった状況での地域生活の成功事例を知らない家族をキーパーソンとして、施設か在宅かの二択の選択を迫らざるを得ない状況が数多くみられる。また、患者の日常生活圏域と入院している病院の医療圏域は必ずしも一致はしておらず、医療をもとめて都市部に集まっている状況もある。医療ソーシャルワーカーにおいても、患者の自宅が、医療圏域内であってもその広さから、患者の自宅周辺の介護保険サービスの提供状況を逐次把握することは難しい。また、現在は、診療報酬における介護支援連携指導料や退院時共同指導料や介護報酬における退院退所加算によって、入院中であっても、居宅介護支援事業所との連携を図ることができるが、介護支援専門員も初めて会う利用者の社会関係性まで把握することは難しい。そのため、医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員は、介護保険サービスや家族によるサポートを組み合わせたケアプランしか提示できない場合も多く、家族の何らかの負担を強いる現状では、医療ソーシャルワーカー等が、自宅退院したいという患者本人の希望を主張する代弁者には成りきれず、家族がそのケアプランに納得できないと、医療ソーシャルワーカーR氏の言う「施設入所だと言うしかない状況」が生み出されると考える。

### b) 生活の継続性に重点を置いた支援技術の要素

前節の事例比較から、認知症高齢者の生活支援における近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援技術には、3つの要素があることがわかった。それは、①対象者の以前の生活の様子や近隣住民との関係を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること、②利用者宅の周辺地域に出向いて、関係を保つもしくは紡ぎなおすアプローチすること（何かあった際や気になることがあった際の連絡先を伝える、近隣住民等と会える機会を作る、家族や近隣住民に対象者のプラスの情報を伝える等）、③「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」に働きかけることであつた。本節のQ氏の事例でも、①対象者の以前の生活の様子や近隣住民との関係を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること、②利用者宅の周辺地域に出向いて、関係を保つもしくは紡ぎなおすアプローチすることは当てはまっている。R氏が、サロン活動で住民と出会うことを「退院支援のファーストコンタクト」と表現しているように、P病院のある校区住民らが立ち上げたNPO法人が活動を広げ、住民にその存在と活動が浸透し、会員やボランティアが増加する中で、医療ソーシャルワーカーR氏の校区内の情報量および情報源も増加しており、①に当てはまる状況をつくっていた。また、NPO法人の活動は、②のアプローチを住民同士で行っている。そして、この他に、医療ソーシャルワーカーR氏は、利用する介護保険のサービス内容が大方予想できる段階であっても、本人や親族をはじめとする関係者で決定する前段階で、退院前訪問指導に近隣住民を呼んでおり、そのことが、R氏が②のアプローチを行っていることでもあり、社会関係を切らない退院支援技術の柱ともなっていた。つまり、「社会関係を介護保険等のサービス利用によって切らないために、サービス計画前から対象者の生活を考える場に個別支援に関わっている人も参加すること」も生活の継続性に重点を置いた支援技術の要素の一つだといえる。

また、前節の事例では、認知症高齢者の生活支援における近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援技術の要素に、③「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」に働きかけることが挙がっており、個別ケースを積み重ねることで、複数のケースに関わる「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」がさらに、日常生活の中で“意識的に”気にかける人、つまり「地域住民の中のキーパーソン」となるのではないかと推測した。しかし、本節の事例では、すでに、「地域住民の中のキーパーソン」が存在していた。それは、P病院のある校区では、住民によって組織されたNPO法人の活動において、日常生活の中で、住民が、近隣住民に対して“意識的に”気にかけるようになるための取り組みが行われていたからである。そして、すでに存在している「地域住民の中のキーパーソン」から、R氏が個別支援につながる情報を得たり、対象者の支援に関わっている人としてケアプラン作成の会議に呼んでたりするように、「地域住民の中のキーパーソン」への働きかけも生活の継続性に重点を置いた支援技術の要素の一つだといえる。

**c) 社会関係を切らない退院支援の基盤となった NPO 法人の活動の展開**

医療ソーシャルワーカーR氏は、退院支援に地域の力を加えていきたいと考え、最初は、民生委員に退院支援への参加を呼びかけた。しかし、民生委員も疲弊している状況にあり、うまくはいかなかった。そこで、R氏は、法人内にできる地域交流センターの管理運営を通して、高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練の事務局を担い、住民組織に「地域の触れ合いや支え合いの体制づくり」を働きかけた。「地域の触れ合いや支え合いの体制づくり」という漠然とした言葉を、住民自ら、任意団体・NPO 法人の設立、ボランティアの募集、具体的な活動へと変化させ、その過程を支えた R 氏の働きかけは、まさにコミュニティワークであったと言えよう。

NPO 法人の展開過程をみると、①住民組織の役員たちの意識が変化する（「地域の触れ合いや支え合いの体制づくり」は自分たちの行うことではない、自分たちにはできないといった意識から、この校区のことは自分たちでやっという意識へと変わる）、②住民組織の一部の人達と専門職だけでは限界があることを実感し、協力者を募る（第3回目の地域ふれあいフォーラム・決起集会）、③住民の声を聞き、ニーズや課題を知る（第3回目の地域ふれあいフォーラムでの住民の声、高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練を通して住民同士の関係の希薄さを知る）、④解決に向けて体制づくりを行う（任意団体の設立、サロン活動の開始、任意団体の NPO 法人化）、⑤活動に携わる住民が増え、住民全体の意識が変化していく、といった段階を経ていると考える。医療ソーシャルワーカーR氏が、Q氏の事例で、退院前訪問指導の前に声をかけた近隣住民とは、この NPO 法人の会員である。そして、R 氏に声をかけられた会員は、NPO 法人の会員かどうかは関係なく自然と Q 氏の近隣住民に声をかけたのは、⑤の住民意識の変化の現れであるといえよう。

本章第1節で、通常的生活支援では、親族を中心とする非選択縁の関係やサポートネットワークであるポジティブな関係を中心として関係づくりを行うが、本人や親族からのアセスメントを中心とする情報では、本人や親族が、誰々が〇〇をしてくれていると認識しない限り、介護事業者をはじめとする専門職が、関係づくりの対象として、こうしたネットワークを構成する社会的行為者の情報を得ていないことになる」と述べた。医療ソーシャルワーカーR氏が、サロン活動で住民と出会うことを「退院支援のファーストコンタクト」と表現しているように、退院支援時でのアセスメントでは、すでに受動的なネットワークになっていたとしても、入院以前からその人の社会関係性を知ることによって、その情報量は大きく増大する。

また、R 氏のおこなったコミュニティワークは、グループダイナミクスによってお互いにネガティブでもポジティブでもない中立的な関係の地域住民がお互いにポジティブな関係へと移行する働きかけでもあるといえよう。

[図表4-15] 医療ソーシャルワーカーR氏のコミュニティワークによる社会関係性の変容

	ネガティブな関係	お互いに ネガティブでもポジティブ でもない中立的な関係	お互いに ポジティブな関係 (サポートネットワーク)
選択縁 (友人、知人、 専門職 等)			
半選択縁 (近隣住民、 住民組織 等)			➡
非選択縁 (親族 等)			

## 第4節 考察

前章の第2節にて、各事業所をグループAからグループDの4つのグループに分類し分析を行ったところ、いずれのグループも住民組織との関わりについて、7~8割の事業所が「何らかの組織と関わりがある」と回答していたが、住民の協力（声かけ、見守り等）や利用者の近隣活動への参加をケアプランに組み入れている事業所は、いずれのグループも約4割程度であった。そこで、同調査の住民組織との関わりに関する自由記述について整理してみると、住民組織とほとんど関わりがない原因には、事業所の考えや行動を起因とした理由と、それ以外の理由が挙げられた。前者は、開設年数が経過しても以前として際立った変化がみられないことから、住民組織との関係づくりは、受身であっては全く進展していかないことがわかった。また、もう一方の理由についてみると、住民同士の関わり自体が薄かったり、住民組織自体が休止・縮小していたり、利用者本人や家族が、地域との関わりを好ましく思わないために関わりが持てずにいることがわかった。

一方で、住民組織との関わりがある事業所では、開設年数が経つにつれて、関係する住民組織の種類の高まりや関係性の質の変化があることがわかった。まず、小規模多機能型居宅介護サービス自体の理解に得ることや、事業所と住民組織との相互交流の段階があり、次いで、地域組織との関係が良好に進むと、相互の行事や活動へ協力し合う双方向の協力関係が生まれ、さらには、住民組織や事業所の双方が計画する行事（祭りや防災訓練など）を共同開催したり、事業所が専門性を生かした地域貢献を行ったりし、そして、地域課題の解決に向けた取り組みを協働する関係となり、地域資源としての事業所へと発展していくことがわかった。

その中でも、特徴的であったのは、利用者宅での生活支援のケアプランが多いグループAとグループCの事業所では、前述の発展段階に加え、住民組織が利用者に対する支援に関わる事業所があったことである。各利用者の住んでいる地域の地域組織との関係は、事業所のある地域のそれとは、また別の場合も多々ある。同じ日常生活圏域を意識した地域密着型サービスであっても、認知症対応型共同生活介護の入居者の主たる生活の場は、事業所である一方、小規模多機能型居宅介護事業の利用者の主たる生活の場は、利用者宅である。事業所として事業所の周辺地域の住民組織との関わりがあっても、利用者のケアマネジメントに「住民の協力」や「利用者の近隣活動への参加」を組み入れている事業所の割合が低い理由はここにあると推測され、これまで、認知症共同生活介護事業所で言われてきた地域との関係づくりの手法では、例え、事業所周辺の住民組織と地域課題の解決に向けた取り組みを協働する関係となり、地域資源としての事業所へと発展しても、住民組織が利用者に対する支援に関わる機会は作りづらい。これが、個別支援のケアマネジメントに住民組織との関わりが直接反映されにくい理由であると推測される。

そこで、認知症高齢者の利用者宅での生活支援において、小規模多機能型居宅介護事業所がどのようなサービスを提供し、また利用者の社会関係性に目を向けた支援を、どのように行っているのか、被害妄想による他者への攻撃的な言動が続いたO氏に対する支援事



例をみていくと、事業所 M は、不安や寂しさが被害妄想として表出する夕方に、重点的に O 氏とのコミュニケーションを図るようなサービス提供する以外に、介護支援専門員 N 氏は、O 氏の自宅での生活が継続できるように、O 氏がストレスを与えてしまったり、関係性を悪化させてしまった近隣住民が、O 氏に対して排他的にならないように、認知症に対する理解や O 氏のプラスの状況を伝える等の働きかけを行っていた。

そして、こうした近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援技術には、3つの要素(①対象者の以前の生活の様子や近隣住民との関係を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること、②利用者宅の周辺地域に出向いて、関係を保つもしくは紡ぎなおすアプローチすること、③「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」に働きかけること)があることもわかった。

また、今回の調査によって、介護保険制度において同じ地域密着型サービスに位置付けられている認知症対応型共同生活介護と小規模多機能型居宅介護では、近隣住民との関係づくりにおいて大きな違いがあることもわかった。認知症対応型共同生活介護事業は、入居者の主たる生活の場が事業所内である性質上、地域との関係づくりにおいては、事業所を中心とした周辺地域の住民との関係に重点が置かれてきた。しかし、小規模多機能型居宅介護事業の利用者の主たる生活の場は、利用者宅であり、事業所を中心とした周辺地域の住民との関係に加えて、利用者宅の周辺地域の住民との関係に対してもアプローチをする必要がある。そして、本論で取り上げた近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援をはじめ、利用者宅を中心とした周辺地域の住民との関係調整は、小規模多機能型居宅介護事業の訪問サービスを前提としており、同事業の訪問サービスやサテライトは、こうした実践を行う上で重要であるアウトリーチ機能を担っているといえる。

さらに、利用者宅の周辺地域側に介護支援専門員 N 氏が出向き、関係性を紡ぎ、また、介護支援専門員 N 氏や事業所 M の職員が働きかけながら個別ケースを L 地区の中で積み重ねることで、結果的に、地域の中に複数のケースに関わる「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」がさらに、日常生活の中で“意識的に”気にかける「地域の中のキーパーソン」が存在するようになった。そして、地域住民の中のキーパーソンと事業所 M との関係も深まり、こうした人々が協力者へと変わっていくことが推測される。こうした地域住民の中のキーパーソンづくりは、個別ケースを積み上げることでしか生まれてこないわけではない。P 病院の事例では、地域の中での支え合いの体制をつくるために地域住民によって設立された NPO 法人の活動を通して、「地域住民の中のキーパーソン」が生まれていた。

介護支援専門員 N 氏も、医療ソーシャルワーカー R 氏も、この「地域住民の中のキーパーソン」から個別支援につながる情報を得ており、生活の継続性に重点を置いた支援において、「地域住民の中のキーパーソン」の存在は、非常に大きな役割を担っている。介護支援専門員 N 氏も、医療ソーシャルワーカー R 氏も、個別支援の他に、地域住民に対して意識変化をもたらすコミュニティワークも行っていたが、「地域住民の中のキーパーソン」が生まれる数に、圧倒的な差がみられる。N 氏が、「まだまだだなーって本当に。ちょっとは

変わったかなって、なんとなく勝手に思っていたけれど、全然だなんて。」と住民意識を変える難しさを語っているように、一事業者が個別ケースを積み上げることで、「地域の中のキーパーソン」を生み出したり、住民意識を上げて行くには、非常に時間がかかる。十年、二十年単位で地域の変化をみた場合、大きな差が生じると推測される。

また、第2節・第3節の事例から、生活の継続性に重点を置いた支援技術には、いくつかの要素があることもわかった。それは、①生活の継続性には欠かせない、対象者の以前の生活の様子や社会関係性を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること、そして、そのためには、②社会関係を介護保険等のサービス利用によって切らないために、サービス計画前から対象者の生活を考える場に個別支援に関わっている人も参加すること、また、その後も、③利用者宅の周辺地域に出向いて関係を保つもしくは紡ぎなおすアプローチすること（近隣住民等と会える機会を作る、家族や近隣住民に対象者のプラスの情報を伝える等）、④地域住民の中のキーパーソンへの働きかけである。これは、近隣住民とのネガティブな関係性に対する支援技術の3つの要素に、「対象者の以前の生活の様子や近隣住民との関係を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること」が加わり、3つめの「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」に働きかけることが、「地域住民の中のキーパーソンへの働きかけ」へと変わったものである。そして、生活の継続性に重点を置いた支援において、「地域住民の中のキーパーソン」は、こうした実践を支える重要な存在であり、それらの人々は、自治会の役員といった従来の住民組織の代表者とは限らない。専門職が、このような「地域住民の中のキーパーソン」とどのようにつながっていくか、どのように生み出していくかが、今後の課題となるであろう。

## 終章

### 第1節 生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護

#### 1)社会関係性に対するアプローチの有用性

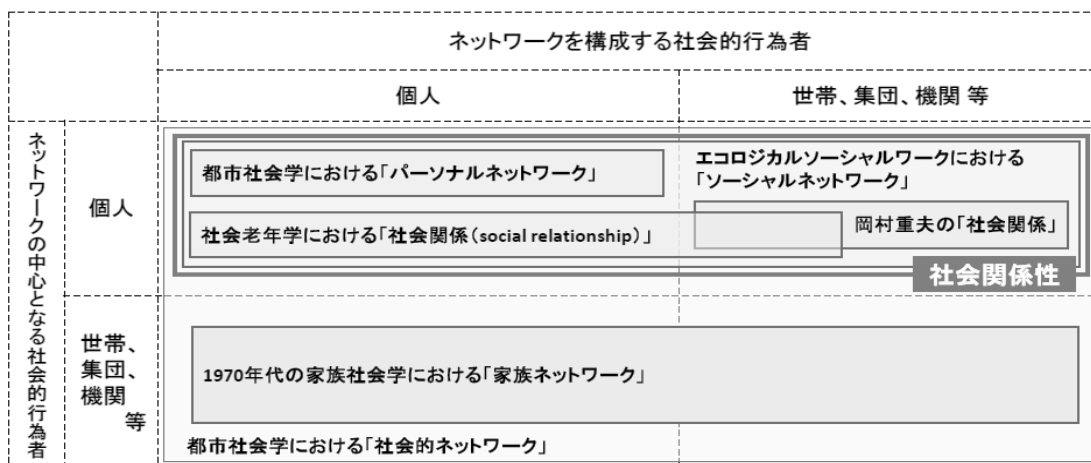
##### a) 社会関係性

岡村（1978：122）が、「社会生活上の困難を問題とする社会福祉の研究では、『社会生活の基本的要求を充足するために、個人が社会制度との間に取り結ぶ関係』、もっと簡単には、『個人と社会制度との関係』こそがその基本的な意味でなければならない」と述べているように、生活支援において、社会関係の構造上の把握を中心にするだけでは、生活課題の解決もしくは社会システムの改善には至りにくい。それは、社会関係が機能的側面においてポジティブな関係とネガティブな関係を有しており、社会的排除につながる社会関係に対して、社会福祉は何らかのアプローチを行う必要があるからである。

そこで、本論では、都市社会学のパーソナルネットワークの概念を援用しつつ、特定の個人を中心とし、他の個人、集団、組織、機関といった社会的行為者によって構成される関係のうち、主に構造的側面について着目したものを「社会関係」と定義した。そして、ネットワークを構成する社会的行為者によって定義する構造的側面に着目した「社会関係」だけでなく、こうした関係の質や強弱を含めた関係性も捉えていく必要があるため、社会関係の構造と機能の総体を社会関係性と定義した。

また、その人らしい生活を支えるには、固体としての生存（生命の維持）、いのちが支えられていると判断できる状況を前提（基盤）とし、一定の経済状況において、家族関係や友人関係といった社会関係の中で、自由な時間を持って過ごすことを支援する必要であり、生活の継続性という軸のある一貫性を持った支援が求められる。そのため、生活の継続性における社会関係性に着目した支援を、これまで本人が築いてきた社会関係の構造をできるだけ保ち、その中で本人に対して差別、虐待、金銭搾取、排他的行為をはじめとするネガティブな関係性、もしくは本人が意図せず脆弱化する関係の背景に対してアプローチする支援のことと定義した。

〔図表5-1〕 社会関係性



**b) 生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護の設定**

1980年代頃から始まった宅老所の実践は、地域課題の解決手段を模索する中で、通い、訪問、泊まり、住居サービスを小地域で一体的に取り組むことにより、認知症高齢者が地域で生活することを支援してきた。2006年に小規模多機能型居宅介護の制度化にあたって、建物や人員が運営基準に満たないことや、対象者を介護保険の被保険者に限定せずに広く必要な人にサービスを提供したい等の理由から、介護保険指定事業者とならなかつた宅老所もあるが、日常生活圏域という一定の地域において、通い、訪問、泊まりのサービスを柔軟に提供しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを、利用者宅での生活を中心に支援するサービス形態は、現在の介護保険制度において、生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護を検討する上で、最も適切であると考えた。

そこで、2007年度、2009年度、2011年度に、全国の小規模多機能型居宅介護事業所を対象にした調査データ（のべ事業所2,123ヶ所、利用者34,049名分）の結果から、利用者の通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析（k-means法）を用い、8タイプ（A～H群）に分け、さらに、各群の特徴から、「在宅生活支援型」、「住まい併設型」、「施設利用同様型」の3つに類型化した。

その結果、「住まい併設型」の利用は、事業所での泊まり利用はほとんどなく、併設された住まいからの通いもしくは住まいへの訪問を中心とし、その回数は全体平均に比べ非常に多く、特異的な利用ケースであることが示された。また、「施設利用同様型」は、ほぼ毎日通いと泊まりを繰り返し、訪問はほとんど行われておらず、自宅よりも事業所で過ごすことが中心となっているケースである。「施設利用同様型」と名付けたが、小規模多機能型居宅介護では、退院直後から在宅生活へ戻るための中間支援において、約1ヶ月間事業所に泊まり続け、介護ニーズを見極めながら、徐々に自宅で過ごす時間を増やしていく支援も行っており（森本2010、横浜市2011）、H群のような利用ケースが、一概に施設入所を待機しているわけではないが、ほぼ毎日事業所に泊まり続けていることが、小規模多機能型居宅介護事業の機能に一致しているのかは、今後の検討課題であり、本調査分析では、

認知症のある利用者に対して利用者宅での生活継続を重視した生活支援を行うことを生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護として評価することとした。

### c) 利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴

利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴を明らかにするために、2009年度に実施した同上調査データ（事業所 769 ヶ所、利用者 12,556 名分）のうち、①年齢 65 歳未満の利用者データ、②住まいの形態が「高専賃・高優賃」、「住宅型有料」、「その他」である利用者データ、③利用者宅と事業所との距離が、「事業所敷地内」、「それ（10km 前後）以上」である利用者データを除いたもの（事業所 640 ヶ所、利用者 10,170 名分）を対象とし分析を行った。再度、通い・訪問・泊まりの回数を変数にし、クラスター分析（k-means 法）を用い、6 つの群（a 群～f 群）に分類したところ、ほぼ毎日通い、ほぼ毎日泊まり、訪問の利用はほとんどない利用ケース群（f 群）が抽出され、これは、第 2 章第 1 節で行った類型化の「施設利用同様型」に相当するといえる。

そこで、各事業所を利用者の認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、利用類型が f 群（施設利用同様型）である割合によって、グループ A からグループ D に分類し比較した。

〔図表 5 - 2〕 グループ A からグループ D の分類

(事業所640ヶ所、利用内容データ10,170名分)			
<b>グループA</b> の事業所 (n=191) 認知症中重度 の利用者が 比較的少ない かつ f群の利用者 が少ない 平均要介護度 2.12 ±0.52	<b>グループB</b> の事業所 (n=137) 認知症中重度 の利用者が 比較的少ない かつ f群の利用者が 比較的多い 平均要介護度 2.21±0.51	<b>グループC</b> の事業所 (n=166) 認知症中重度 の利用者が 比較的多い かつ f群の利用者が 少ない 平均要介護度 2.54 ±0.51	<b>グループD</b> の事業所 (n=146) 認知症中重度 の利用者が 比較的多い かつ f群の利用者が 比較的多い 平均要介護度 2.67 ±0.48

小規模多機能型居宅介護以外の利用サービスをみてみると、グループ A は、日常生活自立支援事業と居宅栄養管理指導の利用が多く、グループ C は、訪問看護、福祉用具、配食サービスの利用が多く、いずれも利用者宅での生活を継続していくために組み入れているサービスと推測される。各グループの認知症中重度の利用者の割合、利用類型が f 群である利用者の割合、平均要介護度等を考慮しても、グループ A およびグループ C は、利用者宅での生活継続を重視している事業所といえる。また、こうしたサービスを提供するために、グループ A およびグループ C は、小規模多機能型居宅介護以外のサービス提供事業者（社会福祉協議会、訪問看護事業所および訪問歯科診療所をはじめとする医療機関、配食サービスや福祉用具の事業者等）と連携しており、さらに、社会福祉協議会や地域包括支援セ

ンターと「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している」事業所も多かったことから、利用者宅での生活支援を行うための基盤形成の一つとして、専門職機関・事業所との連携が重要であるといえる。

また、今回の調査分析では、住民組織との関わりについて、いずれのグループでも7～8割の事業所が「何らかの組織と関わりがある」と回答している一方、頻繁に関わりのある組織名を見てみると、グループAやグループCでは、他のグループよりも、住民組織が関わる地域のネットワークと関わりを持っていることがわかり、地域包括支援センターとの連携や、社会福祉協議会との連携について、前述の通り、「利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している」と回答した事業所もグループA・Cに多かったことから、地域との関係づくりについても、利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴に関連していると推測される。

#### d) 専門職機関との連携

利用者宅での生活支援を行うための基盤形成の一つとして、専門職機関・事業所との連携が重要であることが示されたが、専門職機関・事業所との連携が最も必要となるケースの一つに医行為への対応を伴うケースが挙げられる。

そこで、小規模多機能型居宅介護における専門職機関との連携のうち、医行為への対応として、看取りにおける医療機関、特に在宅療養支援診療所との連携について、前述と同様2009年度に実施した調査結果（事業所769ヶ所、利用者12,556名分）から、その連携の実態と関連要因を明らかにするとともに、医療機関との連携の具体を明らかにするために同調査に付属して行われた訪問ヒアリング調査の再分析も行った。

事業所の看取り経験の有無によって、事業所もしくは利用者宅での看取り経験のある事業所（グループX）、事業所もしくは利用者宅での看取り経験はないが、臨死期（死亡3～7日前）まで支援をしていた事業所（グループY）、グループX・Yのような終末期ケアの経験のない事業所（グループZ）の3グループに分類したところ、グループXは、在宅療養支援診療所と連携している事業所が多く、連携ケース数も多かった。また、前述のグループC・Dは、他のグループよりもグループXの割合が高かったが、グループDでは事業所で看取りを行った件数も多く、グループCでは利用者宅で看取りを行った件数が多かった。

また、ヒアリング調査の再分析によって、看取りおよび臨死期までの支援における医療機関との連携方法は、①病院・診療所展開型、②訪問看護ステーション基盤型、③外部連携A型、④外部連携B型、⑤住まい併設ビジネス型の類型に分けられ、①の診療所発展型の一部は、医療ニーズ高度対応型にわけられることがわかった。そして、この6つの類型を再度、2009年度の調査において、看取り経験および臨死期（死亡3～7日前）まで支援した経験があると回答した事業所311ヶ所について当てはめてみると、外部連携A型もしくはB型であった事業所が、220ヶ所と最も多く、また、看取り経験や臨死期までの支援経験のない事業所においても、外部連携A型もしくはB型になる可能性のある事業所は353ヶ所と、看取り経験のない事業所の中でも最も多かった。

現在、小規模多機能型居宅介護事業所が算定する介護報酬において、連携に関する加算は、「市町村独自加算」にない限り、特に設定されていない。調査分析において、利用者宅での生活を継続していく支援ために、その基盤形成として、小規模多機能型居宅介護以外のサービス提供事業者や専門職機関等との連携が重要であることが示された。医療機関との連携や社会福祉協議会、地域包括支援センター等の専門職機関・事業所との連携を促すために、加算を設定することも一つの手法であると考え、そのためにも連携先とその内容に関する評価指標を検討・作成することが、今後の課題であるといえる。

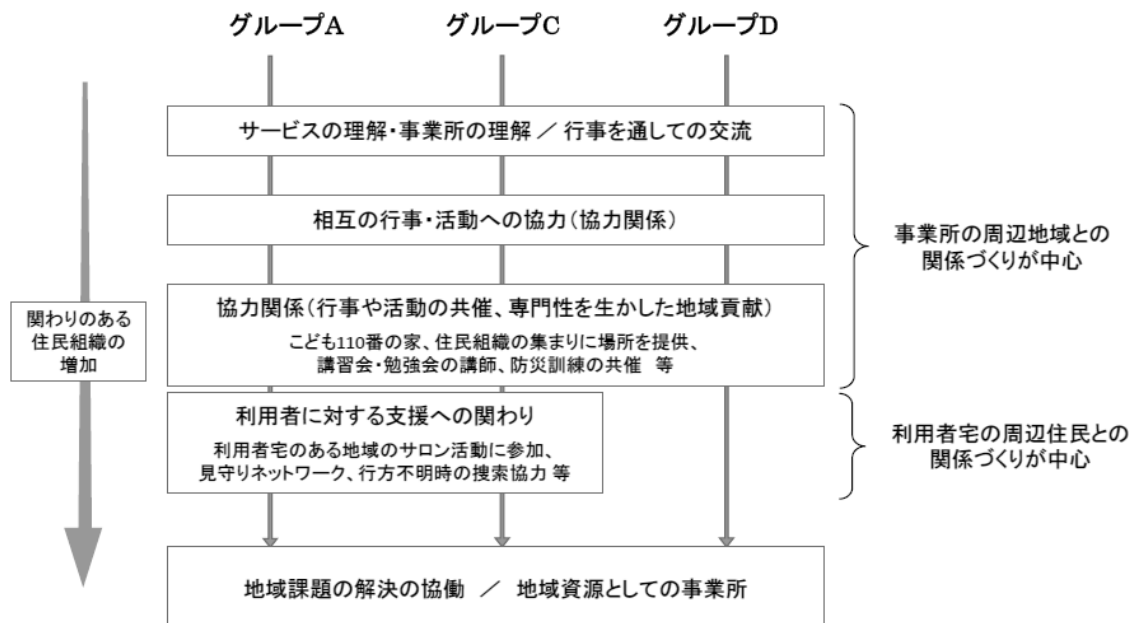
#### e) 地域との関係づくり

前述の調査から、地域との関係づくりについても、利用者宅での生活継続を重視している事業所の特徴に関連していると推測されることから、地域との関係づくりの具体を明らかにするために、2009年度の同調査データ（事業所 769ヶ所、利用者 12,556名分）から、住民組織の関わりと具体的な内容について整理分析した。

その結果、住民組織との関わりがある事業所では、開設年数が経つにつれて、関係する住民組織の種類や関係性の質の変化があることがわかった。まず、小規模多機能型居宅介護サービス自体の理解を得ることや、事業所と住民組織との相互交流の段階があり、次いで、地域組織との関係が良好に進むと、相互の行事や活動へ協力し合う双方向の協力関係が生まれ、さらには、住民組織や事業所の双方が計画する行事（祭りや防災訓練など）を共同開催したり、事業所が専門性を生かした地域貢献を行ったりし、そして、地域課題の解決に向けた取り組みを協働する関係となり、地域資源としての事業所へと発展していくことがわかった。

その中で、前述のグループ A・C は、住民組織が利用者に対する支援に関わっていることもわかった。同じ日常生活圏域を意識した地域密着型サービスであっても、認知症対応型共同生活介護の入居者の主たる生活の場は、事業所である一方、小規模多機能型居宅介護の利用者の主たる生活の場は、利用者宅である。事業所として事業所の周辺地域の住民組織との関わりがあっても、利用者のケアマネジメントに「住民の協力」や「利用者の近隣活動への参加」を組み入れている事業所の割合が低い理由はここにあると推測され、これまで、認知症共同生活介護事業所で言われてきた地域との関係づくりの手法では、例えば、事業所周辺の住民組織と地域課題の解決に向けた取り組みを協働する関係となり、地域資源としての事業所へと発展しても、住民組織が利用者に対する支援に関わる機会は作りづらい。これが、個別支援のケアマネジメントに住民組織との関わりが直接反映されにくい理由であると推測される。

[図表 5 - 3] 住民組織と事業所との関係の発展段階における関係づくりの対象の違い (図表 4 - 7 再掲)





#### f) 生活の継続性に重点を置いた支援技術

認知症高齢者の利用者宅での生活支援において、小規模多機能型居宅介護事業所がどのようなサービスを提供し、また利用者の社会関係性に目を向けた支援をどのように行っているのかを明らかにするために、被害妄想による他者への攻撃的な言動によって、ネガティブな社会関係性へと変容した事例に対する介護支援専門員 N 氏のアプローチと、退院支援における社会関係を切らない支援事例を行った医療ソーシャルワーカー R 氏のアプローチについて、訪問ヒアリング調査（半構造化面接）を実施した。

まず、被害妄想による他者への攻撃的な言動が続いた O 氏に対する支援事例をみていくと、事業所 M は、不安や寂しさが被害妄想として表出する夕方に、重点的に O 氏とのコミュニケーションを図るようなサービス提供していたが、それ以外に、介護支援専門員 N 氏が利用者宅の周辺地域側に出向き、近隣住民が、O 氏に対して排他的にならないように、関係性を紡いでいくことで、O 氏の生活の継続性につながっていった。

事業所 M が L 地区内につくったサテライトも、利用者宅の周辺地域側に出向き、関係性を紡いでいく点において、有用な手法であった。ある理由によって長期の泊まりをしている利用者に対し、一時的にその利用者の家が近いサテライトに行くときがあるという。すると、近隣住民がその利用者に会いに来るため、利用者の様子は大きく変わり、表情も豊かになり言葉も増えるという。

また、医療ソーシャルワーカー R 氏は、社会関係を切らない支援において、地域住民に対し、退院前訪問指導の際に、Q 氏の地域住民が参加できるようなタイミングで近隣住民に声をかけている。介護保険制度によって家族が担っていた介護の一部は社会化された。しかし、社会化されたはずのサービスであっても、近隣住民からみれば、本人、家族、専門職等によって決定されたものであり、家族が行っていることの一部に見える。それまで、近隣住民が行っていたことであっても、本人や家族等が決定したサービスに割って入ることは少ない。R 氏は、このことを「介護保険が先に入っちゃうと、地域の人たちが離れていく」と述べていた。

また、医療ソーシャルワーカー R 氏をはじめ、P 病院のソーシャルワーカーや看護師が退院前訪問指導の際に、このように近隣住民に声をかけることができるのは、住民によって設立された NPO 法人の活動によって、声をかけられる住民側の意識が変化したことが前提にあるが、R 氏は、NPO 法人の会員やボランティアの位置情報を校区のマップに記すことで可視化し、高齢者等 SOS ネットワーク徘徊模擬訓練を通じて、会員やボランティアの少ない地域にアプローチしている。そして、こうした情報源を広げるだけでなく、自身も NPO 法人の活動を通して、直接地域住民と接することで、P 病院の患者となる前から、その人の以前の生活の様子や社会関係を知ることができるようになった。そして、R 氏は、サロン活動で住民と出会うことを「退院支援のファーストコンタクト」と表現している。

以上のことから、生活の継続性に重点を置いた支援技術の要素として、①生活の継続性には欠かせない、対象者の以前の生活の様子や社会関係を知ること、もしくは知っている人にアクセスできる環境にいること、そして、そのためには、②社会関係を介護保険等の

サービス利用によって切らないために、サービス計画前から対象者の生活を考える場に個別支援に関わっている人も参加すること、また、その後も、③利用者宅の周辺地域に出向いて関係を保つもしくは紡ぎなおすアプローチすること（近隣住民等と会える機会を作る、家族や近隣住民に対象者のプラスの情報を伝える等）、④地域住民の中のキーパーソンへの働きかけの4点を挙げる。そして、生活の継続性に重点を置いた支援において、「地域住民の中のキーパーソン」は、こうした実践を支える重要な存在であり、それらの人々は、自治会の役員といった従来の住民組織の代表者とは限らない。専門職が、このような「地域住民の中のキーパーソン」とどのようにつながっていくか、どのように生み出していくかが、今後の課題となるであろう。

## 2)個別支援の積み重ねとコミュニティワーク

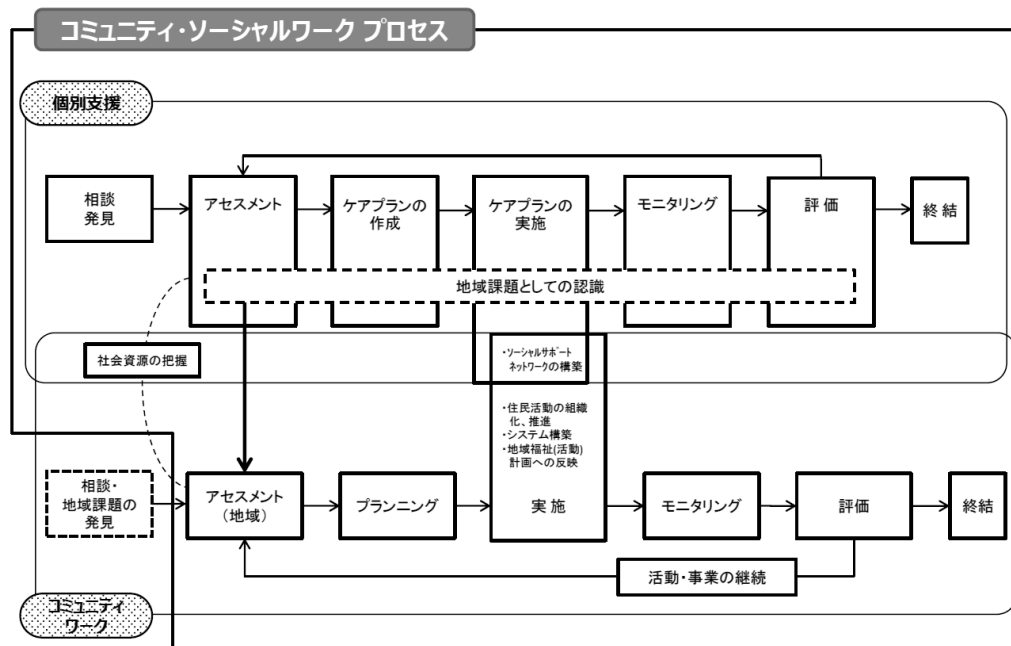
### a) 住民意識の変化と地域住民の中のキーパーソン

事業所 M の事例では、個別ケースを L 地区の中で積み重ねることで、結果的に、地域の中に複数のケースに関わる「積極的に関わってくれるようなポジティブな関係ではないが気にかけてくれる人」、つまり「地域の中のキーパーソン」が存在するようになっていた。一方で、P 病院の事例では、地域の中での支え合いの体制をつくるために地域住民によって設立された NPO 法人の活動を通して、「地域の中のキーパーソン」が生まれていた。しかし、介護支援専門員 N 氏も、医療ソーシャルワーカー R 氏も、この「地域の中のキーパーソン」から個別支援につながる情報を得ていることは共通しており、生活の継続性に重点を置いた支援において、「地域住民の中のキーパーソン」は、こうした実践を支える重要な存在であることが示唆された。そして、それらの人々は、自治会の役員といった従来の住民組織の代表者とは限らず、専門職が、このような「地域住民の中のキーパーソン」とどのようにつながっていくか、どのように生み出していくかが、課題となる。

### b) コミュニティワークとコミュニティ・ソーシャルワーク

事業所 M のある L 地区の住民は、特段認知症のある人に対して寛容であるわけではない。また、P 病院のある校区も、以前は、住民同士の関係は希薄で、住民組織の代表者も認知症をもつ人を受け入れる意識はなかった。しかし、こうした状況に対し、介護支援専門員 N 氏も、医療ソーシャルワーカー R 氏も、個別支援の他に、地域住民の意識に変化をもたらすよう働きかけを行っていた。特に R 氏の行っていたことは、まさにコミュニティワーク（地域住民が自分たちの地域課題について知り、自ら解決を図るための活動や、課題の発生を未然に防いだりする仕組みづくりを、側面から支援する技術のこと）である。一方で、個別支援からの概念としてコミュニティ・ソーシャルワークがある。コミュニティ・ソーシャルワークは、あくまでも個別支援技術であるが、コミュニティ・ソーシャルワークの過程で、認識された地域課題が、コミュニティワークの仕組みづくりにつながったり、コミュニティワークによってつくられた仕組みが、個人の(生活)課題を解決することもある。また、コミュニティワークの機能を果たしている機関と個別支援の機能を果たしている施設・機関とが連携することで、コミュニティ・ソーシャルワークの機能が果たされている場合もある。図表 5-3 は、コミュニティ・ソーシャルワークの基本的な展開過程を示したものである。ケアマネジメントの展開プロセスを基本としつつ、個別支援と地域支援の両者を行っている。上部は、個別支援（ケアマネジメント）のプロセスを示し、下部はコミュニティワークのプロセスを示している。

〔図表5-4〕 コミュニティワークのプロセスとコミュニティ・ソーシャルワークのプロセス



※ 筆者作成

コミュニティ・ソーシャルワークが働きかける相手は、利用者自身と利用者の背後にある社会的支援ネットワークである（小田 2005）。家族や親戚、隣人、友人、その他の地域住民、あるいは商店、所属する組織や団体等、様々な人々が様々な形で生活を支えている。こうした社会的支援ネットワークは、利用者を支える可能性も持っているが、一方で、社会的ネットワークの構成員である家族や地域住民、地域組織や団体によって、生活課題や地域課題が複雑化する場合もある。また、通常であれば、ソーシャルサポートを得られるような人を探しても、見つからなければ、それで終わってしまう場合も多い。しかし、事業所 M の事例の場合、L 地区の住民は、特段認知症のある人に対して寛容であるわけではなく、また、O 氏も、もともと近所から好かれているわけではなく、O 氏の認知症の症状に伴う言動によって、ストレスを感じていたり関係性を悪化させてしまった人に対して、介護支援専門員 N 氏は、O 氏を L 地区から排除するような排他的な関係にならないように働きかけていた。このように、コミュニティワーカーやコミュニティ・ソーシャルワーカーも、ポジティブネットワークだけではなく、ネガティブなネットワークも含めて当該地域の特性や課題の全体を把握することが求められ、時にはネガティブなネットワークに対する働きかけも必要となるといえる。

#### b) 地域との関係づくりにおける地域包括支援センターや社会福祉協議会の役割

介護支援専門員の N 氏や医療ソーシャルワーカーの R 氏が行っていたような地域住民の意識に変化をもたらすよう働きかけは、介護サービスを提供する事業所の一職員ではなかなか担いきれない。現に、介護支援専門員 N 氏も、事業所 M の職員ではなく、ある程度地域の中を自由に動くことのできる居宅介護支援専門員であり、医療ソーシャルワーカー R 氏も、

地域交流センターの運営管理という立場から動いていた。そこで発揮されるのが社会福祉協議会や地域包括支援センターである。個別支援に関わるネットワークづくりや住民意識の醸成において、コミュニティワークが欠かせないことがわかった。そして、これらの機関の職員と顔を合わせ、定期的に情報交換のできる場である運営推進会議は、その議事の持ち方によって、住民と一緒に地域課題を出し合い認識し、解決に向けて話し合う場となるなど、今後一層有用な活用が期待できるといえよう。

## 第2節 社会関係性に着目したアプローチの今後に向けた課題

### 1)社会関係性の変容と地域格差

高齢期における社会関係の特徴の一つに、高齢期になるとネットワークの規模が縮小されやすく、接触頻度も減るため、孤立しやすい状況に陥ることが挙げられる。宍戸（2006）は、高齢期の社会関係性を、①孤立型（相談相手が誰もいないといったネットワークの非形成状態）、②小家族型（配偶者・親子だけの構成からなる社会関係）、③拡大親族内包型（配偶者・親子以外の親族を含む社会関係）、④非親族内包型（友人や近隣、仕事仲間等の非親族を含む社会関係）の4つのタイプに類型化し、日本の高齢者は、小家族型ネットワークが非常に多く、配偶者を喪失（主要因）することで解体しやすいが、配偶者の喪失によって即座に孤立型へと単線的に移行するのではなく、付加要因（性差、子どもの状況、教育年数、家計状況、集団参加）によって、拡大親族内包型や非親族内包型へと移行する場合があることも明らかにした。

P病院のある自治体は、高齢化率は30%を超え、高齢者のみの世帯の割合も29%に上り、自治会加入率は34%と低い。また、NPO法人の活動が広がる以前は、住民同士の関係も希薄で、住民組織の代表者も認知症をもつ人を受け入れる意識はなかった。つまり、介護が必要となった孤立型の高齢の患者は、自宅に戻りたくても戻れず、親族の家に移るか、施設に入所するか、病院を転々とするか等の選択であった。本論の中で、生活とは、自己決定を軸に、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねによって生み出され、この自己決定という軸こそ、生活の継続性を担保するもの、つまりその人らしい生活の軸となるものであると述べたが、この場合の選択には、生活の継続性を担保するための軸となる自己決定の前提となる一定の選択肢が存在していない。しかし、P病院のある校区住民が設立したNPO法人の活動は、自宅に戻るという選択肢をつくっただけでなく、地域住民の意識を変容させ、社会関係を孤立型から非親族内包型へと変えた。

都市部では、既存の住民組織自体が機能していなかったり、消滅しているところもある。しかし、今回、生活の継続性に重点を置いた支援において、「地域住民の中のキーパーソン」は、従来の住民組織の代表者とは限らなかった。つまり、住民組織自体が消滅しても、地域住民の意識の変容と非親族内包型への移行によって、こうした問題は解決できることを示唆している。L地区において、「地域住民の中のキーパーソン」は商店主であったが、都市部では、ライフラインに関わる職業や宅配業者、金融機関職員等生活に関わる職業人が代替できるかもしれない。また、地方の山間部や限界集落等において、1軒1軒が離れ、また個々が高齢なために相互の移動がなく、社会資源も乏しい地域においても援用できるかは検討課題である。

しかし、今後こうした取り組みを行ったところとそうではないところとでは、要介護者の生活の質に大きな差が生まれることは容易に想像がつく。地域包括ケア研究会報告書（2013）では、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」は、時代とともに、その範囲や役割を変

化させていくものであることを前提とし、今後のひとり暮らし世帯や高齢者のみの世帯が増加していく中で、自助や互助の概念や求められる範囲・役割について、新しい形が求められるようになるだろうと述べられているが、松繁（2012）が、地域包括ケアシステムにおける互助の課題として、概念をめぐる多義性・多層性について掘り下げられないままに、「地域とのつながり」、「有機的な連携」等のフレーズと単純化された図式をもって、地域包括ケアの議論が進められてきたと批判している通り、こうした活動が普及していく上でも、コミュニティワーカーの養成においても、P病院のある校区の事例のような住民意識の醸成過程や事業所と住民組織と関係の展開過程、そして、それらに対するコミュニティワーカーの働きかけ等を明らかにする必要がある。

## 2) 社会関係性に着目したアプローチの評価

生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護において、事業所の基盤形成の一つとして、専門職機関・事業所との連携が重要であることが示された。医療機関との連携や社会福祉協議会、地域包括支援センター等の専門職機関・事業所との連携を促すために、加算を設定することも一つの手法であるが、そのためにも連携先とその内容に関する評価指標を検討・作成することが、今後の課題であるといえる。しかし、終末期ケアまで支援する事業所もあれば、そうではない事業所もあるように、事業所によってその提供するサービスの質の格差は、今回の調査分析においても明白である。この格差について、事業者の差別化のひとつとして捉えたり、また事業者の倫理や使命感に依存したままでいいのだろうか。生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護に関わらず、介護報酬の加算という形での評価以外に、質の高いサービスを促進する方法も検討していかなくてはならない。

### 第3節 本研究の課題

本研究では、生活の継続性に重点を置いた認知症高齢者介護として、自宅での生活の継続を一つの指標としたが、実際は、高齢者全員が自宅での生活の継続を希望しているわけではない。近隣住民との関係は希薄で、その地域や自身の住居に思い入れがあるわけではなく、一人では防犯面からも不安であるため、自ら特定施設等に入居し、安心した暮らしに満足している人もいるであろう。

本論では、第1章第1節において、生活の継続性と自己決定について述べている。自己決定とは、個人が対象に対して行う判断や選択そのものを指すと定義し、自己決定は、日常の様々な場面において絶えず行われており、一定の選択肢が存在する状況下において決定を行う環境を前提とするならば、生活とは、そうした自己決定の連続によって、「その人らしさ」が生み出されているといえる。一方で、全ての状況でこうした選択肢が存在するわけではなく、選択肢のない状況下で、希望していなくても選ばざるを得ない状況、つまり希望している選択肢が含まれているかどうかは関係なく、一定の条件の中で比較し、選択を重ねなければならないこともある。

本論の中では、生活とは、自己決定を軸に、具現化された動作・慣習の経年的な積み重ねによって生み出され、この自己決定という軸こそ、生活の継続性を担保するもの、つまりその人らしい生活の軸となるものであると述べているが、一定の選択肢が存在している環境を前提に論を進めている点にひとつの限界があり、今後は、選択肢が存在していない状況における自己決定について検討する必要がある。

また、本調査においては、自宅での生活の継続を一つの指標としたが、前述の通り、自宅での生活の継続は一つの選択肢に過ぎず、住み慣れた環境でこれまでの生活習慣や日課を続けたい、生業をともにしてきた自然のあるこの地域で暮らしたい、他界した配偶者と過ごした思い出あるこの家にずっといたい、自身の暮らしてきた住居や地域を離れても、誰かと一緒に暮らしたい、子どもや近所の人に迷惑をかけずに生活することを優先したい等、自己決定の前提となる価値観は多様である。こうした多様な価値観に基づく、自宅での生活の継続以外の決定において、社会関係性に対するアプローチはどう働くのかについても、今後検討する必要がある。



## 【参考文献リスト】

## 1) 第1章

- 安梅勲江・鈴木英子(2006)「家族の介護意識と要介護者の自己決定疎外の関係に関する研究」『厚生指標』53(8), pp25-33.
- Antonucci TC, Akikawa H(1987): Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, pp519-527.
- 青井和夫・松原治郎・副田義也(1971)『生活構造の理論』有斐閣
- 浅川達人・古谷野亘・安藤孝敏ほか(1999)「高齢者の社会関係の構造と量」『老年社会科学』, 21(3), pp329-337.
- 浅川達人・高橋勇悦「都市居住高齢者の社会関係の特質 友人関係の分析を中心として」『総合都市研究』45, pp69-95.
- Cantor, M. H.(1979): Neighbors and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System. *Research on Aging*, 1(4), pp434-463.
- 千葉邦子(2011)「妊産褥婦に対する診療所勤務助産師からのネガティブサポート」『日本赤十字看護大学紀要』, 25, pp.11-21.
- 地域包括ケア研究会(2009)『地域包括ケア研究会報告書〜今後の検討のための論点整理〜』
- 地域包括ケア研究会(2013)『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- 後藤昌彦(1990)「農村における高齢者の社会関係と生活構造」『藤女子大学・藤女子短期大学紀要』28, pp17-33.
- 平野順子(1998)「都市居住高齢者のソーシャルサポート授受」『家族社会学研究』10(2), pp95-110.
- 本多勇(1998)「『生活』概念の検討と整理-『生活』研究のレビュー-」『国際医療福祉大学紀要』3, pp13-23.
- 古川孝順(1998)「社会福祉理論のパラダイム転換」『社会福祉 21 世紀のパラダイム I -理論と政策』誠信書房
- 茨木美子(1992)「高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート」『慶応義塾大学大学院社会学研究科紀要』34, pp13-20.
- 石塚優(2011)「高齢者の世帯構成による社会関係の比較--ひとり暮らし高齢者に着目して」『都市政策研究所紀要』5, pp53-73.
- 石川久展(1996)「高齢者のソーシャルネットワーク研究についての一考察」『ルーテル学院大学 テオロギア・ディアコニア』30, pp115-137.
- 一番ヶ瀬康子(1993)「暮らしから生活へー現代日本人の生活リズムへの視点と視座ー」川添登・一番ヶ瀬康子編著『生活学原論』光生館
- 一番ヶ瀬康子(1995)「21 世紀社会福祉学への展望」一番ヶ瀬康子編『21 世紀社会福祉学』有斐閣 pp.343-356.
- John Rowe and Robert Kahn(1997): Successful ageing. *The Gerontologist*, 37(4), pp433-440.
- 笹山京(1984)『国民生活の構造(笹山京著作集第5巻)』ドメス出版
- 川添登(1997)「生活学の理論と方法」川添登・佐藤健二編『生活学の方法』光生館
- 菊池真弓(1996)「高齢者世帯の社会関係に関する一考察--都市社会を中心として」『社会学論叢』126, pp39-59.
- 菊池真弓(2001)「高齢者世帯の社会関係に関する一考察--老親扶養を中心として」『いわき明星大学人文学部研究紀要』14, pp26-37.
- 岸玲子・江口照子・前田信雄ほか(1996)「前期高齢者と後期高齢者の健康状態とソーシャル・サポートネットワーク」『公衆衛生誌』pp1009-1023.
- 岸玲子・築島恵理(1999)「農村における高齢者の健康状態と社会的支援およびネットワークの現状と保健福祉の課題」『日本農村医学会雑誌』47(6), pp819-827.
- 今和次郎(1971)「生活学への空想」『生活学 今和次郎集 5』ドメス出版, pp16-17.
- 今和次郎(1971)「生活の文化的段階」『生活学 今和次郎集 5』ドメス出版, pp23-27.
- 小林江里香ら(2005)「配偶者の有無と子どもとの距離が高齢者の友人・近隣ネットワークの構造・機能に及ぼす効果」『老年社会科学』26(4), pp438-499.
- 小林江里香・杉澤英博・深谷太郎・柴田博(2000)「高齢者の保健福祉サービスの認知への社会的ネットワークの役割」22(3), pp257-365.
- 小島蓉子編訳(1992)『エコロジカル・ソーシャルワーク カレル・ジャーメイン名論文集』学苑社.
- 小窪輝吉・高橋信行・田畑洋一(1998)「過疎地における高齢者の孤独感と個人的、社会的特性との関連」『鹿児島経済大学社会学部論集』17(3), pp1-20.
- 古谷野亘(1990)「在宅要介護老人のソーシャル・サポート・システム」『桃山学院大学社会学論集』24(2), pp113-124.
- 古谷野亘・安藤孝敏・浅川達人・児玉好信(1998)「地域老人の社会関係にみられる階層的補完」『老年社会科学』19(2), 140-150
- 古谷野亘・西村昌記・安藤孝敏・浅川達人・堀田陽一(2000)「都市男性高齢者の社会関係」『老年社会科学』22(1), 83-88.
- 古谷野亘・西村昌記・矢部卓也ほか「関係の重複が他者との交流に及ぼす影響; 都市男性高齢者の社会関係」『老年社会科学』27(1), pp17-23.
- 古谷野亘・矢部拓也・西村昌記・高木恒一孝・浅川達人・安藤孝敏(2007)「地方都市における高齢者の社会関係」『老年社会科学』29(1), pp58-64

## 終章

- 前田尚子(1999)「非親族からのソーシャルサポート」折茂肇ほか編『新老年学』（第2版）東京大学出版会
- 前田信彦(1996)「都市住居高齢者のパーソナル・コミュニティ 東京都におけるソーシャル・ネットワーク調査」『日本労働研究機構研究紀要』11, pp17-44.
- 前田尚子(2003)「エイジングとパーソナル・ネットワーク 友人関係機能を中心に」『岐阜聖徳学園大学短期大学部紀要』35, pp69-85.
- 松繁卓哉(2012)「地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題」『保健医療科学』61(2), pp113-118.
- 松山明子・樋口京子(2011)「緩和ケアにおけるエキスパートナースの倫理的意思決定過程に関する研究」『日本看護倫理学会誌』3(1), pp19-27.
- 松井豊(2001)「IV 近隣における高齢者への援助」関西大学経済政治研究所人間・社会関係問題研究班編『人間・社会関係のダイナミクス：ミクロからマクロまでの多角的分析』関西大学経済・政治研究所, pp125-164.
- 森合真一(2012)「社会福祉の対象論 生活概念を通じた考察」『立命館人間科学研究』25, pp59-65.
- 森岡清志編(2000)『都市社会のパーソナルネットワーク』東京大学出版会
- 森本佳樹ほか編(2013)『ビギナーズ地域福祉』有斐閣.
- 中島民恵子ほか(2012)『大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究』医療経済研究機構.
- 内閣府経済社会総合研究所幸福度研究ユニット 第2回幸福度に関する研究会資料2『平成21年度国民生活満足度調査からみた幸福度』
- 内閣府 HP 「平成24年版高齢社会白書」[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1\\_2\\_1\\_01.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_2_1_01.html)
- 中村恵子・山田紀代美(2009)「虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因」『日本看護研究学会雑誌』32(5), pp29-38.
- 野邊政雄・田中宏二・兵藤好美(1996)「高齢女性の社会的支援ネットワーク特性と精神的健康調査の基礎分析(その1)」『岡山大学研究集録』102, pp55-72.
- 野邊政雄・田中宏二・兵藤好美(1996)「高齢女性の社会的支援ネットワーク特性と精神的健康調査の基礎分析(その2)」『岡山大学研究集録』103, pp13-16.
- 野辺政雄(1999)「高齢者の社会的ネットワークとソーシャル・サポートの性別による違いについて」『社会学評論』50(3), pp375-392.
- 野邊政雄(2005)「地方小都市に住む高齢女性の社会関係における階層的補完性」『社会心理学研究』21(2), pp116-132.
- 野邊政雄(2014)「過疎山村に住む高齢女性のパーソナル・ネットワークの基本的特徴」『岡山大学大学院教育学研究科研究集録』155, pp49-56.
- 野口裕二(1991)「高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート」『老年社会科学』13, pp89-105.
- 小田利勝(2003)「都市高齢者の近隣交際量の分析」『人間科学研究』10(2), pp1-20.
- 小田利勝(2003)「都市高齢者の友人関係に関する一考察」『神戸大学発達科学部研究紀要』10(2), pp183-194.
- 岡村重夫(1978)『全訂 社会福祉学(総論)』柴田書店.
- 岡林秀樹・杉澤秀博・岸野洋久(1998)「高齢期における社会関係と生活自立度との因果関連」『日本行動計量学会大会発表論文抄録集』26, pp253-356.
- 太田貞司(2003)『地域ケアシステム』有斐閣.
- 大谷信介(1995)『現代都市住民のパーソナル・ネットワーク』ミネルヴァ書房.
- 大槻知史(2004)「都市住民のパーソナルネットワークの機能・構造分析」『立命館人間科学研究』7, pp137-157.
- 斉藤雅茂(2008)「高齢者の社会的ネットワークの経年的変化」『老年社会科学』29(4), pp516-525.
- 斉藤雅茂・冷水豊・武居幸子・山口麻衣(2010)「大都市高齢者の社会的孤立と一人暮らしに至る経緯との関連」『老年社会科学』31(4), pp470-480.
- 澤岡詩野・古谷野亘(2011)「社会関係の研究において用いられている非親族との関係の指標」『老年社会科学』, 33(1), pp47-59.
- 澤岡詩野・古谷野亘・本田亜起子(2012)「都市のひとり暮らし後期高齢者における他者との日常的交流」『老年社会科学』34(1), pp39-45.
- 宍戸邦章(2001)「高齢期パーソナル・ネットワーク研究における分析視点の動向 -1990年を境として-」『同志社社会学研究』5, pp135-146.
- 宍戸邦章(2005)「都市郊外における高齢者の社会的ネットワーク」『同志社社会学研究』9, pp41-56.
- 宍戸邦章(2006)「高齢期における社会的ネットワークの多様性 -JGSS-2003 データを用いた相談ネットワーク分析-」『JGSS で見た日本人の意識と行動：日本版 General Social Surveys 研究論文集』, 5(2)大阪商業大学, pp.119-134.
- 杉岡直人(1994)「一人暮らしの高齢者の社会関係に関する」『北星論集(文)』31, pp33-65.
- 杉井潤子・木村汎(1992)「老年期におけるソーシャル・サポート・ネットワークの研究」『大阪市立大学生活科学部紀要』40, pp239-253.
- 鈴木英子・丸山昭子ほか(2001)「利用者主体に関する意識の実態とその関連要因に関する研究」『日本保健福祉学会誌』7(12), pp73-79.
- 鈴木英子(2001)「要介護者による自己決定」の阻害とその関連要因：要介護者のいる世帯における主介護者と主介護者以外の家族との比較『白梅学園短期大学研究年報』6, pp7-16.
- 田淵六郎(2006)「都心高齢者のパーソナル・ネットワーク：名古屋市における調査研究から」『名古屋大学文学部研究論集(哲学)』52, pp97-109.
- 瀧澤透・崎原盛造・名嘉幸一・和氣則江・有泉誠・渡辺直樹・田口学(2004)「秋田県一農村における高齢者のソーシャルサポートと健康、居住形態、および主観

的幸福感との関連について』『民族衛生』70(1), pp18-30.

榎本一三郎ほか(2010)『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書』医療経済研究機構.

辻竜平(2001)「社会的ネットワーク分析：その理論と分析の基盤」『Cognitive Studies』8(4), pp454-465.

角田憲治・三ツ石泰大・辻大士ほか「地域在住高齢者の身体活動量は外出形態、抑うつ度、ソーシャルネットワークと関連するか：余暇活動、家庭内活動、仕事関連活動に基づく検討」『日本老年医学会雑誌』48(5), pp516-523.

中鉢正美(1956)『生活構造論』好学社

上野千鶴子(1987)「選べる縁、選べない縁」栗田靖之編『日本人の人間関係』ドメス出版, pp226-243

渡辺益男(1996)『生活の構造的把握の理論』川島書店

渡邊浩文(2005)「居宅介護支援における家族調整のあり方」『目白大学総合科学研究』1, pp99-111.

矢部拓也・西村昌記・浅川達人・安藤孝敏・古谷野亘(2002)「都市男性高齢者における社会関係の形成」『老年社会科学』24(3), pp319-326

山口麻衣・笹谷春美・永田志津子ほか(2012)「大都市団地居住高齢者の社会関係と生活ニーズ充足のためのソーシャルサポート ライフコースとケアリング関係の視点からの分析」『ルーテル学院研究紀要 テオロギア・ディアコニア』46, pp43-56.

山崎幸子・藺牟田洋美・橋本美芽・繁田雅弘・芳賀博・安村誠司(2008)「都市部在住高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴」『日本保健科学学会誌』11(1), pp20-27.

湯浅典人(1992)「研究ノート エコ・マップの概要とその活用」『社会福祉学』33(1), pp119-143.

## 2) 第2章

甘利てる代(2005)「私も入りたい老人ホーム」生活人新書

有吉佐和子(1972)『恍惚の人』新潮社

朝田隆・本間昭他(1999)「日本語版 BEHAVE-AD の信頼性について」『老年精神医学雑誌』10(7), pp825-834.

渥美昌代・奥野茂代(1999)「前期高齢者の痴呆に対するイメージ」『臨床老年看護』6(4), pp2-12.

別所遊子・細谷たき子ほか(2000)「痴呆性高齢者の在宅生活継続に影響する要因」『北陸公衛誌』27, pp8-12.

五島シズ(1983)「老年痴呆の看護」『治療』, 65(10), pp83-87.

浜崎裕子(2008)『コミュニティケアの開拓 宅老所よりあいと NPO 笑顔の実践に学ぶ』雲母書房

播本高志・出野平恵(2005)『認知症ケアにおける基礎疾患と薬』中央法規 pp24-25.

長谷川和夫(1970)「施設老人の精神障碍 —精神医学的実態調査による—」『月刊福祉』53(8), pp52-59.

長谷川和夫ら(1974)「老人の痴呆診査スケールの検討」『精神医学』, 16(11), pp965-969.

長谷川和夫(1975)「老年精神医療の日本の特性」『精神医学』17(13), pp1405-1412.

長谷川和夫(2007)「老年精神医学の過去・現在、そして未来」『老年精神医学雑誌』18 巻増刊号, pp3-13.

林崎光弘・末安民生・永田久美子編著(1996)『痴呆性老人グループホームケアの理念と技術』パオパブ社

平野隆之編(2000)『宅老所・グループホームの現状とその支援』筒井書房

本間昭(2011)「新しい認知症治療薬への期待 —併用、切り替え、位置づけなど— 1) ガランタミン」『PROGRESS IN MEDICINE』31(8), pp1885-1890.

本間昭(2001)「地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査」『老年社会科学』23(3), 340-351.

藤井章史他(2012)「新規アルツハイマー型認知症治療剤リバスチグミンパッチの薬理学的特性および臨床試験成績」『日薬理誌』, 139(1), pp26-32.

福田国彦(2007)「画像診断の最近の進歩」『慈恵医大誌』122, pp111-121.

井口高志「第3章 認知症をめぐる排除と包摂」藤村正之(2010)『福祉・医療における排除の多層性』明石書店 pp87-122.

今村千弥子・真田順子・山井和則(1994)『グループホームケアのすすめ』朝日カルチャーセンター

猪瀬正(1954)「老人病の病理-老年痴呆を中心として」『総合医学』医学書院, pp518-527.

猪瀬正(1957)「老年痴呆について」『最新医学』, 12(3), pp149-154.

石井健太郎・指田志恵子ほか(1986)『この光る心をみよ ぼけた人々とともに山水園の4000日』あけび書房

岩本俊彦(2010)「BPSD に対する評価 NPI」『Geriatric Med』48(3), pp396-397.

岩田敦(2012)「認知症治療薬開発の現状 第5回 アセチルコリンエステラーゼ阻害薬」『Cognition and Dementia』11(1), pp76-81.

医用画像電子博物館 HP 歴史でみる医用画像の歩み <http://www.jira-net.or.jp/vm/aetas.html>

## 終章

- 金子仁郎・新福尚武編(1972)『講座日本の老人第1巻 老人の精神医学と心理学』『戦後高齢社会基本文献集 第1期 10巻』, pp147-148.
- 金子仁(1973)「老年精神医療の現状と問題点」『臨床精神医学』, 2, pp401-408.
- 柄澤邦江・稲吉久美子(2008)「独居高齢者における独居を継続できなくなった要因に関する研究」『飯田女子短期大学紀要』25, pp21-33.
- 片山友子・橋本正明(2010)「日本における認知症研究の歩み～先駆者長谷川和夫先生へのインタビュー～」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』12, pp133-149.
- 川村耕造(1983)「痴呆への対応 第2 小山田特養ホームからの経験を中心として」『老人福祉』63, pp69-72.
- 川村耕造(1983)「第二小山田特別養護老人ホーム(痴呆専用ホーム)の現状」『治療』65(10), pp93-98.
- 川村耕造(1984)「呆けの老人の集団処遇への対応と問題点」『老人福祉』, 67, pp12-18.
- 河野敦(1986)「肝臓のCT」『東京医大誌』, 56(2), pp194-202.
- 久木原博子・内山久美ほか(2011)「高齢者における認知症に関するイメージと知識」『看護学統合研究』13(1), pp16-21.
- 金高闊・黒田研二(2011)「認知症の人に対する態度に関連する要因: 認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成」『社会医学研究』28(1), pp43-55.
- 木村典子(2008)「一般住民の身近に認知症高齢者がいた場合の対応に関する意識--認知症についての知識・不安との関係」愛知学泉大学・短期大学紀要 (43), pp89-94.
- 小林尚司・木村典子ほか(2009)「三好町住民の認知症に関する知識と不安」『日本赤十字豊田看護大学紀要』4(1), pp21-27.
- 国立社会保障・人口問題研究所 HP <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/161.pdf>
- 国立社会保障・人口問題研究所 HP <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/322.pdf>
- 国立社会保障・人口問題研究所 HP <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/357.pdf>
- 国立社会保障・人口問題研究所 HP <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/178.pdf>
- 国立社会保障・人口問題研究所 HP <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/497.pdf>
- 国立社会保障・人口問題研究所 HP <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/souron/20.pdf>
- 古村美津代・中島洋子(2010)「民生委員の認知症高齢者及び家族への意識と支援」『日本看護福祉学会誌』15(2), pp69-80.
- 厚生省公衆衛生局監修, 1965.『わが国における精神障害の現状 -昭和38年精神衛生実態調査-』大蔵省印刷局, pp30-37
- 厚生白書(昭和63年版) [http://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1988/](http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1988/)
- 厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>
- 厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-tt/2r9852000002j8ey.pdf>
- 厚生労働省 HP 第19回生命表 参考資料1 平均余命の年次推移 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/19th/sanko-1.html>
- 厚生省公衆衛生局監修(1965)『わが国における精神障害の現状 -昭和38年精神衛生実態調査-』大蔵省印刷局, pp45-93.
- 厚生省老人保健福祉局企画課監修『痴呆性老人対策推進の今後の方向』中央法規, pp4-16.
- 古谷野亘ほか(1989)「PGC モラルスケールの構造」社会老年学, 29, pp64-73
- 工藤禎子・竹生 礼子ほか(2012)「認知症の人と家族が暮らしやすい地域をつくるための啓発活動に関する促進要因: 認知症キャラバンメイト活動者の自由記載の分析」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』8(1), pp31-38.
- 久木原博子・内山久美ほか(2011)「高齢者における認知症に関するイメージと知識」『看護学統合研究』13(1), pp16-21.
- 黒田研二・金高闊(2011)「認知症の人に対する地域住民の受容的態度とその関連要因」『社会問題研究』60, pp43-55.
- 毎日新聞(昭和56年1月13日朝刊 記者の日 東京社会部・〇〇)
- 丸尾智実・河野あゆみ(2012)「地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムの試み プログラム実施前後の質問紙調査による評価」『日本地域看護学会誌』15(1), pp52-60.
- 松井俊雄・田部井康夫(1987)『電話相談・デイ・サービス実践報告Ⅱ』老人健康管理センター・みさと保養所
- 松岡千代・安達和美(2009)「地域住民の認知症に対する意識と相談ニーズに関する調査」『兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要』16, pp69-83.
- 松鶴甲枝・井手三郎(1999)「痴呆性老人介護における一般の人々の社会資源利用に対する阻害要因」『看護研究』32(2), pp153-159.
- 目黒謙一・石井洋ほか(2002)「痴呆に関する地域住民の認識と教育講演の効果: 保健・医療・福祉の連携のために」『病院管理』39(4), pp269-277.
- 目黒謙一(2008)『血管性認知症 遂行機能と社会適応能力の障害』ワールドプランニング
- 三重県長寿介護課(2008)『高齢者のイメージ及び認知症に対する理解に関するアンケートの実施報告について』  
<http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/index.html?a=top;result&id=44> [http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/files/44\\_report.pdf](http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/files/44_report.pdf)
- 三重県長寿介護課(2012)『認知症の理解に関するアンケート調査』 [http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/files/125\\_最終報告.pdf](http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/files/125_最終報告.pdf)
- 宮崎和加子(2011)『認知症の人の歴史を学びませんか』中央法規出版
- 森幹郎(2007)『老いと死を考える』教文館

- 室伏君子(1995)「メンタルケアの実際原則、老年期痴呆診断マニュアル」日本医師会
- 村田順子(2005)「高齢者の在宅生活継続支援に関する研究」『東大阪大学・東大阪大学短期大学部研究紀要』2, pp37-42.
- 永田祐(2013)『住民と創る地域包括ケアシステム』ミネルヴァ書房
- 永田千鶴・東清巳ほか(2011)「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発:小規模多機能事業所編」『熊本大学医学部保健学科紀要』7, pp71-83.
- 平成23年7月14日内閣官房第11回社会保障改革に関する集中検討会 議資料5
- 内閣官房社会保障改革担当室「社会保障・税一体改革成案における改革項目 参考資料」  
<http://www.cas.go.jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai11/siryou5.pdf>
- 中村馨他(2010)「BPSDとは」『Cognition and Dementia』9(2), pp95-99.
- 中村秀一(1997)「高齢者ケア国際シンポジウム 1991年 第2回痴呆性老人の介護と人間の尊厳 第3部日本における痴呆性老人のケアの現状について」日本財団『高齢者ケア国際シンポジウム開催報告』
- 中野正剛(2011)「認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)への医療介入に関する実態調査」『老年精神医学雑誌』22(3), pp313-324.
- 中野正孝・櫻庭けい子ほか(2001)「千葉市における痴呆性高齢者のイメージに関する調査研究」『三重看護学誌』3(2), pp21-31.
- 中西正司・上野千鶴子(2003)『当事者主権』岩波書店.
- 中島民恵子ほか(2012)『大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究』医療経済研究機構
- 日本神経学会監修(2010)『認知症疾患治療ガイドライン 2010』医学書院
- 認知症介護研究・研修東京センター『ひもときテキスト 改訂版』pp9-12.
- 小沼敦(2007)「療養病床の再編」『調査と情報』, 590, pp1-10.
- 大熊一夫(1981)『ルボ・精神病棟』朝日新聞出版.
- 大蔵・厚生・自治3大臣合意(1994)『高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直しについて』
- 大澤ゆかり(2007)「地域住民の認知症に対する関心と不安およびイメージの検討」『愛知県立看護大学紀要』13, pp9-14.
- 大塚俊男(1984)「老年期痴呆の施設治療」長谷川和夫編『精神科 Mook No8 老年期痴呆』金原出版, pp184-192.
- 長田久雄(2012)「文献にみるエビデンスに基づく認知症の非薬物療法的アプローチ」『高次脳機能研究』, 32(3), pp461-467.
- 老人保健福祉法制研究会編(2003)『高齢者の尊厳を支える介護』法研
- 「認知症介護実践者等養成事業の実施について」(2007年4月26日老発第0426003号老健局長通知)
- 斉藤雅茂ほか(2007)「要介護・虚弱高齢者に対する地域生活の質からみた優先課題」『社会福祉学』48(2), pp68-79.
- 佐々木健(1988)『丘の上のエスポワール』エムジー出版, pp90-105.
- 佐々木健(2000)「痴呆グループホームの意義」『Modern Physician』20(5), p597-601.
- 指田志恵子(1993)「福祉ネットワークの時代 第15回 家庭の延長線上でありたい ミニホーム 絆の家の真面目」『晨』12(4), pp47-49.
- 政府統計の総合窓口 HP 第20回完全生命表  
[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001068514&disp=Other&requestSender=dsearch](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001068514&disp=Other&requestSender=dsearch)
- 新村拓(2002)『痴呆老人の歴史 揺れる老いのかたち』法政大学出版局
- 新福尚武(1955)「老人の精神病理」『精神神経学雑誌』, 57(4), pp167-184.
- 新福尚武(1956)『老人の精神障碍』, 医学書院.
- 新福尚武ら(1956)「高令者多数村の精神医学的調査—老人のボケの実態—」『米子医誌』7(2), pp181-197.
- 新福尚武ら(1958)「所謂長寿村の老人におけるボケの実態(第2報)」『米子医誌』9(1), pp8-14.
- 新福尚武ら(1959)「高齢者多数村の精神医学的調査(第3報)」『米子医誌』10(1), pp173-176.
- 総合ケアセンターサンビレッジ編集(2006)『尊厳を支えるケアをめざして 失敗事例から学ぶ50のヒント』中央法規
- 惣万佳代子(2002)『笑顔の大家族このゆびと一まれ』水書坊
- 杉村史郎(1959)「一般家庭老人の精神医学的研究」『大阪大学医学雑誌』11(2), pp435-445.
- 杉岡直人(1994)「一人暮らしの高齢者の社会関係に関する」『北星論集(文)』31, pp33-65.
- 祝原あゆみ・吾郷ゆかり(2009)「認知症高齢者の在宅生活継続を支えるためのケアシステムに関する文献的考察」『島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要』3, pp113-121.
- 首相官邸 HP <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkou/dai3/honbun.pdf>

## 終章

- 田辺子男(1954)「老年痴呆の統計的研究」『内科の領域』2(5), pp296-300.
- 痴呆性老人対策推進本部(1987)『痴呆性老人対策推進本部報告』
- 痴呆性老人対策専門家会議(1988)『痴呆性老人対策専門家会議提言』
- 痴呆性老人対策に関する検討会(1994)『痴呆性老人対策に関する検討会報告書』
- 地域包括ケア研究会、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング(2009)『地域包括ケア研究会報告書』
- 東京都医学総合研究所(2013)「認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書」
- 東京都痴呆性老人対策委員会(1981)『痴呆性老人に対する福祉施策について』
- 豊田謙二・黒木邦弘(2009)『宅老所よりあい解体新書』熊本学園大学付属社会福祉研究所
- 中央社会福祉審議会(1981)『当面の在宅老人福祉対策のあり方意見具申』
- 植田孝一郎(2001)「老人性痴呆疾患病棟の歴史的背景」『日本精神科病院協会雑誌』20(11), p11-14.
- 渡辺斉(1995)『太陽の村から 今村勲とサンビレッジ』七賢出版, pp124-134
- 渡辺晴子(2005)「痴呆性高齢者のソーシャル・サポート・ネットワーク:社会的行動に関連する生活の質の人間関係要因とその特徴」『地域福祉研究』33, pp112-123.
- 山口晴保・牧陽子(2011)「認知症の非薬物療法」『日本内科学会雑誌』, 100(8), pp2146-2152.
- 矢庭さゆり「要介護(支援)認定を受けた高齢者の他者への提供サポートが他者貢献感および生活満足感に与える影響」『新見公立短期大学紀要』29, p59-65.
- 全国社会福祉協議会(1986)『痴呆性老人の理解と処遇 全国社会福祉協議会痴呆性老人処遇研究会報告』全国社会福祉協議会.
- 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 HP 「ライフサポートワークのガイド」 [http://www.shoukibo.net/other/090117caremanagement\\_guide.pdf](http://www.shoukibo.net/other/090117caremanagement_guide.pdf)

### 3) 第3～5章

- 有田秀穂(2010)「神経伝達物質からみた BPSD 発生の背景」『Cognition and Dementia』9(2), pp100-106.
- 片山友子(2011)「小規模多機能型居宅介護における在宅療養支援診療所との情報連携の実態と課題」日本福祉介護情報学会『福祉情報研究』No.7
- 北村育子・永田千鶴(2013)「エイジング・イン・プレイスを果たすための条件に関する一考察:小規模多機能事業と認知症グループホームを併設する事業所を対象とした調査の結果から」『日本福祉大学社会福祉論集』128, pp7-22.
- 厚生労働省 HP 介護給付費実態調査月報
- 2007年: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2007/11.html>
- 2009年: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2009/10.html>
- 2011年: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2011/10.html>
- 厚生労働省 HP 介護給付費実態調査月報 2014年6月審査分 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2014/06.html>
- 松繁卓哉(2012)「地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題」『保健医療科学』61(2), pp113-118.
- 宮田和明・樋口京子・近藤克則(2004)『在宅高齢者の終末期ケア』中央法規
- 田宮菜奈子(2004)「在宅ターミナルケア」『臨床成人病』21, pp75-81.
- みずほ情報総研(2011)『医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査報告書』2010年度厚生労働省老健事業
- 森本佳樹研究代表者(2007)『平成18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導入状況に関する調査研究報告書』立教大学
- 森本佳樹研究代表者(2010)『平成21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 小規模多機能ケアにおける専門職連携のあり方に関する研究報告書』立教大学
- 森本佳樹研究代表者(2011)『平成22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 小規模多機能ケアにおける専門職連携のあり方に関する研究報告書』立教大学
- 永田千鶴・松本佳代(2010)「エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題」『熊本大学医学部保健学科紀要』6, pp43-62.
- 永田千鶴・北村育子(2014)「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発:小規模多機能事業併設グループホームにおけるケアサービスの探究」『熊本大学医学部保健学科紀要』10, pp15-26.
- 認知症高齢者グループホームのデータは、富士通総研(2013)『認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業報告書』
- 小田兼三(2005)『社会福祉援助技術論第2版』勁草書房 pp100-103.
- 宍戸邦章(2006)「高齢期における社会的ネットワークの多様性 - JGSS-2003 データを用いた相談ネットワーク分析 -」『JGSS で見た日本人の意識と行動: 日本版 General Social Surveys 研究論文集』, 5(2)大阪商業大学, pp.119-134.
- 地域包括ケア研究会(2013)『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

特別養護老人ホーム入居者のデータは、医療経済研究機構(2011)『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書』

特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会「介護報酬改定についての要望書 2011年11月1日 厚生労働省老健局長宛」  
<http://www.shoukibo.net/indexpdf/20111101.pdf>

羽田三紀子(2011)「認知症をもつ人の独居生活継続のための支援に影響する要因について」『認知症ケア事例ジャーナル』4(2), pp141-148.

横浜市 (2011)『横浜市小規模多機能型居宅介護事業 事例集』受託法人 NPO 法人市民セクターよこはま





## 資料

2007 年度調査

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

(立教大学受託)

調査票



### 小規模多機能型居宅介護の実態把握等に関する調査

このアンケートは厚生労働省健康局からの補助を受けて、立教大学が実施するもので、小規模多機能型居宅介護を実施している事業所を対象に実施する調査です。  
 小規模多機能型居宅介護に関する運営状況等を把握することにより、より地域に密着した介護保険サービスの導入・定着に向けて、今後の施策の検討に活用する予定です。  
 送付いたしました調査票にご回答いただき、平成 20 年 2 月 12 日(火)までに、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。調査内容につきましては、下記までお願い申し上げます。  
 【お問い合わせ先】  
 立教大学 コミュニティ福祉学部 森本研究室 TEL/FAX [ ] / E-mail : [ ]

### I. 基本情報についてお伺いします。

I-1 法人名をご記入ください。

法人名：	[ ]
------	-----

I-2 法人種別について、当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 社会福祉法人	5. NPO 法人
2. 医療法人	6. 地方自治体
3. 株式会社	7. その他
4. 有限会社	[ ]

I-3 事業所名及び(主たる)事業所の所在地をご記入ください。

事業所名：	[ ]
所在地：	〒 [ ] 都道府県 [ ] 市区町村 [ ]

I-4 指定年月(西暦)をご記入ください。

年	月
---	---

I-5 現在、併設する事業所について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 認知症対応型共同生活介護事業所	[ ]
2. 地域密着型介護老人福祉施設(小規模特養)	[ ]
3. 地域密着型特定施設	[ ]
4. 介護療養型医療施設(療養病床を有する診療所)	[ ]
5. 高齢者専用賃貸住宅等(高齢者向け優良賃貸住宅・高齢者円滑入居賃貸住宅含む)	[ ]
6. 一般賃貸住宅	[ ]
7. 併設事業所はない	[ ]
8. その他	[ ]

I-6 貴法人では、小規模多機能型居宅介護事業以外に、どのような介護保険事業をおこなっていますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 他には行っていない	21. 介護予防訪問入浴介護
2. 小規模多機能型居宅介護	22. 介護予防訪問看護
3. 居宅介護支援	23. 介護予防訪問リハビリテーション
4. 介護予防支援	24. 介護予防居宅療養管理指導
5. 訪問介護	25. 介護予防福祉用具貸与
6. 訪問入浴介護	26. 特定介護予防福祉用具販売
7. 訪問看護	27. 介護予防通所介護
8. 訪問リハビリテーション	28. 介護予防通所リハビリテーション
9. 居宅療養管理指導	29. 介護予防短期入所生活介護
10. 福祉用具貸与	30. 介護予防短期入所療養介護
11. 特定福祉用具販売	31. 介護予防特定施設入居者生活介護
12. 通所介護	32. 夜間対応型訪問介護
13. 通所リハビリテーション	33. 認知症対応型通所介護
14. 短期入所生活介護	34. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
15. 短期入所療養介護	35. 地域密着型特定施設入居者生活介護
16. 特定施設入居者生活介護	36. 認知症対応型共同生活介護
17. 介護老人福祉施設	37. 介護予防認知症対応型通所介護
18. 介護老人保健施設	38. 介護予防小規模多機能型居宅介護
19. 介護療養型医療施設	39. 介護予防認知症対応型共同生活介護
20. 介護予防訪問介護	40. その他

I-7 指定前の事業内容について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 新設のため実施していない	4. 短期入所生活介護
2. 通所介護(一般)	5. 訪問介護
3. 通所介護(認知症対応型)	6. その他

### II. サービスの提供体制等についてお伺いします。

II-1 事業実施地域をお答えください。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 事業所の所在する小学校区内あるはそれと同等の日常生活圏域	[ ]
2. 事業所の所在する中学校区内あるはそれと同等の日常生活圏域	[ ]
3. 事業所の所在する市区町村	[ ]
4. 事業所の所在する市区町村及び隣接市区町村	[ ]
5. 上記以外の広域範囲	[ ]
6. その他	[ ]



III. 運営推進会議・連絡協議会についてお伺いいたします。

III-1 運営推進会議の委員の人数及びその主な役割をお答えください。

総数	人数	主な役割(1つに○)					
		1. 地域の情報発信・交換	2. 地域への積極的参加	3. 行政等への提言・参加	4. ケアへの積極的提案	5. 事業運営への参画	6. その他
利用者	人						
利用者の家族	人	1.	2.	3.	4.	5.	6.
地域住民の代表(町内会役員・民生委員等)	人	1.	2.	3.	4.	5.	6.
市区町村職員	人	1.	2.	3.	4.	5.	6.
地域包括支援センター職員	人	1.	2.	3.	4.	5.	6.
小規模多機能型居宅介護の知見を有する者	人	1.	2.	3.	4.	5.	6.
その他 [ ]	人	1.	2.	3.	4.	5.	6.

III-2 運営推進会議の開催頻度をお答えください。

年 [ ] 回 [ ]

III-3 運営推進会議において検討・協議する主な内容についてお答えください。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 利用者登録状況や利用状況等について  
 2. 介護・福祉・医療・保健等の制度動向等について  
 3. 地域との協力・連携の方法等について  
 4. 行事の開催について  
 5. 利用者支援やケアの内容・質について  
 6. 職員の労務管理等について  
 7. 事業方針等について  
 8. その他 [ ]

III-4 市区町村もしくは都道府県連絡協議会の活動への参加について、当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 毎回または概ね参加している  
 2. 半分程度は参加している  
 3. ほとんど参加できない  
 4. 会員ではない  
 5. 市区町村及び都道府県連絡協議会自体がない

IV. 利用者についてお伺いします。

IV-1 平成19年11月1日現在の登録定員数をお答えください。

登録定員	人
「通い」定員	人
「泊まり」定員	人

IV-2 平成19年11月1日現在の登録実績を事業所所在市区町村「内」在住、事業所所在市区町村「外」在住別にお答えください。

登録実績 (うち加齢利用待機者数)	事業所所在の市区町村「内」在住				事業所所在の市区町村「外」在住	
	総数	(中規模)			市区町村「外」在住	市区町村「外」在住
		①事業所併設の「住宅」等 在住	②事業所所在の「小・中」学校 区内在住	③、④以外で 事業所所在の市区町村「内」在住		
要介護1	人	人	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人	人	人
要支援1	人	人	人	人	人	人
要支援2	人	人	人	人	人	人
要介護1	人	人	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人	人	人
高齢者単身	人	人	人	人	人	人
高齢者夫婦	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人

IV-3 新規利用者を確保するための方法としてどのようなものがありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 居宅介護支援事業所からの紹介  
 2. 利用者からの紹介  
 3. 行政からの紹介  
 4. 地域包括支援センターからの紹介  
 5. 他の小規模多機能型居宅介護事業所からの紹介  
 6. 口コミや事業所が行っている広告・宣伝やホームページを通じて  
 7. その他 [ ]

IV-4 平成19年11月1日における登録者について、居住地・要介護度等の基本属性と平成19年11月中のサービス利用状況を以下のシート（計3枚）にご記入ください。

登録者	居住地 1 事業所併設の「住」等在住所 2 事業所併設の「小・中・高」等区内在住所 3 12以外で事業所併設の市区町村内在住所 4 事業所併設の市区町村外在住所	要介護度 (○はひとつ)	日常生活自立度 (○はひとつ)	同居家族 1 同居家族が1人暮らし 2 同居家族が2人暮らし 3 子孫が同居 4 家族が近居 5 その他 (○はひとつ)	利用回数			
					最も頻りに連絡をとる家族	通い(平日)	通い(土日)	泊まり
記入例	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)	3回	1回	1回	1回
A	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
B	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
C	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
D	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
E	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
F	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
G	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
H	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				

登録者	居住地 1 事業所併設の「住」等在住所 2 事業所併設の「小・中・高」等区内在住所 3 12以外で事業所併設の市区町村内在住所 4 事業所併設の市区町村外在住所	要介護度 (○はひとつ)	日常生活自立度 (○はひとつ)	同居家族 1 同居家族が1人暮らし 2 同居家族が2人暮らし 3 子孫が同居 4 家族が近居 5 その他 (○はひとつ)	利用回数			
					最も頻りに連絡をとる家族	通い(平日)	通い(土日)	泊まり
I	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
J	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
K	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
L	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
M	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
N	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
O	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
P	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
Q	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				
R	1,2,3,4	要支援1.2 要介護1.2,3,4.5 経過的要介護	I,IIa,IIb IIIa,IIIb IVM	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 (○はひとつ)				

V. その他

V-1 小規模多機能型居宅介護事業における最も大きな課題はどのようなことですか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 人材の確保・育成が困難なこと	<input type="checkbox"/>
2. 利用者の確保が困難なこと	<input type="checkbox"/>
3. ケアマネジメントやケアの質を担保すること	<input type="checkbox"/>
4. 施設・設備が老朽・手狭であること	<input type="checkbox"/>
5. サービス提供に要するコストに対応した報酬となっていないこと	<input type="checkbox"/>
6. 経営ノウハウが乏しいこと	<input type="checkbox"/>
7. 小規模多機能型居宅介護事業の認知度が低いこと	<input type="checkbox"/>
8. その他 [ ]	<input type="checkbox"/>

V-2 他の事業所・機関や自治体等との連携体制について、現状・課題、要望等をご記入ください。

①地域包括支援センターとの連携について	
②医療機関等との連携について	
③他の介護サービス事業者との連携について	

利用者	居住地	要介護度 (はひり)	日常生活自立度 (ひり)	同居家族 1.同居家族なし 2.配偶者と二人暮らし 3.子と二人暮らし 4.子や孫等と同居 5.家族が近居 6.その他 (○はひとつ)	最も頻りに連絡をとる家族			利用回数		
					1.配偶者 2.息子 3.息子 4.娘 5.その他 (○はひとつ)	平日 (平日)	通い (土日)	泊まり	訪問	
S	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z	1.2.3.4	要支援1.2 要介護1.2.3.4.5 経過的要介護	I.II.a.II.b III.a.III.b IV.M	1.2.3.4.5.6	1.2.3.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



④自治体等との連携について	⑤他の小規模多機能型居宅介護事業所との連携について	⑥地域社会との連携について
---------------	---------------------------	---------------

V-3 小規模多機能型居宅介護事業の指定を受けたことによる問題点や運営上の課題等ご記入ください。

Empty space for handwritten input
-----------------------------------

～ アンケートは以上で終わります。ご協力ありがとうございました。 ～

2009 年度調査

平成 21 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

小規模多機能ケアにおける専門職連携のあり方に関する研究

(立教大学受託)

調査票



**小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 調査票**

このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会および立教大学が実施するもので、小規模多機能型居宅介護事業を実施している事業所を対象とした調査です。

小規模多機能型居宅介護に関する実態を把握することにより、より地域の実情や利用者の状況に応じたシステムおよびケアマネジメントに向けて、今後の施策の検討に活用する予定です。送付致しました調査票（本冊子）にご回答の上、平成21年11月30日（月）までに、同封の返信用封筒にてご返送頂きますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

**【お問い合わせ先】**

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

FAX: [ ] / E-mail: [ ]

※ 専用URLからも調査票をダウンロードできます。

[http://www.\[ \]](http://www.[ ])

**I. 基本情報についてお伺いします。**

1. 法人名をご記入ください。また、法人種別について、当てはまるもの1つに○をつけてください。

法人名	[ ]
法人種別	1. 社会福祉法人（社協除く）    5. 社会福祉協議会 2. 医療法人                            6. 地方自治体 3. 営利法人（会社）                7. その他 4. NPO法人                            [ ]

2. 事業所名及び（主たる）事業所の所在地をご記入ください。

事業所名	[ ]
所在地	〒 [ ] 県 [ ] 市 [ ] 区 [ ] 町 [ ] 番 [ ] 号 [ ]
電話番号	[ ]
FAX番号	[ ]

3. 指定年月（西暦）をご記入ください。

年 [ ] 月 [ ] 日

4. 現在の登録定員および提供時間等をご記入ください。

登録定員	名 [ ]
通い定員	名 [ ] (通いの提供時間 [ ] : [ ] ~ [ ] : [ ] ) (昼食代 [ ] 円)
宿泊定員	名 [ ] (宿泊の提供時間 [ ] : [ ] ~ [ ] : [ ] )
宿泊利用料	1泊あたり [ ] 円 (夕食代 [ ] 円・朝食代 [ ] 円)
夜間(20:00~翌8:00)の訪問提供	対応する ・ 対応しない

5. 現在、貴法人もしくはグループ法人が実施しているサービスについて、当てはまるものすべてに□をつけてください。

同一法人もしくはグループ法人が実施している事業	同一敷地内で実施	同一市区町村で実施
1 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 地域密着型特定施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 介護老人福祉施設（特養）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 介護老人保健施設（老健）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所も含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

同一法人もしくはグループ法人が実施している事業		同一敷地内で実施	同一市区町村で実施
住まい	1 ケアハウス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 高専責・高優責	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 共生型ホーム（対象者を限定しない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 他が所有するアパート・マンション等の借り上げ住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	1 一般病院もしくは診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 障がい者支援サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 保育・学童保育（放課後保育）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 配食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 地球交流拠点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. サービスの提供体制および利用状況等についてお伺いします。

6. 貴事業所の職員の人数（実人数）をお答えください。非常勤については、常勤換算で的人数もお答えください（平成 21 年 10 月末現在）。常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数（一般的には 40 時間）をもとに計算してください。

職員総数	名	
	常勤	非常勤
管理者	実人員	常勤換算人員
	名	名
管理者の所有資格 (複数回答可)	1. 介護支援専門員 2. 看護師 3. 介護福祉士 4. 社会福祉士 5. その他	
	専従	兼務
計画作成担当者	名	名
	名	名
介護・看護従事者	名	名
	名	名
その他 [ ]	名	名

7. 現在の利用登録者の人数と利用者数をご記入ください。

現在の利用登録者数 (平成 21 年 10 月末現在)	名
現利用登録者のうち、特養待機者数	名
1 日あたりの通い利用者	おおよそ
1 日あたりの宿泊利用者	おおよそ

8. 現在の利用登録者数に対して当てはまるものに○をつけてください。

1. 集まらずに困っている	
2. 今のままでいい	
3. もっと増やしたい	

9. 現在の利用登録者を紹介された機関等について、ご記入ください。

紹介された機関等	同法人	別法人
居宅介護支援事業所から	名	名
地域包括支援センターから	名	名
市区町村から（包括除く）	名	名
病院（医療運搬室等）から	名	名
運営推進会議から		名
地域ケア会議から		名
知人・近隣から		名
その他 [ ]		名

10. 貴事業所にて請求している加算について、当てはまるものに○をつけてください。

①事業開始時支援加算	1. 請求している	
	2. 請求していない	
	3. 該当しているが、請求していない [理由: ]	
②認知症加算 ※個別加算のため、算定できても 請求していない人がいれば3に ○をつけてください	1. 請求している	
	2. 請求していない	
	3. 該当しているが、請求していない [理由: ]	

③看護職員配置加算	1. 請求している 2. 請求していない 3. 該当しているが、請求していない [理由: ]
④サービス提供体制強化加算	1. 請求している 2. 請求していない 3. 該当しているが、請求していない [理由: ]

11. 貴事業所が属している自治体について、市町村独自報酬加算があれば、その内容と単位数をご記入ください。

①	②	③	④	⑤	単位数

12. 開設から現在まで、在宅療養支援診療所と連携したケース数をご記入ください。また、実際受けた連携内容について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

連携したケース	件
---------	---

連携内容	1. 訪問診療 2. 介護方法や注意すべき点についての説明 3. 急変時の指示および対応（日中） 4. 急変時の指示および対応（深夜・休日） 5. 電話やFAXなどで、いつでも新たな指示を得られる 6. 事態を予測して事前指示を得られる 7. 訪問看護ステーションの紹介 8. 家族への看取りに関する説明 9. 死亡診断書の作成 10. その他 [ ]
------	---

13. 現在、在宅療養支援診療所以外に連携している医療・看護関係の事業所について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 専門医 ⇒ 主な診療科:	科
2. 認知症専門医	
3. 歯科診療所	
4. 薬局	
5. 訪問看護ステーション（訪問リハも含む）	
6. その他 [ ]	

14. これまでにターミナルケアおよび看取りを行ったケース数をご記入ください。

安定期：主治医および家族との間で、終末期の方針を確認した時期から終末期

前までの期間

終末期：死亡の1週間前から死亡3日前頃までの期間

臨死期：死がさし迫っている徴候が現れた死亡3日前頃

安定期から死亡まで事業所が関わったケース	件
うち死亡場所は事業所	件
うち死亡場所は自宅	件
安定期から事業所が関わり、終末期及び臨死期に居宅サービスへ移行したケース	件
安定期から事業所が関わり、臨死期に病院に入院したケース	件
安定期から事業所が関わり、終末期以降は病院に入院したケース	件
その他 [ ]	件

15. 開設から現在までに、利用契約が終了した人数について、当てはまるものひとつに○をつけてください。

1. まだいない	
2. 1～10名	
3. 11～20名	
4. 21～30名	
5. 31～40名	
6. それ以上 [約 名]	

16. 平成21年4月から10月末までに、利用契約が終了したのは何人ですか。

利用契約が終了した人数	名
-------------	---

(1) 利用契約が終了した人数のうち、直近10名について、その最も大きな理由（一人ひとつ）をご記入ください（利用契約が終了した人数が10名未満の場合は、全数についてご記入ください）。

利用終了理由（内記）	名
1 入院治療を要するため	名
2 老健入所のため	名
3 特養入所のため	名
4 認知症グループホーム入所のため	名
5 状態が落ち着いたため居宅サービスに戻った	名
6 経済的負担により継続利用が困難なため、居宅サービスに戻った	名
7 入院治療までは要しないが、事業所では医療行為に対応できないため、居宅サービスに戻った ⇒具体的な医療行為： [ ]	名
8 日常生活圏域外への転居	名
9 死亡	名
10 その他 [ ]	名

### III. ケアマネジメントについてお伺いします。

17. ケアプランを作成するにあたり、平均して作成に参加している人は誰ですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 介護職員	
2. 看護職員	
3. 管理者	
4. 医師	
5. 本人	
6. 介護者（家族）	
7. 地域包括支援センター職員（直営含む）	
8. 行政職員（本庁、福祉事務所等）	
9. 民生委員	
10. その他 [ ]	

18. 現在、主に使用しているアセスメントシートについて、当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. センター方式	
2. MDS-HC方式	
3. 包括的自立支援プログラム（介護療養型医療施設連絡協議会他）	
4. 生活援助を基礎として自立支援アセスメント（介護福祉士会）	
5. ケアマネジメント実践記録様式（日本社会福祉士会）	
6. 成人・高齢者用アセスメント（日本訪問看護振興財団）	
7. 居宅サービス計画ガイドライン（全社協）	
8. その他 [ ]	

19. ケアプランの作成および運用について、ご回答ください。

(1) 現場の記録が、ケアプランの作成および運用に活用されていますか。

1. 活かされている⇒その理由 [ ]
2. 活かされていない

(2) ミーティングが、ケアプランの作成および運用に活用されていますか。

1. 活かされている⇒その理由 [ ]
2. 活かされていない

(3) ケアプランが実際の現場で、活用されていますか。

1. 活かされている⇒その理由 [ ]
2. 活かされていない

20. 本年2月の全国介護保険担当課長会議において、「ライフサポートワーク」がケアマネジメントの様式のひとつとして示されましたが、その活用状況について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 活用している ⇒ (1)へ、その後21へ
2. 一部活用している ⇒ (2)へ、その後21へ
3. 活用していない ⇒ (3)へ、その後21へ

(1) 2.0. で、「1. 活用している」と回答された方にお尋ねします。  
① 活用した際の印象の印象についてあてはまるもの1つに○をつけてください。

1. 使い勝手が良い	
2. 使い勝手が悪い	
3. まだわからない	
4. その他 [ ]	

IV. 個別利用者の状況についてお伺いします。

22. 平成21年10月における登録者について、基礎情報と利用状況等についてご記入ください  
(平成21年10月1日～10月31日までの実績内容で記載ください)。

番号	年齢	性別	利用者基礎情報				利用状況				加算関連		小規模多機能型居宅 介護以外の介護保険 サービス利用者無		
			要介護認定状態区分	日常生活自立度 (日常生活自立度 「だまり感」)	認知症自立度	認知症回数	訪問回数	通入回数	看護職員 配置加算	サービス提供 体制強化加算	市町村独自 加算				
例	75	男・女	2	B2	IIa	35	12	10							1, 2
1		男・女													
2		男・女													
3		男・女													
4		男・女													
5		男・女													
6		男・女													
7		男・女													
8		男・女													
9		男・女													
10		男・女													
11		男・女													
12		男・女													
13		男・女													
14		男・女													
15		男・女													
16		男・女													
17		男・女													
18		男・女													
19		男・女													
20		男・女													
21		男・女													
22		男・女													
23		男・女													
24		男・女													
25		男・女													
26		男・女													
27		男・女													
28		男・女													
29		男・女													
30		男・女													

② 活用したことで、現れた効果について、あてはまるもの1つに○をつけ、具体的な内容を記入ください。

1. 職員の意識が変わった	[ ]
2. 計画作成に介護職員も関わるようになった	[ ]
3. 利用者に変化があった	[ ]
4. 介護者・家族に変化があった	[ ]
5. その他	[ ]
6. 効果はない	[ ]

(2) 20. で、「2.一部活用している」と回答された方にお尋ねします。

① 今後「ライフサポートワーク」の活用予定はありますか。

1. ある	2. ない	3. 検討中
-------	-------	--------

(3) 20. で、「3.活用していない」と回答された方にお尋ねします。

① 今後「ライフサポートワーク」の活用予定はありますか。

1. ある	2. ない	3. 検討中
-------	-------	--------

② 活用していない理由について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 存在を知らない	
2. 使い方がわからない	
3. 手間が多い	
4. ソフトが入っていない	
5. 管理者・現場職員の賛同が得られない	
6. 様子をみている	
7. 行政が認めてくれない	
8. その他 [ ]	

21. ケアマネジメントにおいて組み入れている介護保険外サービスや地域活動について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 介護保険外サービス (配食を除く)	
2. 配食サービス	
3. 社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業	
4. 住民の協力 (声かけ、見守り等)	
5. 利用者の近隣活動への参加	
6. その他 [ ]	



※1 居宅サービス介護給付詳細書をご覧いただき、ご記入ください。  
 ※2 利用状況については、1日に複数回利用した場合は、複数回カウントし、記入してください。(週小サービスによる減算のカウント方法と一緒です)。

番号	限度額管理		居宅介護支援		利用者の状況 (※該当項目の数字を記入)		世帯状況		住まいの形態		配介経路		世帯状況		事業所との距離		送迎時間	
	対象外単位数	単位数	小規模多機能型居宅介護事業所の活用の有無 有=○ 無=x	※在宅支給限度額を超えた単位数を記入	1. 居宅介護支援事業所 2. 地域包括支援センター 3. 市町村(包括ケア) 4. 病院 5. 運営推進会議 6. 地域ケア会議 7. 知人・近隣 8. その他	1. 一戸建て 2. 集合住宅(マンション・7㎡等) 3. 高齢者・高齢者 4. 有料老人ホーム(住居型) 5. その他	1. 単居(同居家族等) 2. 単居(同居家族等) 3. 配偶者と2人暮らし 4. 子どもと2人暮らし 5. その他	1. 同居(同居家族等) 2. 単居(同居家族等) 3. 配偶者と2人暮らし 4. 子どもと2人暮らし 5. その他	1. 同一敷地内 2. 10m前後 3. 50m前後 4. 100m前後 5. それ以上	1. 3分程度 (同一敷地内) 2. 徒歩で10分程度 3. 車で10分程度 4. 車で20分程度 5. 車で30分程度 6. それ以上								
例		300	x		2	2	1	1	3	3	4							
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

V. 運営推進会議および地域の諸機関との連携についてお伺いします。

23. 現在の運営推進会議の構成をお答えください。

総数		人
利用者		人
利用者の家族		人
地域住民の代表 (自治役員や民生委員等)		人
市区町村職員		人
地域包括支援センター職員		人
小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 →具体的に[ ]		人
社会福祉協議会職員		人
その他 [ ]		人

24. 運営推進会議について、ご回答ください。

(1) 運営推進会議の開催頻度について、当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 定期的に開催している (年 回)
2. ほとんど開催できていない

(2) 運営推進会議の開催状況について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 地域との関係が特でず、会議参加依頼に苦慮している
2. 事業内容の説明、利用状況等の報告が中心である
3. 利用者や利用者家族から要望や提案が出される
4. 地域住民や関係機関職員と情報収集・交換の場となっている
5. ケース検討以外に地域課題の解決について話し合われる
6. その他 [ ]

25. 昨年度および今年度、居宅介護支援事業所から利用者の紹介があったケース数 (利用登録につながらなかったケースも含む) をご記入ください。

昨年度 (平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月)	件
今年度 (平成 21 年 4 月～現在)	件

26. 地域包括支援センターとの連携について、当てはまるものすべてに○をつけてください。  
い。

連携内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほとんど関わらない</li> <li>2. センター職員が運営推進会議の構成員である</li> <li>3. センターから利用相談を受けたことがある</li> <li>4. センターへ困難ケースについて相談をしたことがある</li> <li>5. 事業所の行事や活動にセンター職員が参加している</li> <li>6. センターの活動に事業所職員が参加している</li> <li>7. 利用登録者のケース以外に、地域課題に対して一緒に活動している</li> </ol>
------	--

27. 社会福祉協議会との連携について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

連携内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほとんど関わらない</li> <li>2. 社協職員が運営推進会議の構成員である</li> <li>3. 利用者の権利擁護や金銭管理支援等で個別ケースにて関わりがある</li> <li>4. 事業所の行事や活動に社協職員が参加している</li> <li>5. 情報提供や住民組織への仲介等、地域のネットワーク作りに対して協力を得ている</li> <li>6. 社協の活動（サロン活動やボランティア等）に対して具体的に協力をしている（場所提供や職員の事業への参加等）</li> <li>7. 利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動している</li> </ol>
------	--

28. 住民組織（自治会・町内会、校区・地区社協、青年団、婦人会、老人クラブ、商工会、消防団等）との関わりについて、ご記入ください。

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ほとんど関わらない</li> <li>2. 関わりがある</li> </ol>	頻繁に関わりのある組織名称 [ ] 具体的内容：
---	--------------------------------

VI. その他

29. 下記の項目について、貴事業所における現状・課題、要望等について、ご記入ください。  
い。

(1) 報酬および加算について	
(2) 運営基準、職員配置について	
(3) 医療との連携について	
(4) 行政について	
(5) 地域との連携について	

～アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。～

2011 年度調査

平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

地域包括ケアの実現にむけた小規模多機能型居宅介護の質の確保・向上のための調査研究

(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会受託)

調査票



2011年度 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 調査票

このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が実施するもので、小規模多機能型居宅介護事業を実施している事業所を対象とした調査です。

小規模多機能型居宅介護に関する実態を把握することにより、より地域の実情や利用者の状況に応じたシステムおよびケアマネジメントに向けて、平成24年の制度改定や報酬改定の検討に活用するものです。送付致しました調査票（本調査票、事例調査票（2部））にご回答の上、平成24年1月27日（金）までに、同封の返信用封筒にてご返送頂きますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

FAX: [ ] / E-mail: [ ]

※ 専用URLから調査票をダウンロードし、簡単に記入することができます。

[http://www. \[ \]](http://www. [ ])

1. 基本情報についてお伺いします。

1. 事業所名及び（主たる）事業所の所在地をご記入ください。

事業所名			
都道府県	都道府県	区市	町部
市町村	市区	町部	

2. 指定年月（西暦）をご記入ください。（小規模多機能型居宅介護の開設年月）

年	月

3. 現在の登録定員および宿泊費・食事料金をご記入ください。

登録定員	通い定員	宿泊定員
名	名	名
宿泊費	朝食代	昼食代
		夕食代

4. 貴事業所にて請求している加算について、当てはまるものに☑をつけてください。（1人でもいれば）

<input type="checkbox"/> 事業開始時支援加算
<input type="checkbox"/> 認知症加算
<input type="checkbox"/> 看護職員配置加算
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算

5. 現在、貴法人もしくはグループ法人が実施しているサービスについて、当てはまるものすべてに☑をつけてください。

同一法人もしくはグループ法人が実施している事業	同一地域内で実施	同一市区町村で実施
1 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 地域密着型特定施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 介護老人福祉施設（特養）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 介護老人保健施設（老健）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 介護療養型医療施設（療養病床を有する診療所も含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 有料老人ホーム（住宅型・健康型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 高専費・高費賃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 共生型ホーム（対象者を限定しない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 他が所有するアパート・マンション等の借り上げ住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 一般病院もしくは診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 障がい者支援サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 保育・学童保育（放課後保育）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 配食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 地域交流拠点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護保険事業（介護予防も含む）

住まい

その他

Ⅱ. 利用状況等についてお伺いします。

6. 現在の利用登録者の人数と利用者数をご記入ください。

現在の利用登録者数 (平成23年10月末現在)	名
1日あたりの通い利用者	おおよそ 名
1日あたりの宿泊利用者	おおよそ 名
1日あたりの訪問述べ利用者	おおよそ 名

7. 現在の利用登録者を紹介された機関等について、ご記入ください。

紹介された機関等	同法人	別法人
居宅介護支援事業所から	名	名
地域包括支援センターから	名	名
市区町村から (包括除く)		名
病院 (医療連携等) から	名	名
運営推進会議から		名
地域ケア会議から		名
知人・近隣から		名
その他 [ ]		名

Ⅲ. 運営推進会議および地域の諸機関との連携についてお伺いします。

8. 現在の運営推進会議の構成をお答えください。

総数	人
利用者	人
利用者の家族	人
地域住民の代表 (自治会役員や民生委員等)	人
市区町村職員	人
地域包括支援センター職員	人
小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 →具体的に [ ]	人
社会福祉協議会職員	人
医師	人
その他 [ ]	人

9. 運営推進会議について、ご回答ください。

□役にたっている □役にたっていない  
その理由 [ ]

(1) 運営推進会議の開催頻度について、該当するものに☑をつけてください。

□ 定期的に開催している (年 回)  
□ ほとんど開催できていない

(2) 運営推進会議の開催状況について、該当するものすべてに☑をつけてください。

□ 利用者のケースについて話し合われている  
□ 地域との関係が特らず、会議参加依頼に善慮している  
□ 専業内容の説明、利用状況等の報告が中心である  
□ 利用者や利用者家族から要望や提案が出される  
□ 地域住民や関係機関職員と情報収集・交換の場となっている  
□ ケース検討以外に地域課題の解決について話し合われる  
□ その他 [ ]

10. 外部評価について、該当するものに☑をつけてください。

□役にたっている □役にたっていない  
その理由 [ ]

11. 情報公表について、該当するものに☑をつけてください。

□役にたっている □役にたっていない  
その理由 [ ]

12. 市町村の介護保険事業計画では、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、介護給付等対象少一ピスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案して、日常生活圏域を定めています。

そこで、事業所が考えている日常生活圏域について、該当するものに☑をつけてください。

□ 中学校区より大きい地域 (市町村など)  
□ 中学校区程度の地域  
□ 小学校区程度の地域  
□ 小学校区より小さい地域 (自治会・町内会など)

(1) 平成23年10月時点の該当する日常生活圏域の利用者は何人ですか

[ ] 人

13. 地域包括支援センターとの連携について、該当するものに☑をつけてください。

1. 包括支援センター職員が運営推進会議に出席していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど出席していない <input type="checkbox"/> よく受けていない <input type="checkbox"/> ほとんど受けていない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
2. 包括支援センターから利用相談を受けていますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど出席している <input type="checkbox"/> よく受けていない <input type="checkbox"/> ほとんど受けていない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
3. 包括支援センターへ困難ケースについて相談をしていますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど出席している <input type="checkbox"/> よく受けていない <input type="checkbox"/> ほとんど受けていない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
4. 事業所の行事や活動に包括支援センター職員が参加していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
5. 包括支援センター主催の行事（地域包括ケア会議や勉強会等）に事業所職員が参加していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
6. 地域包括支援センターと共同で利用者グループのケース以外に、地域課題に対して活動していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない

14. 社会福祉協議会との連携について、該当するものに☑をつけてください。

1. 社協職員が運営推進会議に出席していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど出席していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
2. 利用者の権利擁護や金銭管理支援等個別ケースにて相談をしますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
3. 事業所の行事や活動に社協職員が参加していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
4. 情報提供や住民組織への仲介等、地域のネットワーク作りに対して協力を得ていますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
5. 社協の活動（サロン活動やボランティア等）に対して具体的に協力をしていますか（場所提供や職員の事業への参加等）	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない
6. 利用登録者のケース以外に、地域課題に対して共通認識をもち、一緒に活動していますか	<input type="checkbox"/> 毎回出席している <input type="checkbox"/> ほとんど参加している <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく活動している <input type="checkbox"/> ほとんど活動していない <input type="checkbox"/> よく活動しない <input type="checkbox"/> たまに活動しない

15. 事業所と下記の生活圏域との関わりについて、該当するものに☑をつけてください。

1. 事業所が地域の実態把握を行っていますか	<input type="checkbox"/> 大変よく把握している <input type="checkbox"/> ほとんど把握していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない
2. 事業所が地域の行事（サロン、祭り、運動会等）に参加していますか	<input type="checkbox"/> 大変よく把握している <input type="checkbox"/> ほとんど把握していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない

3. 地域や町内会の人々が事業所の行事（研修会、祭り等）に参加していますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく開催している <input type="checkbox"/> たまに開催している <input type="checkbox"/> ほとんど開催していない <input type="checkbox"/> たまに開催していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
4. 事業所が町内会や地域と協同行事を開催していますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
5. 事業所が地域主催の避難訓練に参加していますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
6. 事業所の災害訓練に地域の人々も参加していますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
7. 地域の住民が認知症や介護について相談にきますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
8. 民生委員が認知症や介護について相談にきますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
9. 圏域の小規模多機能型居宅介護事業所の集まりに参加していますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない
10. 圏域の福祉事業所との集まり（ケース検討会やケアマネ会議等）に参加していますか	<input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく参加している <input type="checkbox"/> ほとんど参加していない <input type="checkbox"/> よく相談している <input type="checkbox"/> たまに相談している <input type="checkbox"/> よく相談しない <input type="checkbox"/> たまに相談しない

16. 登録の利用者と地域との関わりについて該当するものに☑をつけてください。

1. 利用者が町内会に入会していますか	<input type="checkbox"/> 全ての利用者が入会している <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が入会している <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が入会していない <input type="checkbox"/> 全ての利用者が入会していない
2. 利用者の自宅がある地域の行事（祭りや清掃など）に参加していますか	<input type="checkbox"/> 全ての利用者が参加している <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が参加している <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が参加していない <input type="checkbox"/> 全ての利用者が参加していない
3. 利用者の自宅の地域で開催されている者人会やサロンなどに参加していますか	<input type="checkbox"/> 全ての利用者が参加している <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が参加している <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が参加していない <input type="checkbox"/> 全ての利用者が参加していない
4. 利用者がとなり近所のお付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> 全ての利用者がお付き合いがある <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者がお付き合いがない <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者がお付き合いがない <input type="checkbox"/> 全ての利用者がお付き合いがない
5. 利用者が近隣の商店で買い物をしてしていますか	<input type="checkbox"/> 全ての利用者が買い物をしている <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が買い物をしている <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者が買い物をしていない <input type="checkbox"/> 全ての利用者が買い物をしていない

IV. 個別利用者の状況についてお伺いします。

17. 平成23年10月1日～10月31日までの実績内容で記載ください。

番号	年齢	性別	利用者基礎情報		利用状況			利用者の状況(※該当項目の数字を記入)		事業所との距離				
			専介歴(※専介歴区分)	日常生活自立度(※日常生活自立度は「はたして感」)	規模(自立度)	初めご利用した年月	訪問回数(延べ回数)	通回回数(延べ回数)	復回数(延べ回数)		紹介経路	世帯状況		
													年	月
例	75	◎・女	2	B2	IIa	20	10	35	12	10	1	2	2	2
1		男・女												
2		男・女												
3		男・女												
4		男・女												
5		男・女												
6		男・女												
7		男・女												
8		男・女												
9		男・女												
10		男・女												
11		男・女												
12		男・女												
13		男・女												
14		男・女												
15		男・女												
16		男・女												
17		男・女												
18		男・女												
19		男・女												
20		男・女												
21		男・女												
22		男・女												
23		男・女												
24		男・女												
25		男・女												
26		男・女												
27		男・女												
28		男・女												

※1 居宅サービス介護給付説明書をご覧いただき、ご記入ください。

※2 利用状況については、1日に複数回利用した場合は、複数回カウントし、記入してください。

V. サービスの提供体制および利用状況等についてお伺いします。

18. 貴事業所の職員の数(実人数)をお答えください。非常勤については、常勤換算での人数もお答えください(平成23年10月末現在)。常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数(一般的に40時間/週)をもとに計算してください。

職員総数	常勤		非常勤		名
	常勤	非常勤	常勤換算	実人員	
常勤・非常勤	名	名	名	名	名
常勤換算人数					名
管理者	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
計画作成担当者	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
看護職員	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
介護職員	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
その他 [ ]	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名

VI. その他

19. 下記の項目についてご記入ください。

(1) 入会している又は近隣にある地域連絡会についてお聞きます。

入会している 名称 [ ]  
 入会していないが連絡会はある  
 ない

(2) 小規模多機能型居宅介護について

～アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。～  
 ※パンフレットと事業所の平面図を同封して頂けると幸いです。





## 【謝 辞】

2002年、社会福祉士の実習中、認知症高齢者グループホームで一人の女性と出会いました。その人は、いつもニコニコとしながら周りの様子を見ていたり、ポーッと空を見つめていました。何か話しかけても、単語一つ二つでの返事か、話しかけた相手の言葉をそのまま繰り返すだけでした。数日間、その女性と一緒に過ごしていると、あるとき突然、私に向かって、「わからなくなるのが、こわい」、そう呟きました。認知症のある人から初めて聞いた当事者の声でした。

この10年、研究調査等で全国各地、認知症高齢者グループホームや宅老所、小規模多機能型居宅介護の事業所など認知症ケアを中心的におこなっている場に数多く訪れました。その他、介護保険の認定調査の仕事で病院や施設に行くことも多々ありましたが、その中で、生き生きと暮らす人たちに会う一方、2010年を過ぎているというのに、入院先で、ベッド上の四肢拘束が常態化している状況に置かれている人たちにも会いました。また、要介護1でADLや認知機能の大幅な低下がみられずとも、介護老人保健施設を一年ごとに転々と過ごす90歳代の人たちにも会いました。人生の終盤で、この人たちのその人らしい暮らしはどこにゆくのでしょうか。本文にも書きましたが、終末期を迎える場が事業所の力量に委ねられている現状も10年前とほとんど変化はみられません。認知症のある高齢者の人権や生き方は、社会関係性を含めた環境によって、こんなにも大きく変わってしまうものでいいのでしょうか。こうした経験が、この論文を執筆した根底に流れています。

そして、長い月日を経て、ようやく学位申請にこぎつけることができたのは、調査にご協力下さった事業所職員の皆様や事業所Mの介護支援専門員N氏、P病院の医療ソーシャルワーカーR氏、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会、そして、本論執筆にあたってご指導ご助言下さった立教大学コミュニティ福祉学部の先生方をはじめとする多くの方々の支えがあったからです。特に、最初に主査としてご指導下さった橋本正明先生、その後も引き継ぎ長く長くお世話下さった森本佳樹先生、副査としてご指導ご助言下さった福山清蔵先生、三本松政之先生、松山真先生、学外副査を引き受けて下さり論文の独自性を引き伸ばして下さった太田貞司先生、温かく見守り励まし続けて下さった職場の方々や先生方、森本研究室の皆さん、堀川さん、そして両親に心より感謝申し上げます。