

慶應義塾大学経済学部寄附講座『生活保障の再構築～自ら選択する福祉社会～』  
第7回「和光市における超高齢社会に対応した地域包括ケアシステムの実践」

2015年11月11日

【 埼玉県和光市保健福祉部長 東内 京一 氏 】



目 次

1. 自己紹介
2. 地域包括ケアシステムについて
3. マクロとミクロのアプローチ
4. マクロの計画策定
5. ミクロのケアマネジメント支援
6. 質疑応答

## 1. 自己紹介

和光市保健福祉部長の東内です。私は入庁後、建設所管での入札管理、固定資産税や市県民税の課税の仕事などを経て、現在は福祉の仕事を担当しています。課題意識や改革心が強いためか、これまで一つひとつの職場に長くいます。

2000年スタートの介護保険では、「市場原理の導入」や「措置から契約へ」がキーワードでしたが、私は「地方分権の試金石」という言葉に一番共感しました。市町村が地方分権の試金石である介護保険制度の運営を深く考えないと、第二の国民健康保険（以下「国保」）になってしまう。市町村が保険者である国保は収支が赤字になっているケースが多く、国保税以外の市民の税金を投入して成り立っています。介護保険をそのようにしたくない。そこで市民との官民協働により、地方分権を強く意識した新しい社会保障のモデルを和光市で必ず創ろうと考えました。今日は、和光市の地域包括ケアの取り組みについてお話しします。

## 2. 地域包括ケアシステムについて

### ① 地域包括ケアとは

日本はOECD諸国の中で一人当たりの入院日数が一番長く、現在その見直しが進められています。今後その方たちの退院が始まりますが、要介護4や5の重度者の方が在宅やサービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」）で、医療と介護の連携によるケアを受けながら、地域で安心して暮らせる仕組み、これを地域包括ケアと言います。また地域包括ケ

アのもう一つの意味は、軽度の要介護・要支援認定者やその手前のハイリスクの人が、重度の要介護状態になるのを予防することが地域できている状態を言います。

現在、重度要介護者が家で暮らすための医療・介護が連携したサービスは十分とはいええないと思います。そのため本人や家族が不安を抱え施設志向が高くなり、その結果施設の不足状態を招くことが指摘されています。また、在宅介護をする家族の負担を軽減できるサービスが十分でないため、家族介護を理由に仕事を辞めるいわゆる介護離職も社会問題になっています。この問題を解決するためには、特別養護老人ホーム（以下「特養」）を造る方法もありますが、一方では、特養や病院にいるときのようなサービスを自宅に提供することができる状況を作る方法もあります。病院のナースステーションには24時間看護師が詰めていて、医局には医者がありますが、和光市の中学校区の地域の中には、24時間定期巡回介護・看護というナースステーションや在宅療養支援診療という往診専門の医療体制も整っています。つまり、地域の道路が病院の廊下という感覚です。これが地域包括ケアの一つの形です。

## ② 自助、互助、共助、公助から見た介護保険

地域包括ケアを、自助、互助、共助、公助という考え方から説明すると理解しやすくなります。互助とはご近所力とか地域NPOの活動で、共助とは年金、医療、介護の制度です。個人が身体的、精神的、経済的なリスクに脅かされて自助力だけでは対応できないとき、ご近所力などの互助に期待したいのですが、それが難しい場合も多く、共助である医療や介護などの出番になります。それでも対応できないときは公助の出番です。生活保護が代表例で、税金を使ったサービスが提供されます。一人の人に不具合が起こると、補完性の原理にもとづいて自助、互助、共助、公助の順番で対応していくことになります。

欧米各国を見てみると、自助力が高いのはアメリカです。公的医療保険制度を導入しようとしても反対が多くて難しい。互助は、自治力が強いイギリスやフランスが典型です。NPO発祥の地とも言われるように、自治区、基金や寄附文化が熟成していて、そこには様々な生活支援サービスがあります。共助は、日本、韓国、ドイツです。公助は、スウェーデン、フィンランド、デンマークで、消費税が約25%ですが様々なサービスが提供されます。

そういう中で、共助である日本の介護保険はどこに向かおうとしているかというと、一方では、イギリスやフランスのように市町村の地域力にサービスを委ねていこうとしています。例えば、要支援1や2の方への介護予防給付の内、訪問介護やデイサービスは、全国一律の保険給付から市町村の「地域支援事業」に移行されました。他方では、財源として消費税を引き上げているので、北欧のように公助に向かっている側面もあります。このように、持続可能な社会保障を考える上で、自助、互助、共助、公助の視点は重要です。

### ③ 和光市の介護予防の効果——低い要介護認定率・介護保険料

和光市は団塊の世代が多いのですが、それ以上にそのお子さんである団塊ジュニア世代や若年層の転入が多いのも特徴で、高齢化率は16.9%と低いです。

和光市の2014年度の要介護認定は、要支援1、2と要介護1の軽度認定者が認定者全体の38.1%であり、全国平均の約47%より10%近く低いことです。この理由は、1年間で要支援1・2の約40%の方が「二次予防事業に卒業」するからです。軽度認定者の約6割は生活不活発と言われる廃用性症候群が原因です。この人たちは脳卒中や認知症が原因ではないため、タンパク質の多い食事を摂り介護予防・リハビリにしっかり取り組めば運動機能を回復でき、重症化する人も非常に少なくなります。入れ歯をしていても、「かむかむごっくん」がきちんとできれば、6カ月から長くても2年あればかなり元気になることができます。

こうした介護予防の取り組みの成果の第一は、要介護認定率の低さです。65歳以上の総人口に対する要介護認定を受けた人の割合を認定率と言います。和光市はこれをアウトカム指標にしたことで注目されましたが、2014年には全国18.2%、埼玉県14.3%に対して和光市は9.4%でした。和光市が介護予防に本格的に取り組む前の2003年には、全国14.4%、埼玉県11.3%、和光市11.5%でしたので、全国や県の認定率が上昇する中で和光市では逆に減少してきています。年齢階級別の認定率で見ても、75～79歳では全国13.9%に対して和光市9.1%、80～84歳では全国29.4%に対して和光市16.3%です。和光市の平均寿命は県内トップ3に入っていますが、健康寿命も長いことが分かります。

今、団塊の世代が2025年に75歳以上になる2025年問題が指摘されています。でも、2025年に団塊の世代の方が75歳以上になっても現在の年齢階級別認定率は13.9%レベルです。むしろ2030年に80歳以上になる頃に29.4%と3人に1人が要介護状態のレベルに達し、日本の社会保障は最も危機的な状況になるものと推測できます。2030年には、日本でオリンピックやパラリンピックが開催されますが、団塊の世代が要介護状態にならないように、ねんりんピックなどの国民運動を市町村レベルから全国展開する必要があると思います。

また、65歳以上の市民から徴収する介護保険の1号保険料をみると、和光市の前回の第5期（2012年～14年）保険料は月額4,150円、今回の第6期（2015年～17年）は4,228円で、78円上がりました。しかし、これは和光市が該当する5級地の地域加算という上乗せ割合が6%から10%に引き上げられたことなどによる影響が大きく、実質的には上がっていません。第6期の介護保険料の全国平均は約5,550円（第4期4,160円、第5期4,972円）ですが、和光市は全国平均を大きく下回っています。このように介護保険料の低さが介護予防の取り組みの成果の二つ目です。

### 3. マクロとミクロのアプローチ

#### ① マクロ計画作成のためのニーズ調査

次に、これが実現できた背景をお話します。市では3年間をワンクールとした介護保険事業計画をつくります。私はこの行政計画をマクロと言い、要介護高齢者一人ひとりのケアマネジメントをミクロと言っています。マクロをつくるためには、まずどういう身体的、精神的、経済的課題を持った高齢者がいるかというミクロを把握する必要があります。

2000年の介護保険制度スタートのときの3年間は走りながら制度を動かしました。しかし、2003年からの第2期計画ではこれではいけないと考え、和光市では高齢者の個々の生活課題をまず把握するため、日常生活圏域ニーズ調査（以下「ニーズ調査」）を始めました。要望や意向ではなく身体や生活の実態を調べ、そこで明らかになった課題を解決するための介護保険サービス、医療系サービス、住宅、生活支援サービス、福祉権利擁護に関連するハード面の施策を事業計画に書き、またミクロの支援として、コミュニティケア会議を通してプランの検討、人材の育成など、地域を包括的にケアするための条件を整えていきました。このようにマクロとミクロをうまく連携させていくことが重要だと言えます。

#### ② ミクロのケアマネジメント支援としてのコミュニティケア会議

介護保険サービスの提供の際のキーは、ケアマネジャーや地域包括支援センターです。ケアマネジャーは一人ひとりの高齢者の生活課題をアセスメントして、実際にサービスを入れていきます。しかし、ケアマネジャーは国家資格ではなく、介護福祉士、社会福祉士、医師、理学療法士、作業療法士、はり師・きゅう師、ホームヘルパー2級などの様々な元資格を所持している人の任用資格です。同じケアマネジャーでも元のスキルが違います。ですから、国や職能団体の研修だけでは、市民への質の高いケアマネジメントは難しいのではと思いました。

そこで後ほど詳しくお話しますが、2001年から和光市コミュニティケア会議を主催して、一人ひとりの高齢者のケアプランに関わるチームの皆さんをお呼びして、アセスメントや課題の抽出、目標の設定、ケアチームについて専門外のところを外部講師も含めた多職種で助言・指導、応援していったのです。この結果、市民から見たケアマネジャーのステータスは非常に高くなりました。かつては家庭奉仕員という名前でしたから、最初はお手伝いさんのように思われたところもありました。しかし今では、ケアマネジャーは生活課題と一緒に解決してくれる人、介護予防をして高齢者を元気にしてくれる人という評価が和光市民には浸透しています。

### 4. マクロの計画策定

#### ① 日常生活圏域ニーズ調査と未回収家庭訪問

ニーズ調査では、個人情報の保護が障壁になりました。そこで、個別記名式で同意書付きの88項目の質問がある調査票にしました。協力依頼文書に、保険料を払っていただいている皆さんへの還元事業ですという一文を入れたところ、記名式にもかかわらず60%～70%という高い回収率でした。個別記名式だから未回収者も把握できます。そこで以前は民生委員が、今はオレンジリングの認知症サポーター、介護予防サポーターなどのボランティアが、未回収家庭全戸を訪問します。そもそもアンケートに回答できる人はある程度元気で、リスクも把握しやすいです。むしろ未回収家庭の訪問により本当に課題を抱える人を早期発見できます。訪問の結果、要介護2という中度レベルの認知症の一人暮らしのおばあちゃんを発見することもあります。

例えば健診の受診率向上を目標にする考え方もありますが、それよりも未受診者対策をどうするかの方がより大事です。私はネウボラ（フィンランド語で「アドバイスの場」の意味）という子ども政策も担当していますが、赤ちゃんが産まれると、その後4カ月健診や1歳半健診など定期健診があります。私が部長になってからは、その健診に来ない家庭には「3日以内に自宅に行くこと」にしています。健診に子どもを連れて来ない家庭の中に虐待のケースや、お母さんが子どもを置いてスキーに行き子どもが火事で亡くなった事件もありました。この時は母親が責められましたが、私は行政の責任でもあり未受診者対策を徹底するべきだと思いました。現在和光市は孤立死がほとんどなく、認知症の徘徊も年間3件程度ですが、これはニーズ調査と未回収対策の成果だと思います。

ニーズ調査では、歩行、排便、入浴などのADL（日常生活動作）や、洗濯、料理、買い物などのIADL（手段的自立度）という身体機能・日常生活機能、住まいの状況、認知症状、疾病状況、経済状況などを調べます。調査の結果、どの圏域・地域に、どんな課題を持つ高齢者が、どの程度いるかがわかります。どの地域に認知症の方が何人いて、脳卒中で要介護4ぐらいの人が何人いるのかなどがわかり、これを見える化により公開しています。和光市では3年ごとに65歳以上の高齢者全員にニーズ調査を実施し、介護の必要な方を早期発見し、地域包括支援センターが出かけて行ってアセスメントし、適切なサービスにつなげることになっています。

## **② 地域別の高齢者人口動態・ADLの分析にもとづく介護予防の取り組み**

課題を把握したら、次は地域別の分析をします。

ニーズ調査のデータを分析すると、人口8万人強で11.04km<sup>2</sup>のコンパクトシティーの和光市でも、中央エリアにある西大和団地の高齢化率は35.5%に達していることが分かります。そして、住まいの状況について「住居形態」（一戸建て、分譲マンション、公団賃貸など）と「同居人の有無」の二つの要素で見ると、中央エリアでは一人暮らしで公社・公団の賃貸住宅居住の方が43.3%います。つまり西大和団地のエレベーターのない5階建ての賃貸のURに、一人暮らし高齢者が非常に多いことがわかります。

こういう実態をさらにクロスして分析してみると、軽度認知障害（MCI）またはもう少し認知症の進んだレベルの方で、独居または日中独居の非課税世帯で賃貸住宅に住んでいる人が地域ごとに何人いるということが分かります。こうした人の多い地域では、グループホームという共同生活介護の基盤整備が必要ですが、その実態を把握せずに高額な家賃の施設などを建ててしまったら、誰も市内から入れなくなります。また、認知症の方が100人もいるのに、小規模多機能型居宅介護（以下「小規模多機能」）、認知症専門デイ、グループホームが一つもなく、一般デイと特養しかないという地域では、認知症の軽度の段階から特養で介護したり、認知症の方とADL系が低下した方が一般デイサービスの中で混在することになり、尊厳あるケアとはいえないと思います。

また、和光市のADLの調査結果データを分析して、どの日常生活動作の項目から身体機能が低下していくかを見ると、尿失禁、階段昇降や歩行などから低下が始まります。これらを早期に発見し、筋力トレーニングやタンパク質摂取の栄養改善を行わないと、どんどん機能が低下します。確かに脳卒中の場合はいきなり重度の状態になってしまうこともあります。廃用系はそうではありません。日本では寝たきり原因の第1位が脳卒中で、第2位が骨折、中でも多いのが足のつけ根の頸部骨折です。和光市では人工骨頭という人工関節を両足のつけ根に入れながら、筋トレなどのリハビリをはじめ、訪問介護など、自立支援に向けた必要なサービスを調整し機能向上したことにより、デイサービスを卒業された人がいます。市民の理解を得て官民協働をすすめるためには、こういうデータが重要になります。

### **③ 介護保険の第6期基本方針の特徴**

和光市ではこれらの分析をもとに、第6期基本方針として6つの目標を定めました。

目標の1番目は、介護予防と要介護度の重症化の予防をさらに推進することです。

2番目は、在宅介護の限界点を高める、つまり要介護4・5でも在宅で暮らせるように、ICTとコミュニティケア会議を活用し、在宅医療・介護の連携を強化することです。

3番目は、要支援1・2の保険給付が市町村の地域支援事業に移行したことをふまえて、介護サービス事業者と地域のボランティアがデイサービスセンターの中でコラボレーションしながら、新しい介護予防・日常生活支援総合事業を推進することです。

4番目は、包括ケアマネジメントの推進です。複合的な課題を抱える方に対して、介護、医療、住まい、生活支援や予防など、あらゆる制度を連携し活用します。

5番目は、認知症を発症しても和光市内で完結して対応できるようにすることです。

6番目は、基礎自治体に大きな役割が課されている高齢者介護、障害者福祉、子ども子育て支援、生活困窮者支援の四分野を一元的にマネジメントする統合型地域包括支援センターを2017年度末までにつくり、地域包括ケアシステムの包括化を実現することです。

例えば、特養待機者が200人いるので特養を200室整備するというのも基本方針の

一つだとは思いますが。しかし月1万円の保険料負担を市民と合意できるでしょうか。戸籍事務や生活保護など国の強力な関与の仕組みがある法定受託事務と異なり、介護保険サービスや老人福祉などは自治体のオリジナリティーが発揮できる自治事務です。地方分権により国、県、市が横並びの関係になった現在、基礎自治体が市民との官民協働で問題を解決できるかどうか試されており、介護保険はまさに地方分権の試金石といえます。

#### **④ 市町村独自の市町村特別給付と一般高齢者対策**

介護保険では全国一律の給付のほか、大きく三つの市町村独自の取り組みができます。

一つは市町村が65歳以上の方の保険料に上乘せして、横出し事業として独自の保険給付ができる市町村特別給付という仕組みです。和光市では三つの特別給付を行っています。

第一に、「食の自立支援・栄養改善サービス費助成事業」という配食サービスがあります。配食サービスを福祉的に行う市町村がありますが、これは高齢者の安否確認が主目的です。週2回ぐらいお弁当を自宅に持っていき安否を確認し、返事がないと役所などへ通報します。しかし、これでは要介護4・5の方はとても在宅で過ごせません。和光市では管理栄養士による指導とセットで、配食サービスは365日昼と夕方に提供できます。一般のお弁当以外に、糖尿病のカロリー食や、腎不全、腎臓病のタンパク質調整食、飲み込みができない人の刻み食、ピューレ食、ミキサー食などの嚥下食をデリバリーできます。

第二に、「高齢者地域送迎サービス助成事業」です。特区として白ナンバーの有償運送の許可を取ったNPOなどが市内を循環しています。送迎サービスの特徴は、例えば人工透析をしている方は自宅の介護ベッドから病院のベッドまでの送迎が可能であることです。例えば認知症がなく要介護5で週3回の透析が必要な一人暮らしの人は、普通は人工透析専門の療養型か医療系の設備がある有料施設に入ってしまいます。和光市ではその選択肢もお見せしますが、在宅で定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下「24時間定期巡回」）を1日8回訪問、タンパク質調整食の配食を届け、在宅のベッドから透析のベッドまでベッド・ツー・ベッドの送迎を週3回行うというケアプランをお見せすると、在宅を選んでもらうこともできます。

第三に、「高齢者紙おむつ等購入費助成事業」です。尿量の頻度など市独自のアセスメントを行い、フラット型パンツ、リハビリパンツ、尿取りパッドなどが家にデリバリーされます。多くの市町村はこれを税金による高齢者福祉サービスで行っていますが、税金で行う場合、財政状況によっては一人暮らしや非課税世帯に限るといような状況になりかねません。保険料を使えば、課題がある方には介護保険からサービスの提供を続けることができます。

和光市の月額4,228円の保険料の内、約300円がこの三つの市町村特別給付の経費です。従って、全国と比較するときには、和光市の狭義の介護保険料約3,950円と比較することになります。

これらの事業を行う理由は、居宅介護の限界点を高めるためです。在宅でも安心・安全を感じられるような食事、排泄、移動のケアサービスを提供することにより、要介護4・5の方が在宅やサ高住で暮らしています。こうして和光市内には特養が60ベッドで足りるという状況を作ることができました。通常、人口8万人レベルの市では、少なくとも300床から400床の特養があります。

市町村独自の取り組みの二つめは、税金を使った一般高齢者対策です。和光市の一人当たり平均の介護保険給付は、居宅介護サービスが月額約9万8000円、24時間定期巡回・グループホーム・小規模多機能などの地域密着型サービスが月額約19万2000円、特養・老健・介護療養という介護保険3施設は月額約29万8000円です。財政構造から見ても、居宅サービスや地域密着型サービスを充実させれば、高齢者のニーズをカバーできることがわかります。そのため、役所の所有する土地を専門用語で言う普通財産に直して、20年間無償で民間事業者にお貸ししてサ高住やグループホームを建てていただき、そこに低所得者対策として最高3万5000円の家賃助成を行ったり、生活保護レベルでも入れるグループホームの家賃も設定してもらいます。

#### **⑤ 市町村独自の地域支援事業**

市町村独自の取り組みの三つめは、今回再編される「地域支援事業」です。これは三つの事業で構成されています。

一つは「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」）です。これまでの要支援1・2の方に対する訪問介護とデイサービスの介護予防給付は、3年間の移行期間を経て2017年度末にはこの総合事業に移行します。和光市は既に移行済みで、訪問介護が訪問型サービスAに、デイサービスの通所介護が通所型サービスAになりました。事業者への介護報酬が和光市の負担金に変わりましたが、利用者さんにとっての変化はほとんどありません。なお、これまでの二次予防事業はC型事業になりますので、和光市では要支援認定からの卒業のことを、昔は「要支援の通所介護事業から二次予防事業に卒業する」と言っていたのが、今では「通所型サービスAから通所型サービスCに移行する」と言っています。また和光市の特徴的な介護予防の独自の訪問事業として、10年前から介護予防ヘルパーを育成してきました。理学療法士や作業療法士の研修を受けた介護予防ヘルパーが、デイサービスで立ち上がりを習った高齢者の自宅を訪問し、声かけと見守りをして立ち上がり訓練指導を行い、介護予防の効果を生んでいます。

もう一つの総合事業である一般介護予防事業はこれまでの一次予防事業が移行したもので、このままだと介護状態になってしまうリスクが少し生じた高齢者、例えば閉じこもりの方に外へ出てきていただくというものです。注目された取り組みの一つに、アミューズメントカジノがあります。閉じこもりの方に外に出てきてもらうのは結構至難の業で、女性は自然体で出てきてくれますが、男性は地域に非日常空間をつくらないとなかなか出て

きていただけません。そこで和光市では、保険給付ではなく市独自の事業としてカジノプログラムを行うと、男性参加率が6割ぐらいに上がり、介護予防に大きな効果をもたらしたのです。デイサービスでは般若心経を書いたり、計算ドリルをやったり、唱歌を歌ったりしていますが、団塊の世代の方が80歳になった時、今の介護保険のデイサービスに行くとは到底思えません。吉田拓郎さんとかジーンズ世代、学生運動世代の方たちに対して、どういった施策や政策が必要かを考えていく必要があると思います。

地域支援事業にはこのほかに、今回新たに法制化された地域ケア会議等の包括的支援事業と在宅支援サービス等の任意事業があります。地域ケア会議は和光市が以前から取り組んできたコミュニティケア会議が一つのモデルになっています。

こうして今、イギリスやフランスのように、自治力を基盤にした市町村事業が始まっていると言えます。

## **⑥ ICTを活用した和光市長寿あんしんランドデザイン**

和光市では中学校区ごとにサ高住を1棟つくり、その1階に24時間定期巡回や、デイサービス、在宅療養支援診療所、点滴ができる薬局を配置する計画を進めています。クリーンルームが必要だとか、在宅療養支援診療所を区切らなければいけないなどの規制をクリアする必要がありますが、既に2棟建っています。定期巡回先の40%は内部の高齢者住宅で、残りの60%は地域です。こうして地域の中にあるナースステーションや医局が、在宅や高齢者住宅に入っていく状況が実現しつつあります。

また、医療と介護の連携、個々の専門職間の連携、市と地域医師会の連携などにICTを活用するという課題があります。和光市では地域医師会や基幹病院である国立病院とは全てICTで連携しています。以前は開業医さんと国立病院が、退院時や検査予約時などにICTシステム「C@RNA CONNECT (カルナコネクト)」で連携していたのですが、今では市役所と地域包括支援センター、ケアマネジャーの事務所もカルナコネクトで結んでいます。これにより、要介護認定者の方が入院するときは、問診や検査所見、在宅での生活状況などの情報が病棟の主治医にICTで届くので、治療計画に活かしていただくことができます。一方、退院時は、在宅での医療の課題、ADLや投薬状況などの看護サマリーと診療情報提供書がICTで提供されるので、ケアマネジャーはケアプラン作成に役立ちます。また在宅医療連携チームがタイムリーに対応し、退院が加速します。

和光市は東京都練馬区、板橋区と隣接しており、日大板橋病院や帝京大学病院、順天堂大学練馬病院などに市民が入院するケースも多いので、病院の医療連携室や院長先生に、和光市はこういう在宅医療連携チームをつくれますと説明に行きます。急性期病院から介護老人保健施設や特養だけではなく、急性期病院から在宅に帰る選択肢もあるというメッセージを積極的に出すことが、尊厳の観点からも重要だと考えています。

## ⑦ 統合ケアの推進

地域包括ケアは、直訳すると、Community-based careと言います。最近、WHOやOECD、また筒井孝子先生が、「Integrated care（統合ケア）」の重要性を主張しています。統合ケアには、病院や介護保険施設の入退院・入退所時の効果的連携をめざす垂直統合と、地域の医療と介護のサービス基盤の連携を行う水平統合があります。この統合を実現し、権利擁護をするためには、どうしても行政の介入が必要です。そのために、和光市では中央コミュニティケア会議を開催し、住まいの確保を含めたクオリティ・オブ・ライフや尊厳をどう保っていくかについても検討します。

この考え方から、和光市は地域密着型サービスを推進していますが、小規模多機能にはグループホームを併設して一体的に建てています。これはビジネスが成り立つようにという理由が一つ。もう一つは、認知症の方を小規模多機能での対応ができなくなったら併設のグループホームへと明瞭な図式を描くことができ、買い物や散歩で住み慣れた地域にある在宅に近いグループホームに入ること、環境変化による戸惑いやストレスなどのリロケーションダメージが少ないからです。

また、和光市では小規模多機能とグループホームの基盤整備を行うときに、必ず100㎡程度の地域交流スペースをセットしています。そこで小規模多機能で29名の認知症やADLが低下した方をケアし、18名の認知症の方をグループホームでケアするほかに、その事業所に筋トレや閉じこもり予防などの介護予防事業を委託します。地域交流スペースには、地域の高齢者の方が集まり、開かれた事業所になっています。これにより和光市は地域的に介護予防が展開でき、そこで介護予防サポーターに活躍いただき、また介護事業所は保険給付以外に和光市の地域支援事業の委託料が入り、次の利用者の獲得にもつながります。そのようにして、和光市は、介護事業者を絶対に潰さないというスタンスを持ちながら、地域コミュニティの中で地域密着を進めています。

## **5. ミクロのケアマネジメント支援**

### ① リハビリによる能力の維持向上は国民の努力義務

ところで、全国的に多いのが、要介護2から要介護1に軽度化すると市民から苦情が出ることです。給付が削減されると考えられるのでしょうか。一方和光市では、要介護2から要介護1になったら嬉しいことだと認識されます。これは約10年前から行政や在宅介護支援センター（当時。現在の地域包括支援センター）の役割などについて、言いつらいことも出前講座で説明し、市民の理解を得てきたからです。

介護保険法第1条に書かれた介護保険の目的や市民の権利については市民も大体理解されているので、調子が悪くなったら役所の窓口で要介護認定の申請をして、認定調査を受けます。認定が出たらケアマネジャーと契約してサービスを利用します。しかし理解いただいていないのが第2条2項で、訪問介護やデイサービスなどの保険給付は要介護状態の

軽減または悪化の防止が目的なのですが、保険給付はお世話をしてくれることだと誤解している人が少なくないのです。そして一番大事なのは、第4条で国民の努力義務が示され、要介護認定者は進んでリハビリその他の介護保険サービス等を利用し、その有する能力の維持向上に努めるとうたわれていることです。この言いづらいことを和光市は言い続けてきました。

和光市では自治会や老人クラブなど様々な地区の団体の総会で30分だけ時間をいただき、この第2条2項や第4条、和光市の介護保険制度の基本方針を説明するために、たくさんの方のエネルギーを使ってきました。自治会に入っていない世帯もあるので、マンション管理組合など介護保険に全く関係ない団体の総会でも説明の時間をいただきたいとお願いしました。後期高齢者のお子さんたちの新しい世代が増えてきているので、今またこの出前講座が増えています。和光市のケアマネジャーや地域包括支援センターの職員は、これを漫画やパワーポイントを使って自分なりに説明し、市民の皆さんはリハビリの重要性やその意義などを十分に理解、納得した上で、運動機能向上などに取り組んでいただいています。

## **② 和光市コミュニティケア会議での多職種連携**

毎週木曜日に開催されるコミュニティケア会議のコーディネーターは、ふだんは私の部下の係長クラスが行いますが、私は部長になってもプレーイングマネジャーでやらせてほしいと市長にお願いして、月2回ほどは司会進行、コーディネーターをしています。会議メンバーですが、コーディネーター席の隣に在宅に精通した管理栄養士、歯科衛生士、作業療法士、理学療法士、薬剤師などが座ります。今は医師も来ています。また和光市に5つある地域包括支援センターのスタッフ全員が、事務所を閉めて転送電話を持って参加します。コーディネーター席の向かい側に、当該ケース担当のケアマネジャー、ヘルパー、看護師、作業療法士など、担当チームのメンバー数人が並んで座ります。当該ケースのケアの方針をめぐってかなり強い口調で議論しますので、この席のことを被告席などと言う人がいますが、そんなことは全然ありません。市民の命を守っているのです。生活の場の課題解決をめざして、自立できない個人因子や環境因子について緊張感を持って徹底的に整理し、医療や介護、権利擁護について検討しながら1件につき20分間でケアプランの応援をしていきます。

例えば医療と介護がうまく連携できていないケースでは、お医者さんにどういったことを聞けばいいのか、またどのような訪問看護を入れたらいいかなどの議論をします。あるいは、糖尿病だが家で食べた量がわからないという課題が出ます。通常は食物表を見ながら1500カロリー食べてねとアドバイスされることが少なくないと思います。しかし在宅に精通したコミュニティケア会議に関わる管理栄養士さんは、家にある食器を何個か持って来るように言い、ランチョンマットの上に主菜、副菜、ご飯の食器を置きます。そし

て半分盛りだったら幾ら、4分の1だったら幾らというようにきちんと見てあげてとヘルパーさんなど担当者に助言します。在宅に精通した人がアドバイザーの中において、在宅介護・医療のケアプラン作成を応援することが重要だということです。

### **③ 生活困窮者、障害者、子育て支援への広がり**

このコミュニティケア会議の手法を今、生活困窮、障害者福祉、子ども・子育て支援のネウボラでも使っています。

障害者福祉を例に説明すると、障害者総合支援法の施行により、2015年3月31日までに全員にケアプラン(サービス等利用計画)をつくらなければいけなかったのですが、全国ではセルフプラン(本人、家族、支援者等が作成)で作成したところもあったと思います。和光市ではケアプランは相談支援事業所の障害ケアマネジャーがすべてを作り、ケア会議で調整しました。

例えば知的障害のある30歳ぐらいの方で、ホルモン異常などによる極端な肥満のケースでは、将来脳卒中になるおそれもあるので、知的障害者本人の就労支援Bのケアプランの中に、管理栄養士による栄養マネジメントを入れた配食サービスの導入が検討され、薬剤師からは、ホルモン系の薬の量のアドバイスをもらいました。一方、同居しているお母さんもお年を召していたので、亡くなった後のことも考えて、本人にはグループホームに入居いただき、月曜から金曜までは栄養マネジメントを受けながらグループホームから就労支援Bに通い、土日は親のところに帰るというプランを作りました。それを積み重ねて、将来的にはグループホームで自立してもらうようにしました。このように、障害分野でもケアマネジメント支援を行っています。

なお、コミュニティケア会議では生活課題の解決を最後までめざしますが、既存の国の制度や和光市の独自サービスなどを使っても解決できないことが必ずあります。そのとき、新たに市の支援サービスをつくるのか、NPOに協力してもらってボランティアなサービスをつくるのかというサービス開発の課題も出てきます。これを私たちは地域課題と呼んでいて、この観点を常に持ちながら会議を運営しています。

### **④ コミュニティケア会議のOJT効果**

月2回、第2・第4の木曜日の会議では、午前中が高齢者、午後が障害者や子どものケースを検討し、調整しますが、この会議には地域包括支援センター職員が全員出席しています。それはオン・ザ・ジョブ・トレーニング(OJT)の効果が非常に高いからです。特に認知症ケアプランなどは全件を提出してもらいます。また、要介護認定の更新のときの状態像と直近で使ったサービスに不具合があると思われるケアプランも会議で検討します。介護予防のケースについては絶対数が少ないこともあり、全件を会議で検討します。

全国では特養入居希望者の待機人数の多さが問題になっていますが、和光市では地域包

括ケアの実践により、24時間定期巡回の希望が多く待機が生じています。このようにニーズの高い24時間定期巡回や認知症のケアプランの調整の検討がされる現場を、地域包括支援センターの職員が実際に見てOJTにより自分のケースに活かされるのです。それが次に、圏域の中にいるケアマネジャーさんたちに承継されていきます。

和光市には市町村の基本方針にもとづいた独自サービスがあります。従って、国や職能団体の研修だけでは十分でないこともあるので、和光市はケアマネジャーや介護サービス事業者に対して独自に座学を実施し、頭で理解したら次にそれを実際にできるようにするためにケア会議でOJTを行い、「わかる」から「できる」になっていただきます。

要介護5になって寝たきりになっても飲み込む機能が残っていたら、高齢者の尊厳とQOLを上げるために、嚥下機能を維持するためのケアとして、ベッドを1日10回から30回ジャッキアップして、水分を少しずつ何回にも分けて摂取し、残存している機能の予防も行います。こうして市民に質の高いケアマネジメントが提供され、要介護4・5でも在宅で過ごせることにつながります。

また、和光市では、現場の第一線で働いている人を対象にした事業者連絡会を開催していますが、現場の方が会社の考えと和光市の方針の間に挟まれて仕事がしづらくならないように、株式会社の社長や社福の理事長などのトップセミナー型の事業者連絡会も開催し、市の方針などを十分に理解してもらうようにしています。新たに採用された職員や事業所の新人の方には、いきなり要介護4・5の重度の事例ではなく、まずは和光市の介護予防事業に参加してもらい、介護の楽しさを覚えていただきます。介護職員の離職率が今全国では高いといわれています。和光市では約10%を切る状況です。事業者があまり乱立しないように、計画的に進めていることも理由の一つですが、高齢者を元気にするために自分が行ったことが確実に結果に現れ、チームで共有でき、達成感を持っていることが影響していると思います。

#### **⑤ ケアマネジメントの一元化をめざして**

和光市では平成30（2018）年のケアマネジメントの一元化をめざして、中央コミュニティケア会議に高齢者、障害、子ども、生活困窮の四つの部会を設け、北、中央、南の三エリアには、高齢者のための地域包括支援センター、障害者・障害児のための地域生活支援センター、子ども子育て支援のための子育て世代包括支援センター、生活困窮者のための「くらし・仕事相談センター」を統合センターとして作る計画を持っています。既に生活保護率の低下が始まっていますが、それぞれが必要に応じて連携しながら一つ一つケアプランをつくり、支援していくことをめざしています。

和光市では長寿あんしんプランと同列のものとして、障害福祉、子ども・子育て支援、生活困窮者の計画をつくり、日常生活圏域ごとのニーズ調査をどの計画でも行うことにしています。一方、和光市社会福祉協議会では、自助・互助の強化と地区社協の再生を図る

ための計画を市の地域福祉計画と一体的につくりました。こうして和光市の保健福祉諸計画の整合性を持たせながら、和光市民に対する地域包括ケアマネジメントを一元的に提供できるように現在実行しているところです。

ご清聴ありがとうございました。

## 6. 質疑応答

【質問】 先週の講義では大牟田市の認知症サポーターのお話がありましたが、自治体が市民参加を促す際に、市民講座が入り口になり市民の意識を高めていくのでしょうか。

【東内】 和光市ではニーズ調査により地域ごとに認知症の方の人数を把握し、人数の多い地域から認知症サポーターを公募して養成します。研修ではまずアセスメント訓練を行います。課題抽出能力を身につけるため、例えば自宅の靴の散らかり具合などから生活後退度を見てもらいます。研修後、最初の仕事がニーズ調査未回収のお宅への訪問です。訪問に行って初めて課題がわかり、地域にも顔が広くなり、この方なら相談ができると思ってもらえるようになります。また、認知症サポーターには閉じこもり予防事業などのスタッフになっていただきます。この場合、年間1万円のボランティアポイントがクオカードでつきます。これまでの受講者は1000人近くですが、主要メンバーは約120人いて、認知症サポーター、介護予防サポーターとして活躍しています。

【質問】 コミュニティケア会議が重要だと思いましたが、四つの部会の活動内容と、若者対策を含めて今後の取り組みの方向性をお伺いします。

【東内】 障害部会は全く高齢者部会と同じですが、親が亡くなった後の権利擁護や、誰を後見人にするかなども検討します。また、子ども部会は、親支援と子支援が混じっているのをそこを整理し、子どもの権利や生活支援を調整します。生活困窮部会は生活困窮者自立支援の活動ですが、若者支援にも関連します。和光市では健診案内を送付しても健診に来ない方を訪問しますが、そこで若者のニートの方にアプローチする機会があります。また、会社を辞めて国保の加入手続きに来たときにもアセスメントします。全く当てがなくて辞めてしまっているケースであれば、ハローワークとは少し違った相談に乗ってくれるところとして、くらし・仕事相談センターを紹介します。現在、くらし・仕事相談センターを通じて就職する先は、福祉、介護、医療関係が多いです。これは意識的に市内の介護福祉の就職先を開拓したからです。例えばグループホームのヘルパー、給食の調理員、送迎サービスなど様々な仕事があります。こうして和光市が支払う介護報酬が、就労支援による就職者の給料になり、まちづくり、社会保障による循環が生まれ、若者支援につながっていきます。

<文責：全労済協会調査研究部>