

## 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

埼玉県和光市保健福祉部長 東内 京一

### はじめに

和光市は人口 8 万人です。横浜は 300 万人を超えています。そうすると単純な見方をする方は、小さい市だから、和光市だからできたと言われることがあるのですが、そうではありません。私の基本的な考えは、中学校区レベルの政策・施策、そして公民協働です。中学校区は市が大きくても小さくても変わらないわけです。ぜひそのことを念頭に置いていただき、和光市での取組みをご紹介します。

介護保険制度が 2000 年にスタートし、第 3 期の 2006 年に地域包括支援センターや、予防給付という要支援 1 と 2 ができました。予防給付が加わったことで、少なくとも要介護認定者数が減っていかなかったら意味がないのですが、皆さん知ってのごとく、認定者は高齢者人口の上昇と相関するように増えていきました。和光市は、介護保険スタート当初から介護予防に力を入れ、認定率も下げてきました。そうした市町村から言うと、2015 年度の介護保険制度改定で要支援 1・2 の予防給付がなくなるというのは非常に残念でした。そして一番被害を受けるのは、市民の方です。介護保険は、地方分権の試金石とか地域主権と言われている中で、公務員の役割としてこの問題を公民連携協働で取り組んでいくことが一番大事だと考えています。

### 重要なのは高齢者が生活の質や尊厳を保つこと

要介護度別認定者のうち要支援 1 から要介護 1 の方の割合が、国のデータで 46.7% (2013 年度) です。要介護 2 からは脳卒中の方が多くなり、認知症の重度化が始まってきます。介護予防は、この内いわゆる生活不活発 (注) とされる軽度認定者において、特に効果が期待されます。介護予防では軽度認定者がもう一度自立になれるという予防と、元気な方が要介護状態にならないという二つの要素がありますが、これらは地域力で支えられるところが多いといえます。

和光市は要支援 1、2 と要介護 1 の割合が 38.1% (2014 年度) です。その中で要介護 1 が 76% を占めるのですが、それは要介護 3 や 2 の方が 1 に改善する人が多いことによります。また、要支援 1・2 から自立する方が、年間で 40% ぐらいいます。その自立した人が行くところが二次予防対象者事業 (要介護状態・要支援状態にはないが、そのおそれがあると考えられ

る 65 歳以上の人を対象として実施するサービス) です。和光市ではそれを平成 27 年度から地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業でやっています。重要なのは要支援 1 とか 2、もしくは二次予防対象者が、地域のさまざまなサービスを利用しながら生活して、できるだけ要介護状態にならないということが、高齢者の QOL (生活の質) や尊厳を保てる私は信じています。そして、そういうことが地域毎に行われることが重要だと思います。

私は、無理やりサービスを切るとか、認定審査を厳しくするなんていうことは言語道断だと思っています。元気になる可能性のある方には元気になるためのケアプランを二つ三つ提示して、それを選択してもらっています。それが、利用者本位の自己決定です。そういうことをケアマネジャーの方などと一緒に 2003 年から進めています。

### 自宅で生活を続けていくための多様なサービス

例えば、要介護 4、5 で一人暮らしの方がいたとします。認知症はないですが、人工透析で週 3 日病院に行く必要がある。そうすると通常は透析専門病院や診療所併設の有料老人ホームに入所することも少なくないと思います。でも和光市の場合は、在宅で 24 時間定期巡回訪問介護看護サービスが 1 日 8 回入るプランを作ります。透析には家の介護ベッドから外来で透析が受けられる病院まで、ベッド to ベッドの送迎をします。そして食事はたんぱく質を調整した嚥下食を届けるようにすることで、在宅を選んでもらうことができます。さらにそれらのサービスが入らないときは、地域のいわゆる介護予防サポーターのような見守りをしてくれる人たちが希望した日時に声掛けをすとか、傾聴や読み聞かせのボランティアが行くようなことをプラン化しています。非該当レベルの軽度者の方は、これらを自費で活用すれば、自治体や介護保険のサービスがなくても自宅で生活できます。在宅生活を継続するには、地域に一食 400 円で一定程度のカロリーがとれる配食弁当があっていいわけです。

和光市では、介護保険料に約 300 円上乘せし、施設に依存しない多様な在宅支援メニューの一つとして、和光市独自の 3 つの保険給付 (紙おむつ、配食、送迎サービス) を行っています。A さん B さんの個別の課題を解決していくことが重要で、その積み上げによって地

域課題がはじめて解決するという事です。介護保険制度はそういうことが、本当はできるのだという認識を上げたいと思っています。

#### 要望対応型行政から課題解決型行政へ

2015年度の和光市の高齢者人口全体に占める要介護認定者の割合（認定率）は9.4%、全国平均は18.2%です。埼玉県はまだ若いので県平均が14.3%ですが、全国でも1、2に団塊の世代の方が多く、今後も人口は爆発的に増えていくことが予測されます。和光市は全国の半分ぐらいですが、2000年に介護保険始まってから2003年までは、県を上回る勢いで要介護認定が増えていました。

介護保険事業計画の策定にあたっては、これまで要望や利用意向等にだけ対応することが多かったのですが、私は、十分な調査もせず根拠もなしに場当たり的に対応する「要望対応型行政」ではなく、データ等の根拠に基づいて適切な施策を行う「課題解決型行政」が必要だと思います。

要望・意向だけを重視すると、確かに瞬間的には対応できるかもしれませんが、長期的視点に立った解決は難しくなります。課題解決型行政では、目の前の要望・意向に応えるだけでなく、行政が何をやるんだということが問われます。企画提案にあたってはパブリックコメントなどで、市民にいろんな意見を聞きます。そして今までやっていたNPO活動の一部や大幅な変更してもらおうなど、いわゆる要望対応型行政から課題解決型行政に変わっていくというスタンスです。そういうことの積み上げをやっていくときにデータは生きてきます。

#### 高齢者の生活課題の把握からマクロの計画策定

介護保険事業計画はマクロ的な政策、そしてNPOが関わったAさんBさんといった個々の生活支援等はミクロ的な支援です。このマクロとミクロを一体的に動かすためには、まずわがまちの課題を知る必要があります。

「自分が要介護状態になったらどんなサービスを使いたいですか」と聞いたら、恐らく皆さんデイサービスと訪問介護と特養に丸を付けますよね。それは24時間定期巡回訪問介護看護サービスや小規模多機能型居宅介護サービスを知らないからです。こうして地域の実態と全然違うアンケート結果を基に整備しようとするのは、そもそも間違いだと思っています。

和光市は生活圏域ニーズ調査において生活課題を聞いて高齢者の課題を把握します。どのような身体状態の人が、どのような生活環境のもとで、どの程度暮らしているかという記名式のアンケート調査で、回答が

ない高齢者のもとへは、介護予防サポーターやヘルプサポーターが個別に訪問して、全対象者の把握をします。そのうえで課題を解決するサービスだけを整備していけばいいんです。こういう経過を経て、介護保険制度だけでなくNPO等の考え方やあり方、医療保険の在宅サービス、住まい関係、さまざまな生活支援、権利擁護事業等が一体的でないと、個別の課題は解決できないという実態が分かったんです。

#### 開かれた施設がリスク発見の場となる

和光市は地域支援事業を2015年4月からスタートしましたが、市民は介護保険の要支援1・2のデイサービスとホームヘルプがなくなった感覚が全く分かりません。事業者の方は介護保険の指定ではなく、和光市の総合事業の指定に切り替わり、国保連合会への請求が介護報酬ではなく市の委託料負担金に変わっただけです。和光市では、デイサービスの介護報酬が新総合事業に変わっても介護報酬の額から4%しか落としていません。市民にとって最善で事業者も損益分岐を超え、行政としても財政効果があります。どこかだけが良くなるなんて私からしたら自己満足です。全体が良くなっていくことが皆さんの言うコミュニティ・オプティマム福祉だと思います。

地図上に基盤整備が見える化した「和光市長寿あんしんランドデザイン」には、ほとんどの中学校区で地域密着型の小規模多機能型居宅介護とグループホームが併設しています。小規模多機能は基本的に認知症の方が25名くらいが利用しています。小規模多機能の利用者の状態が悪化したら、同じエリアのグループホームに入ってもらいます。それらは歩いて行ける距離にあります。家には住めないけど、自分が通勤していたり買い物していた地区への転居だったら許してくださいという感覚です。基本的に認知症の方は軽度認知障害（MCI）から認知症の周辺症状（BPSD）まで絶対市内で生活することを完結していこうという方針を持っています。また小規模多機能型居宅介護やグループホームなどの一部にはパブリックスペースという地域交流スペースを必ず設けています。それらは全部民間の介護事業者が建て、地域交流スペースは和光市のサポーターや和光市にある昔からやっているNPOが運営し、介護予防のための取り組みをやっていただいています。ただお茶飲みに来て、楽しんだけど廃用症候群が進んでしまっただけでは駄目です。そこはやはりリスク発見の場でもないといけません。そういう理解があるから、施設のにも開かれたところになる。それが地域にちりばめられてあるんです。こうした中で、元気な高齢者から要介護5までのサービスがあるのです。

### 介護保険制度の本旨は

介護保険法の中で重要なのは、皆さんが取り組んでいる参加型であるとか、公民協働だと思います。介護保険制度はきちんとやれば公民協働の推進とか自助・互助の組織をつくりやすいものなんです。介護保険法の第1条には、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」という目的と権利が書いてあります。第2条2項はあまり知られていませんが、「保険給付は要介護状態の軽減または悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない」としています。そして第4条には、「要介護状態となった場合においても進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用して、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と、努力義務です。権利があったら努力義務がある。これを市民、家族の方に理解してもらわないで、介護保険制度がうまく回るのかということです。自分の力、ご近所力、保健所の力、それが全部一緒になって、はじめて市の政策なのです。これまで市のサービスも法定サービスもNPOの皆さんも含め、一元化してやっていきましょうとお話をして進めてきました。高齢者の方の課題を見つけたときに、法定サービスなのか生活保護なのか、それとも地域のNPOの部分でいいのかということを実践してきたということです。

### コミュニティケア会議と人材育成

和光市のコミュニティケア会議は、マクロの計画とミクロのケアマネジメントをつなぐ多制度他職種を連結する場です。だから必然的にケアマネジャーのプランのブラッシュアップが進みます。また、この会議はAさんBさんのオーダーメイドのケアプランを応援する一方、参加している人に対してオン・ザ・ジョブ・トレーニング(OJT)ができることが特徴です。だから和光市は介護保険の24時間定期巡回訪問介護看護サービスを導入したケアプランの導入が早くできました。そういう意味で私は会議と人材育成は一緒かなと思っています。

コミュニティケア会議では保険者がコーディネーターを務め、地域包括支援センターの全職員および管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、薬剤師などの外部助言者、検討するケースのケアマネジャー、介護サービス事業所担当者などが参加します。また、必要に応じて市役所の関係各課や地域のインフォーマルサービスの関係者も参加します。

AさんBさんの個々の課題に対し、サービス担当者

会議を行った後、ケース調整がうまくいかないなど不具合がある場合に、この「中央コミュニティケア会議」の中で検討が行われていきます。だからうまくいっているケースは会議には取りあげません。ケースの中には、和光市のサービスや介護保険で解決できないことが必ず出てきます。コミュニティケア会議ではそれをどうやって解決するかという話し合いが中心です。地域団体の人と行政が一緒に対応する、または地域だけでやっていく、民生委員さんが対応する、いやこれは和光市が新年度予算組んでやりますということを検討しながら地域の課題として解決していきます。

### 相談から解決までをワンストップで

こうした実績を踏まえて和光市は、2017年度末には日常生活圏域に高齢者の地域包括支援センター、子ども・子育て支援事業(子育て世代包括支援センター)、障害者の地域生活支援センター、生活困窮者自立支援法のセンターなど全部を一元化した統合センターをつくる予定です。ワンストップでさまざまな相談を受けて、インテグレーション(統合した解決)していくイメージです。既にコミュニティケア会議は統合型でやっています。

2018年を目指して今取り掛かっている一元化構想は、妊娠期の母子手帳を交付した段階から、産前・産後に係る身体的・精神的及び経済的な課題、障害児等のところまで課題解決に資するマネジメントとサービス整備—子育て支援でいったらホームスタート(家庭訪問型の子育て支援)とかファミリーサポートなど互助的なサービスを含めて必要なサービスを一元的に提供することです。

このように自助・互助、共助・公助を高齢者、障がい、子ども、生活困窮、健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)まで全部同じように取り組んでいます。ニーズ調査はあらゆる対象に対してやります。全国では社会福祉協議会にもいろんな動きがありますが、和光市では市の地域福祉計画と社会福祉協議会の地域福祉活動計画を一体的に作ることで、重なるところを作って、縦割りが起こらないようにしています。要支援1で介護保険サービスを卒業、地域支援事業のサービスによりさらに自立度が上がった人には、福祉コーディネーターがシルバー人材支援センターとか地域の団体さんがやっているところにいくようなプランを作っています。和光市の保険福祉諸計画として、タテの部分もヨコの部分も統合してやっていくスタンスが、和光市では一定程度実現されてきたところです。

(とうないきょういち)

注)生活不活発病(廃用症候群):安静状態が長期に渡って続く事によって起こる、さまざまな心身の機能低下等を指す