

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 と地域ケア会議のあり方

和光市保健福祉部長 東内京一

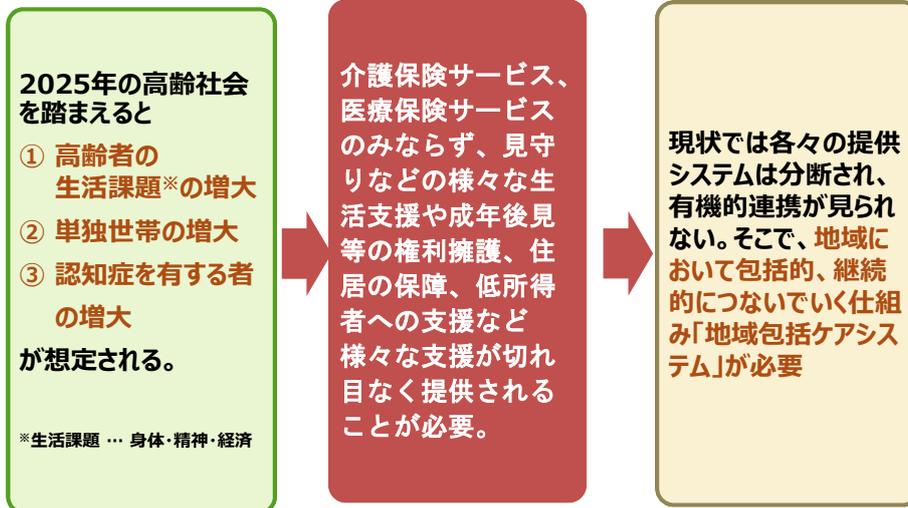
1

地域包括ケアシステム について

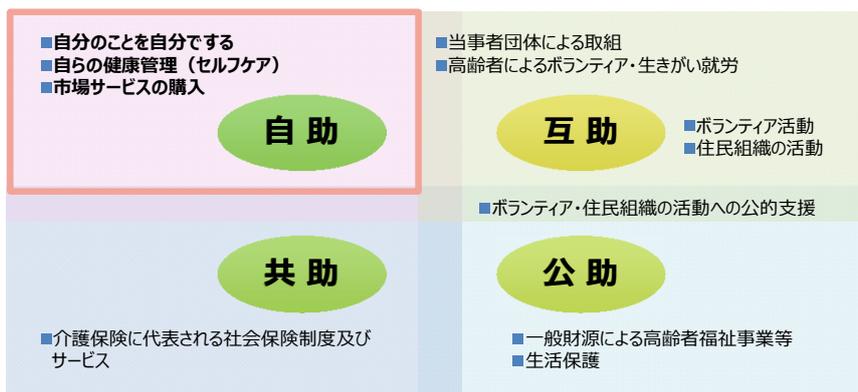
～介護予防と重症化予防～

6

地域包括ケアが求められる理由【在宅・予防視点】



「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



- 費用負担による区分
- 時代や地域による違い

和光市とはどんな所？

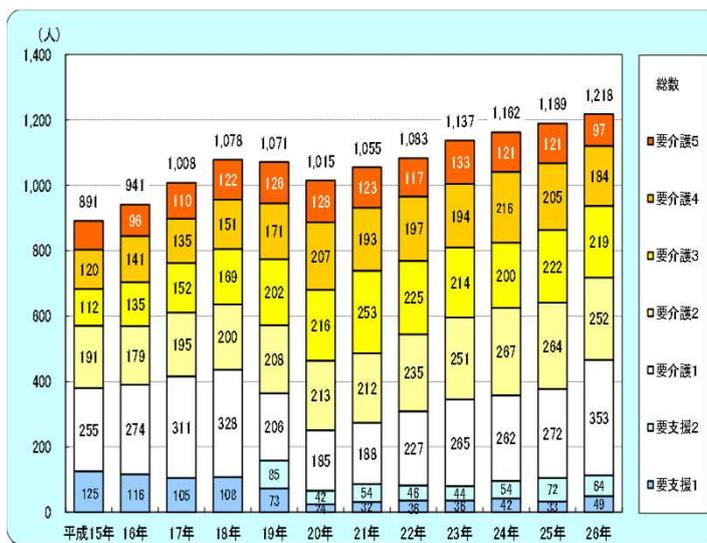


和光市 わこうし	
都道府県	埼玉県
面積	11.04km ²
総人口	80,546人 2016年3月31日
隣接自治体	埼玉県：朝霞市、戸田市 東京都：板橋区、練馬区

和光市

高齢化率：17.4% (H28年3月末)

和光市の要介護（要支援）認定の状況

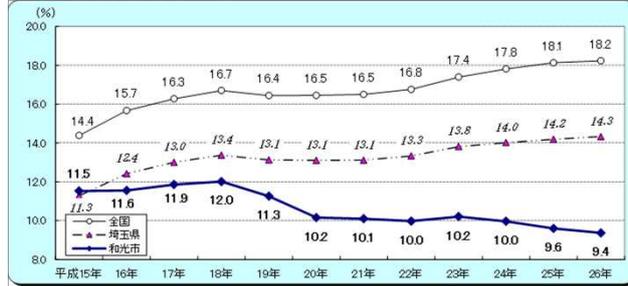


26年度 構成比	
合計	100%
要介護5	8.0%
要介護4	15.1%
要介護3	18.0%
要介護2	20.6%
要介護1	28.9%
要支援2	5.2%
要支援1	4.0%

38.1%

介護予防の効果と市民理解(和光市)

図表 要介護(要支援)認定率の推移

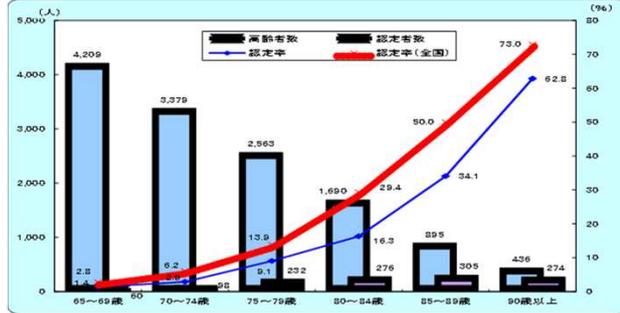


本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防の効果により要介護認定率は低く安定している。第5期中には減少傾向となっている。

特別給付等の投入効果
地域支援事業の効果等
和光における自立支援型
マネジメントの効果が顕著
に現れたと考察する

また、5歳刻みの各年齢別
階層においても認定率は全
国を下回っている。とりわけ
80～89歳以上では、10%
以上低率となっている。

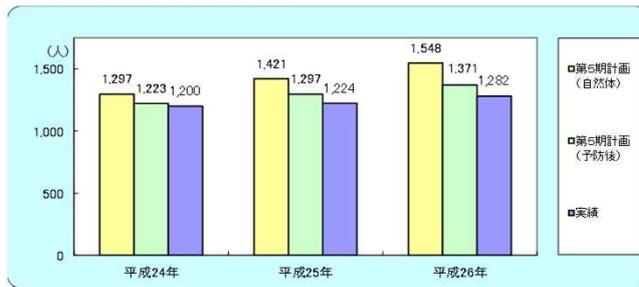
図表: 年齢階級別認定率



16

介護予防の効果と認定者推計

図表 5期 認定者数の推移(計画と実績の比較)

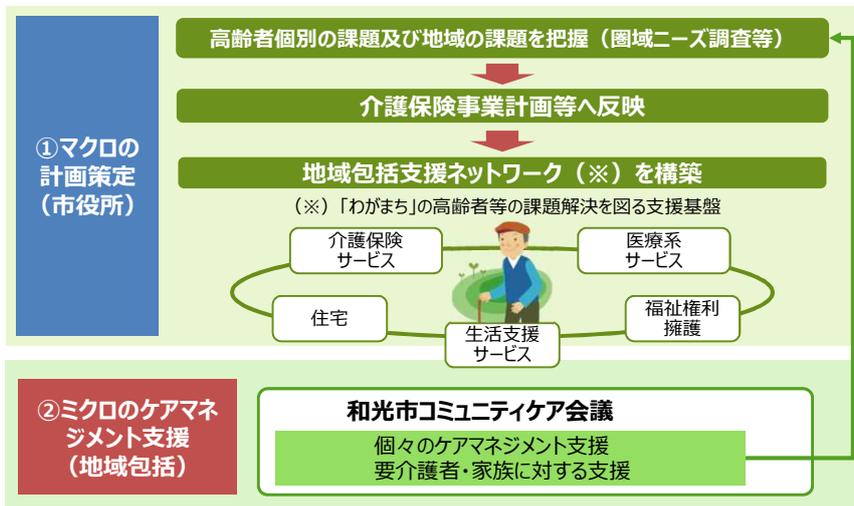


図表 第6期 要介護(要支援)認定者数の推計(自然体→予防後)

区分	自然体			予防後		
	27年度	28年度	29年度	27年度	28年度	29年度
要介護(要支援)認定者数	1,369	1,441	1,520	1,342	1,411	1,490
要支援1	53	56	59	52	54	57
要支援2	76	80	84	77	81	86
要介護1	371	390	411	396	416	437
要介護2	295	312	329	304	322	339
要介護3	235	247	263	216	227	241
要介護4	211	222	233	188	197	208
要介護5	128	134	141	109	115	121

17

和光市の地域包括ケアシステムの構築



19

医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業 (支援) 計画の策定

■ 地域包括ケアの実現を目指すため、第6期計画 (平成27~29年度) では次の取組を推進。

- 日常生活圏域二重調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
- 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域二重調査

(郵送 + 未回収者への訪問による調査)

- どの圏域に
- どのようなニーズをもった高齢者が
- どの程度生活しているのか

調査項目 (例)

- 身体機能・日常生活機能 (ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

地域の課題や必要となるサービスを把握・分析

介護保険事業 (支援) 計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業 (市町村)
- 介護人材の確保策 (都道府県) など



地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

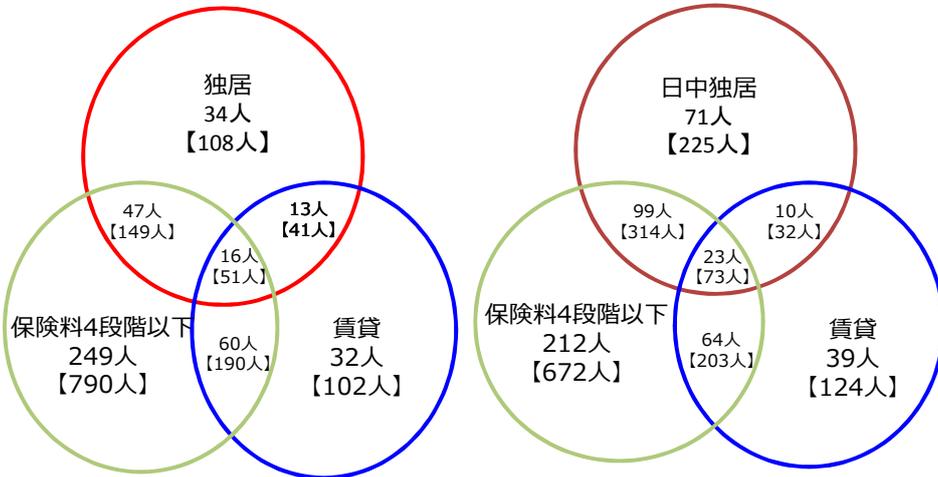
- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

21

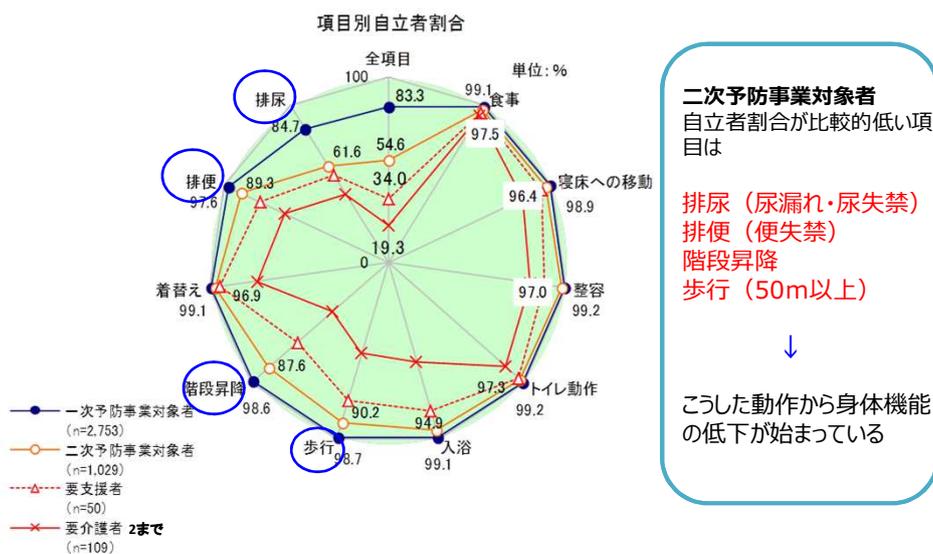
認知機能リスク者の属性別内訳 (認知症自立度レベル1以上)

①独居・低所得・賃貸住宅

②日中独居・低所得・賃貸住宅



高齢者の状態別日常生活動作 (ADL) の推移グラフ



＜第6期 基本方針＞

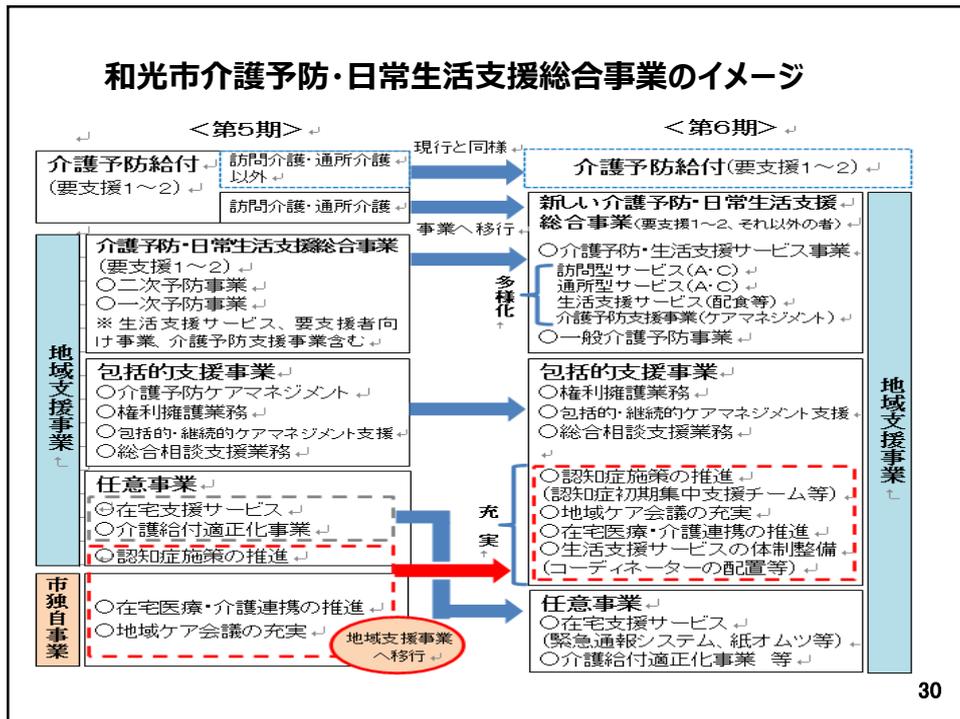
- ①「介護予防」及び「要介護度の重度化予防」による自立支援の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携及び施設や病院における入退院時の連携を、I C Tの活用とコミュニティケア会議により高次化することによる在宅介護の限界点の向上
- ③地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた地域密着型サービス拠点の整備と地域における互助力の充実を図ることによる、サービス提供事業者と地域互助力との協働による介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- ④地域及び個人の課題を解決するための地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進と、さらなる機能化
- ⑤認知症を発症しても地域で暮らし続けられるよう、認知症高齢者の全ての状態に対応することができる地域体制の構築
- ⑥高齢者介護・障害者福祉・子ども子育て支援・生活困窮者施策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」の設置による「地域包括ケアシステムの包括化」の実現

27

和光市の市町村特別給付と一般高齢者施策

- **特別給付（法定給付同様に指定基準による事業者指定）**
 - 食の自立栄養改善サービス（栄養マネジメント付き配食等）
 - 地域送迎サービス（有償運送特区活用 ベッドからベッド）
 - 紙おむつ等サービス（パッド、フラット型、周辺商品）
- **地域支援事業 介護予防・総合生活支援事業導入**
- **一般高齢者施策（介護保険制度を効果的に支援する）**
 - 住宅改修支援事業（法定住宅改修に50万円の上乗せ横だし）
 - 家賃助成事業（G H、計画に位置づけたサ高住等）
 - その他（利用料助成、住み替え家賃差額助成等）

28



和光市介護予防・日常生活支援総合事業①

<訪問型サービスA・C>

費用額 (千円)

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
訪問型A	市内訪問介護事業者・8事業者	4,413	4,611	4,852
訪問型C	栄養マネジメント	3,162	3,305	3,477
	口腔ケアステーション	510	534	561
	介護予防ヘルプ	2,538	2,652	2,791

※介護予防・日常生活支援総合事業対象者
要支援1~2、それ以外の者

A: 基準を緩和した従来型(6ヶ月)
C: 短期集中(3ヶ月)

32

和光市介護予防・日常生活支援総合事業②

<通所型サービスA・C>

費用額（千円）

		平成27年度	平成28年度	平成29年度
通所型A	市内通所介護事業者 ・7事業者	19,113	19,978	21,023
通所型C	まちかど健康広場（元気回復教室）	5,399	5,644	5,939
	ふれっしゅらいふ パワーあつぷ（2コース）	4,241	4,433	4,665
	ふれっしゅらいふ 元気あつぷコース	1,597	1,669	1,756
	健康うんどう ふれっしゅらいふ（2コース）	5,497	5,746	6,046
	あくていびていあつぷ	4,453	4,653	4,896
	リーシェすばいだー	2,598	2,716	2,858
	ゆめあいトレーニング	1,680	1,757	1,848
	エンジョイクッキング減量編	435	455	479
	ヘルシーフット	2,545	2,660	2,799
	脳活倶楽部	2,045	2,138	2,250

33

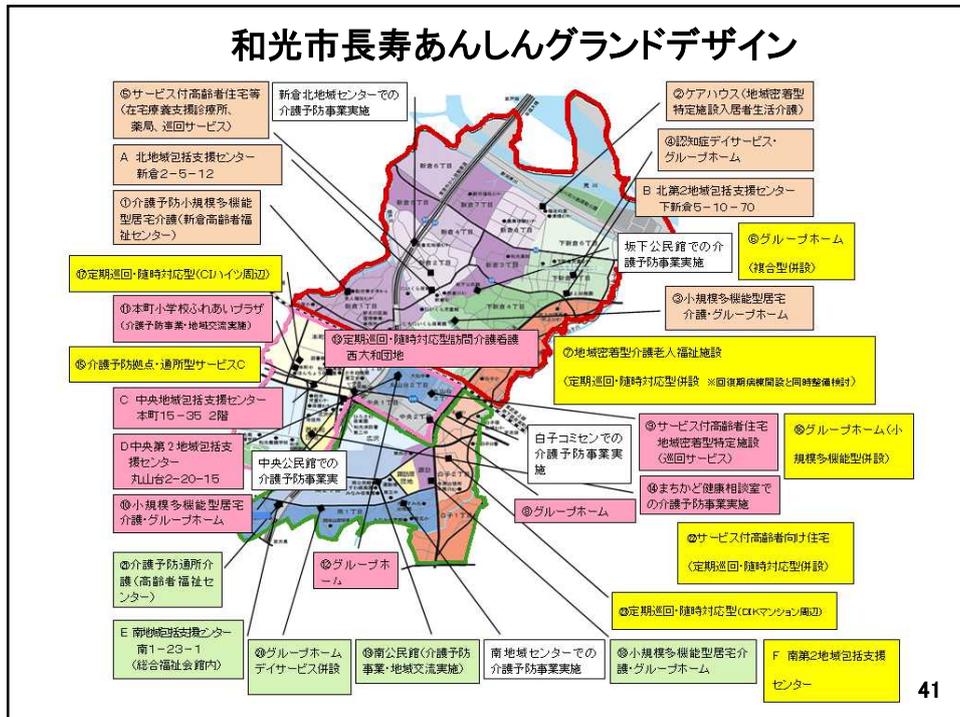
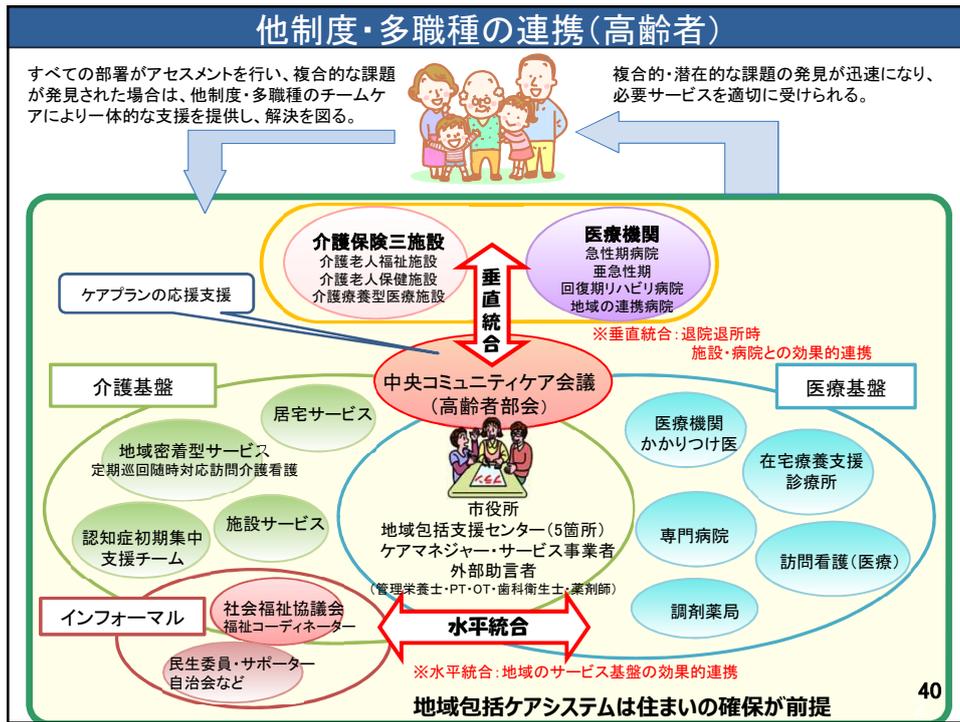
和光市介護予防・日常生活支援総合事業③

<一般介護予防事業>

これまでの一次予防事業が移行

- ・うえるかむ（本町小・南公民館）
- ・うえるかむ（地域密着型施設交流スペース） 7ヶ所
- ・いつまでの元気塾（市内2ヶ所）
- ・サーキットトレーニング
- ・3B体操
- ・あくていびていあつぷ新倉
- ・まちかど健康相談室
- ・喫茶サロン
- ・エンジョイクッキング（男性の料理教室）
- ・介護予防測定会（2回）・足裏測定会
- ・フットケアセミナー 栄養・口腔講座

34



ミクロの ケアマネジメント支援

自立支援型ケアマネジメントとチームケア
～地域ケア会議を活用して～

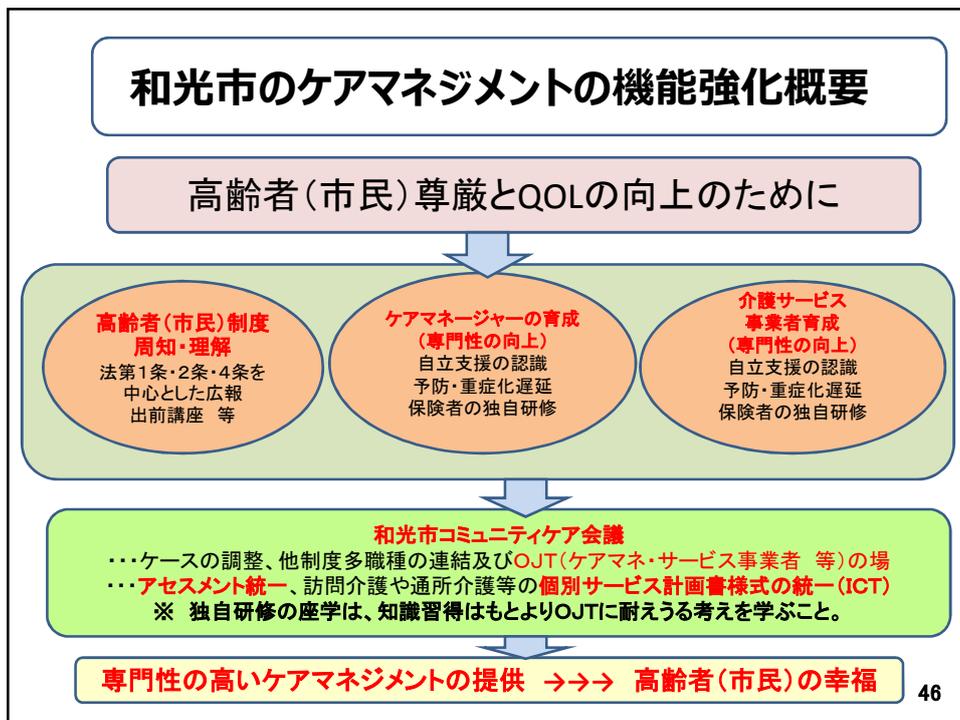
42

和光市コミュニティケア会議



44

コミュニティケア会議	
内容	①地域包括ケアを念頭に置いた自立支援に資する高齢者（市民）に対する ケアプラン等の調整・支援 ②効果的ケアマネジメントの質の向上（ 給付適正効果 ） ③地域包括職員、ケアマネ及びサービス事業者等へのOJTによる専門性の向上 （人材育成） ④他制度・多職種による チームケアの編成支援
参加 メンバー	◆恒常的メンバー 保険者（市）、地域包括支援センター（5か所24人）、 外部からの助言者 （医師・管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師、作業療法士） ◆個別ケースのケアマネはじめサービス担当者 （居宅支援事業者、訪問介護事業者、通所介護事業者等サービス担当者、 グループホームや小規模多機能施設、定期巡回等の地域密着型サービス事業者） ◆個別プランに関係する時のみ参加するメンバー（例） 消費生活相談員等の市役所関係者、成年後見候補者、その他社会資源関係者



個人因子・環境因子（和光市方式）

IADL（生活行為）に対して

■ 個人因子



- ・身体機能・認知機能について
- ・廃用系、疾病等及び性格について
- ・状態回復出来るものか、出来ないものか。

的確なアセス

■ 環境因子



- ・家族や近隣の知人の背景は？
- ・在宅や地域の日常生活動導線は？
- ・かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・生涯生活歴は？

- ※ 接遇・洞察能力を身に付ける
- ※ 他制度を知る・チームの力を生かす
- ※ 経済的因子にも注意を！

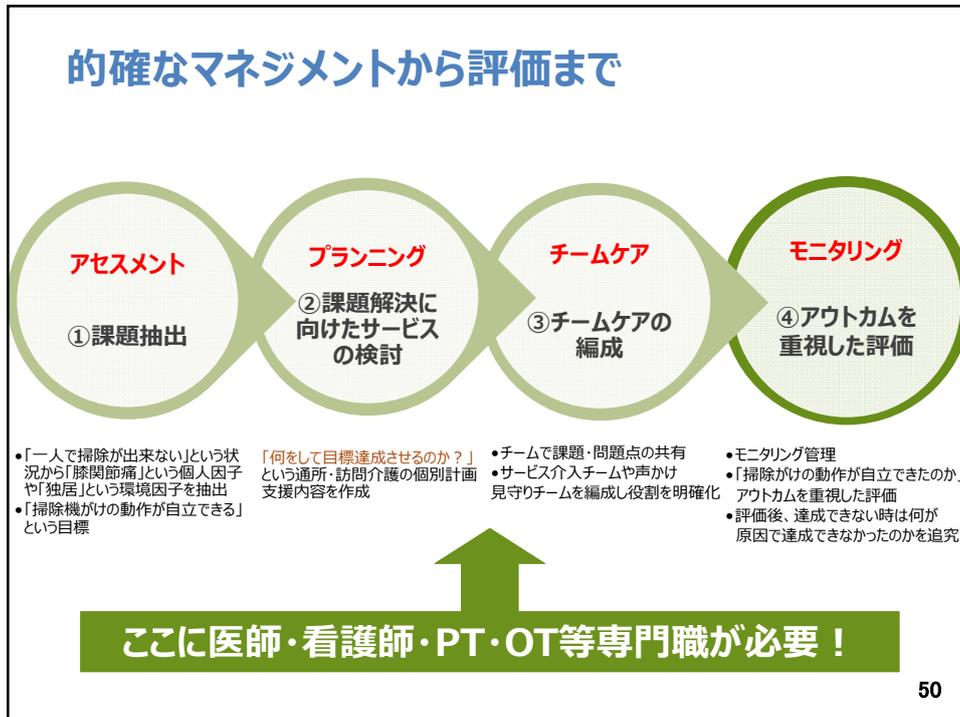
「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

自立度 困難度と改善 可能性 判定	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
	○1	○2	△1	△2	×1	×2

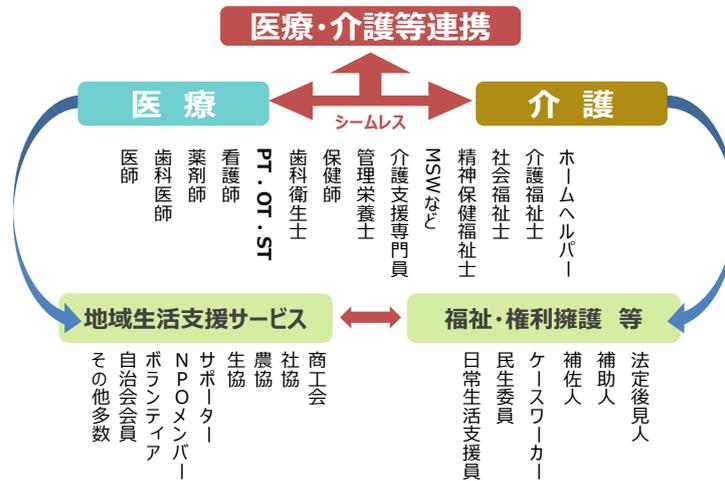
A D L	生活機能	事前	事後予測	備考
	室内歩行	○1		
	屋外歩行	○2		限られた場所のみ。
	外出頻度	△1	→ ○2	デイサービス以外の外出は少ない。
	排泄	○1		
	食事	○1		
	入浴	△1	→ ○2	デイサービス入浴のみになっている。 能力はある。
	着脱衣	○1		

I A D L	掃 除	△1 → ○2	
	洗 濯	○2	大物以外は自立。
	買 物	△1 → ○1	簡単なものは自分で。 他はヘルパーや家族。
	調 理	△2 → ○2	レンジアップ程度は出来る。
	整 理	○1	
	ごみ出し	○1	
	通 院	△1 → ○2	家族付き添い。
	服 薬	○1	
	金銭管理	△1	銀行に行くのは家族に頼む。
	電 話	○2	
	社会参加	△1 → ○2	言語障害軽度、相手が聴き取りにくい。 限られた相手のみ。

49



人的連携の視点



51

和光市コミュニティケア会議（地域ケア会議） 包括的・継続的支援事業タイプ

項目	所要時間	ポイント
(1)プラン作成者より 概要説明	約4分	<ul style="list-style-type: none"> ●現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要） ●【更新プランの場合】前回の支援計画に対しての評価：⇒目標に対して達成か未達成か？ ⇒未達成の場合はその原因は？ ●生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは？ ●上記を踏まえて次期プランの説明 <p>（注）参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点。</p>
(2)事業者から評価、 今後の支援方針	約4分	<ul style="list-style-type: none"> ●居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言
(3)全参加者から 質問、意見	約10分	<ul style="list-style-type: none"> ●参加者は、挙手したうえで発言する。 ●司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。
(4)まとめ	約2分	<ul style="list-style-type: none"> ●司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケア（プラン修正含む）の方針を確認する。 ●介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。

51

