

埼玉県 和光市の取り組み

1

取り組みの背景ー下地づくり(介護予防の取り組み)

1 自立支援の理念の普及

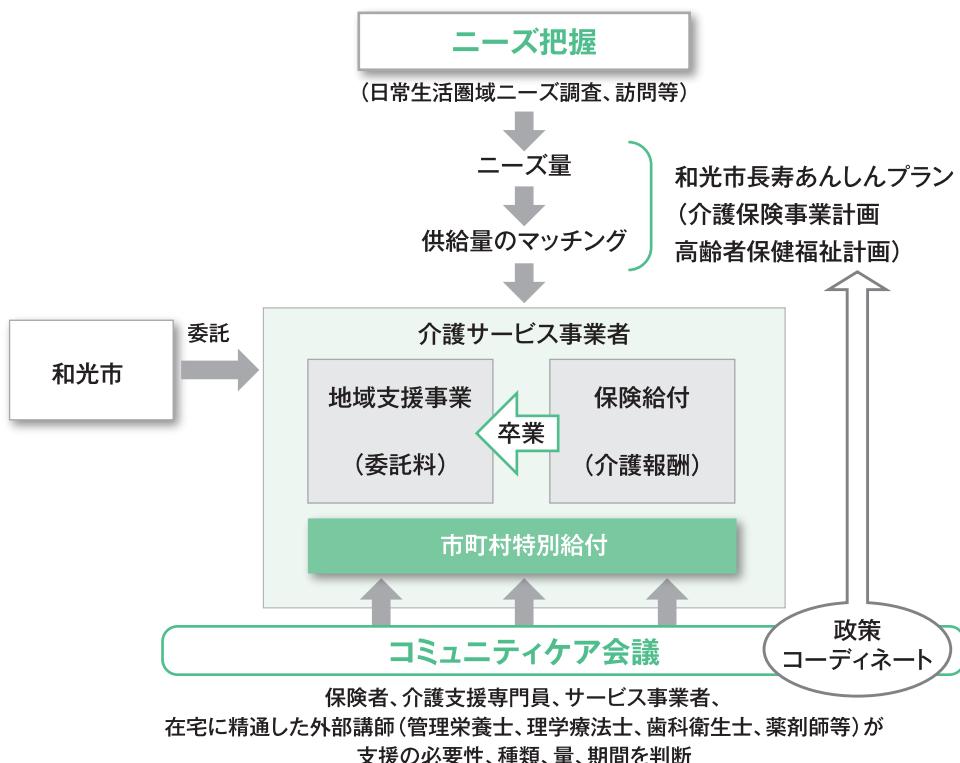
和光市は、介護保険制度の発足当初から、高齢者をはじめ市民や事業者に対し、自立支援の理念を浸透させることに力を注いできた。とりわけ重視してきたのが、介護保険制度に携わる市職員及び介護支援専門員や介護サービス事業者の意識改革である。できなくなっていることは何か、改善の余地はないのか、意欲を高めるためにどう支援するのか、といった自立支援の視点を備えることを徹底している。併せて、理念の実現に向けて、保険給付に独自施策を組み合わせて介護保険制度を運用し、保険給付に依存しにくい構造をつくっている。平成24年度からは、それまでの取り組みを介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)として位置づけるとともに、市町村介護予防強化推進事業(以下、「予防モデル事業」)によりリハ職等の訪問を拡充させた。

2 和光市の自立支援のしくみ

平成15年度から介護保険制度の基礎資料として日常生活圏域ニーズ調査を実施し、民生委員などの地域ネットワークの活用や市の訪問活動により、高齢者の生活状況と支援ニーズを把握。これに基づいて介護サービスの需要を見込み、適切な供給量を確保している。介護サービスの需給バランスを保つことにより、サービス事業者が、利用者を“卒業”させても、次の新規利用者に対応することが可能となり、介護サービスから地域支援事業へ移行する流れが生まれている。自立支援の理念が現実のしくみとして機能するように“和光市に合った介護保険制度”を構築しているのが、和光市の特徴である。

和光市

図1 和光市の介護保険制度



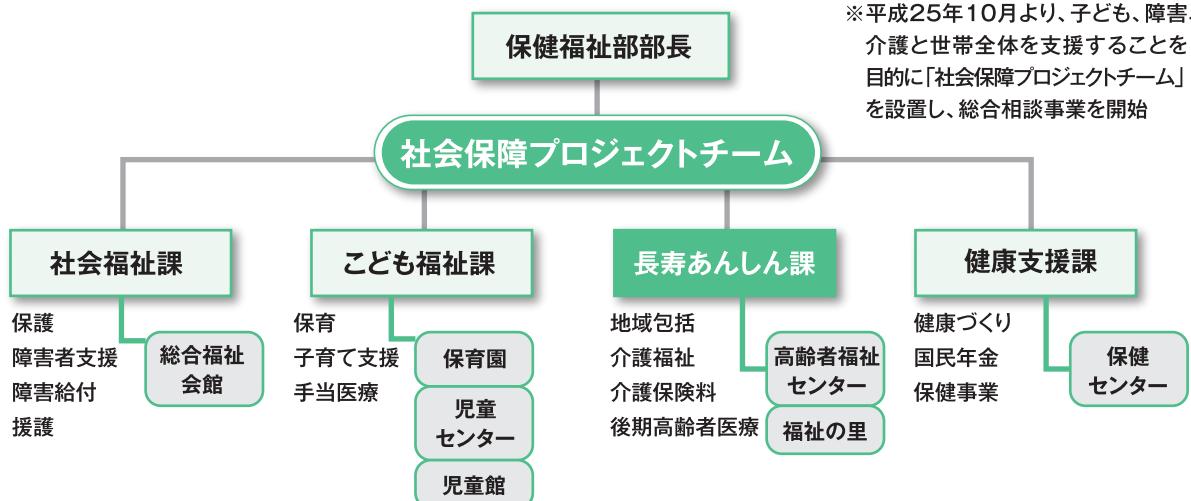
2

和光市の自立支援の全体像

I 実施体制

一課で、高齢者施策全般（保健福祉・介護保険・後期高齢者医療）を所管。日常生活圏域は、3圏域で、地域包括支援センターは民間法人により5か所設置されている。

図2 組織図



和光市

図3 日常生活圏域と地域包括支援センター



		① 北地域包括支援センター	② 北第2地域包括支援センター	③ 中央地域包括支援センター	④ 中央第二地域包括支援センター	⑤ 南地域包括支援センター
地域包括支援センターの基本情報	常勤職員	4人	4人	5人	3.5人	3人
	保健師	1人	1人	1人	1人	1人
	社会福祉士	1人	1人	1人	1人	1人
	主任介護支援専門員	1人	1人	1人	1人	1人
	予防プラン専従職員 (いわゆる“プランナー”)	0人	0人	0人	0人	0人
	介護予防支援業務件数 [*] (うち、外部委託件数)	26件／月 (37件／月)	52件／月 (14件／月)	31件／月 (18件／月)	平成26年1月開設	37件／月 (11件／月)

※介護予防支援業務件数は平成24年度実績。

II 自立支援の実際

1 | 徹底した自立支援の意識付け

保険給付は、自分でできるようになるにつれ漸減するものだということを、まず、本人や家族に理解してもらうことからはじめている。これは、要介護認定の申請からケアマネジメント、サービス利用の各段階において、繰り返し行われ、要介護度が軽くなることが喜ばしいことであるという当たり前の感覚が利用者や家族に備わっていくようになる。

■市職員

要介護認定の申請を受ける段階で、まず、窓口対応する職員は、申請者（本人又は家族）に、ADL（食事、排せつ、外出、入浴等）やIADL（家事など）の状況を詳細に確認し、申請の理由を把握する。この段階で困っている問題を整理して、3か月から6か月後の状態変化を予測して、介護サービスによる解決が適当かどうかを判断。介護サービスにつなぐ場合も、問題が解決されれば、介護サービスを“卒業”することになる（地域支援事業等を紹介）ということを、丁寧に説明する。地域支援事業で支えることが適当であると判断した場合は、地域包括支援センターにつなぐ。

介護サービスで支援することになった場合、認定調査員が、訪問調査を通じて、自宅での生活状況を把握し、困っている問題を具体的に把握。この段階においても、問題が解決すれば、介護サービスは“卒業”することになることを説明している。担当課職員は、誰もが窓口での相談や認定調査の際に、この対応を行うことができるよう職員教育が行われている。（ベテラン職員によるOJT）

■地域包括支援センター

市は、介護サービスよりも地域支援事業による支援が適切であると判断した場合に、地域包括支援センターに連絡。直ちに、地域包括支援センターが訪問し、地域支援事業の豊富なメニューの中からふさわしいものにつないでいる。対応内容は、地域包括支援センターから市へ電話で報告されるとともに、電子化された個人台帳に入力される。この個人台帳は、5か所の地域包括支援センターと市の双方向で入力でき、データベース化されている。

また、介護サービスの利用者に対しては、インタークの段階で介護サービスの“卒業”を意識づけている。

和光市

■サービス事業者

サービスの提供を開始する時点で、到達目標とサービスの内容・実施期間を確認し、目標に到達すれば、サービスが終了することの理解を促している。

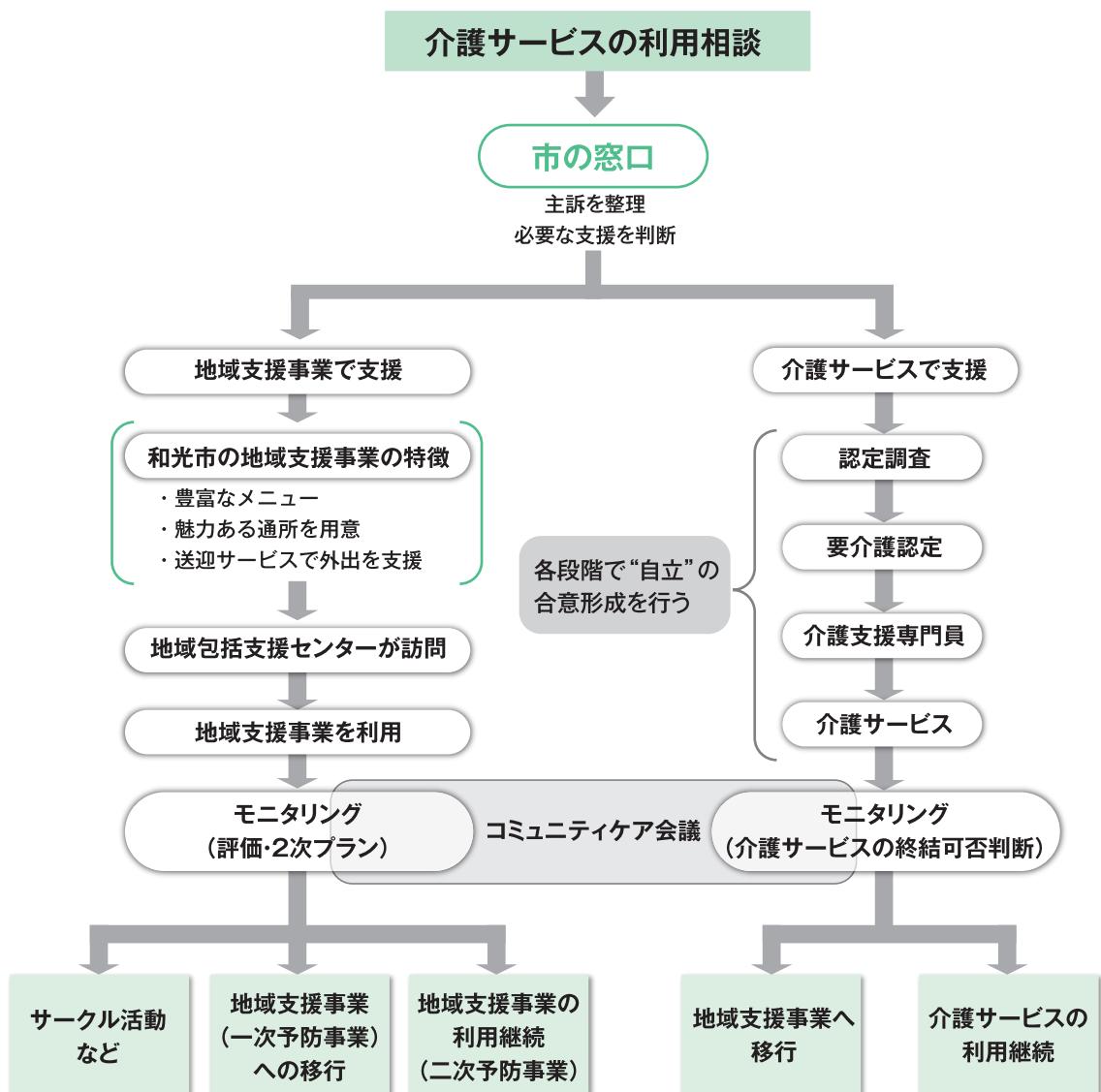
（例）卒業を念頭に置いて通所サービスを開始

通所サービスの導入時に、卒業を見込んだプログラムを設定。例えば、バスの利用を想定してバスステップに見立てた段差の昇降練習を行うなど。通所の利用期間中に、次の行き先の見学や体験をする他、地域支援事業でワンクッション置いて、サークル活動に円滑に移行するなど、きめ細かな対応を行う。

■住民

市民講座や各種イベント等のあらゆる機会を通じて、介護保険制度の理念や“自助・互助・共助”的精神を普及啓発してきた結果、介護保険とはそういうものだという感覚が市民の中に育ってきている。

図4 自立支援の流れ



2 | 介護サービス以外にも豊富なメニューを用意

■高齢者福祉センター

2か所の高齢者福祉センターは、指定管理者制度により、介護予防を重視した公募により決定した株式会社と社会福祉協議会がそれぞれ運営している。いずれも管理者が工夫を凝らし、特色のある事業を展開しており、介護予防事業の拠点施設であり、介護サービスの卒業後の受け皿として機能している。マシントレーニング、運動教室、ヨガなどの運動や、パソコン、英会話等の教養講座、カジノ、ゲーム、囲碁クラブ、料理教室など、数十種類の豊富なメニューが用意されており、興味や関心のあるものを見つけやすい。月曜から土曜までの週6日、9時から16時までオープン。一日に100名程の利用がある。近隣の自治会や婦人会、マンション管理組合、小学校、保育園、PTA等との行事も開催。



▲(プログラムの一例) カジノ

コラム1 介護予防小規模多機能型居宅介護

新倉高齢者福祉センターに併設。認知機能の低下した要支援者に特化して、通いと泊まりと訪問を提供。目標に到達した利用者には、「一日執事券」が渡され、行きたい場所にスタッフが付き添って出かけている。

コラム2 巡回バス

和光市は、高齢者福祉センターの無料送迎バスを1日に2本運行。利用者は、時刻表を確認して、運行ルート上まで歩いて行き、バスを利用して自力で通っている。乗降場所は、フリー乗降。

【ここがポイント!】

利用者が自分でプログラムを選び、巡回バスを利用して参加。自ら外出の行動計画を立てて実行する点が、介護サービスの通所と異なる。これは、高齢者の主体性を引き出すための大重要な要素。

和光市

■市町村特別給付

要支援者等の自立支援のカギとなるのが、移動支援である。介護サービスによって自立度が上がっても、移動手段が無いために、閉じこもりがちになり、再び、自立度が低下する高齢者は少なくない。これを防ぐために、和光市では、市町村特別給付で「和光市高齢者地域送迎サービス費助成事業」を実施。対象者は、要支援・要介護者（このうち要支援1～要介護1は、市長が必要と認めた人）。市が指定した事業者の送迎を利用して通院又は保健福祉施設等に出かける場合の費用を給付。一月40,500円を限度に送迎費用の9割を給付。介護保険法第62条に基づき条例で定めている。

また、二次予防事業対象者で市長が認めた人についても、地域支援事業で同様に助成を実施（一月31,500円を限度に、費用の9割を助成）。

コラム3 ゴミの個別収集

1人でゴミを運べなくなった高齢者には、回収業者にゴミの個別収集を依頼している。ゴミステーションまで運べなくなっても玄関先にゴミを置けば回収してくれるサービスである。

個別収集を利用する際は、住民からの申請をもとに地域包括支援センター職員が訪問で状態を把握し、市が最終判断。通常の市民サービスの中できめ細かな対応をすれば、必ずしもヘルパーの援助でなくともすむ人もいる。

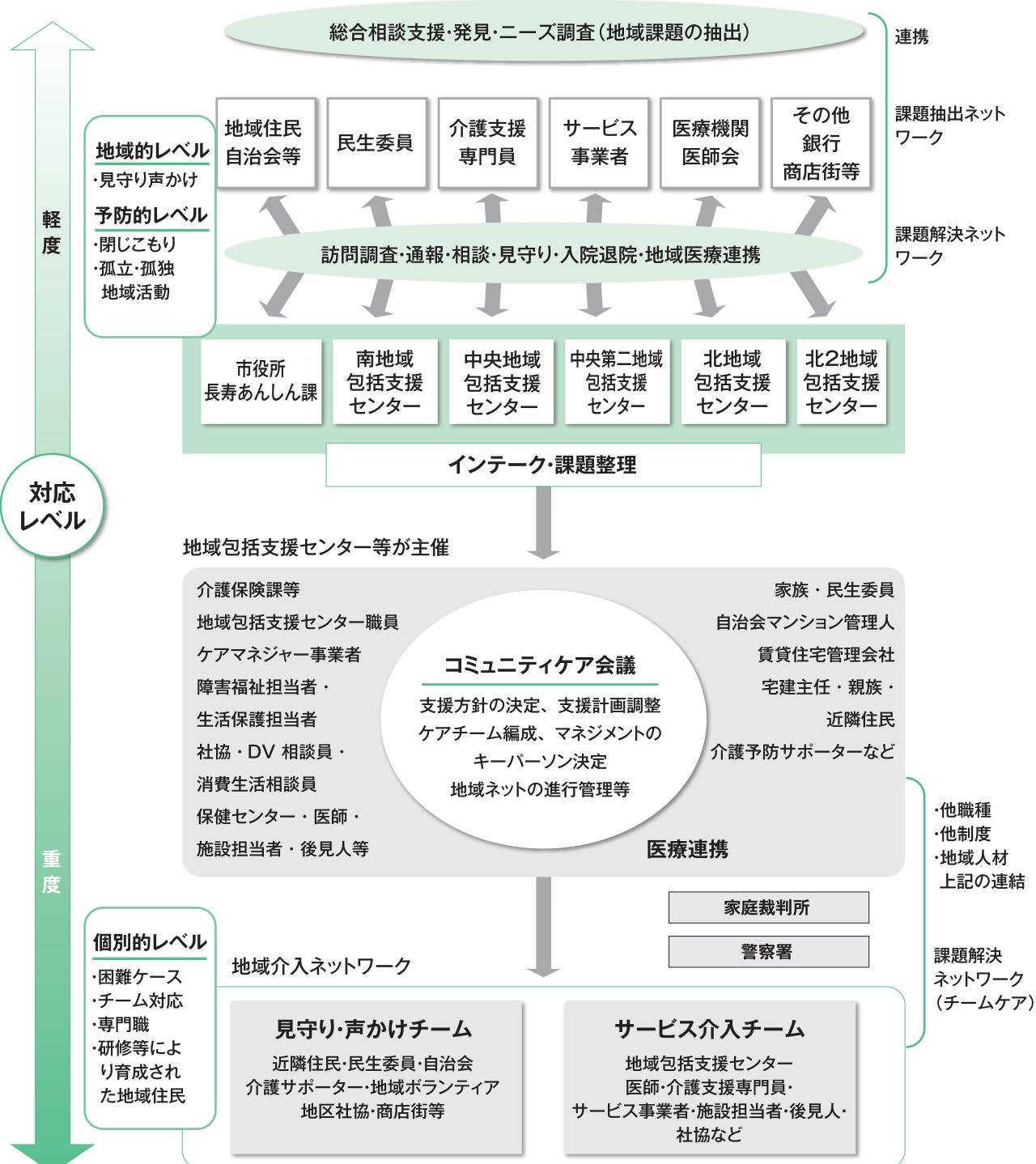
3 | コミュニティケア会議

コミュニティケア会議は、5か所の地域包括支援センター全体で行う中央会議と、日常生活圏域ごとに行う包括別会議で構成。中央会議は、新規要支援者の全数を検討し、月2回開催。包括別会議は、月1回開催。

メンバーは、保健師、看護師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士、介護福祉士、給付適正化職員、介護支援専門員、地域支援事業相談員、介護サービス事業者、地域支援事業者等。

図5 地域包括ケアマネジメントを支援するコミュニティケア会議の効果的運用

和光市

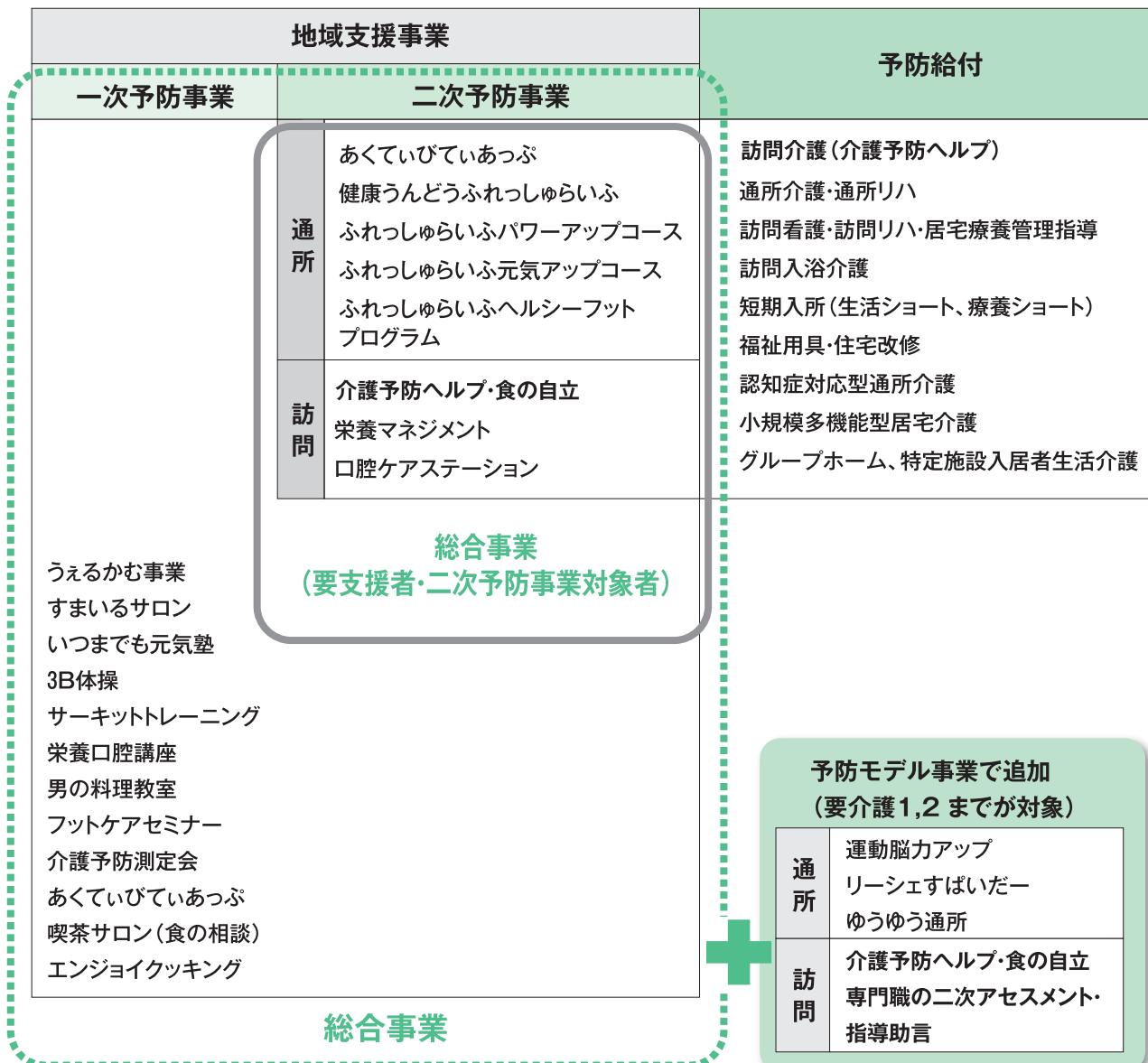


3

事業の構成(介護予防関連)

和光市が作り上げてきた介護予防施策と予防給付、総合事業、予防モデル事業の関係は、図6のとおりである。

図6 介護予防施策の全体構成



I 予防モデル事業における自立支援の流れ

和光市では、既に自立支援のしくみが構築されているため、そのしくみの中で予防モデル事業を実施している。予防モデル事業における個別地域ケア会議は、既に確立されているコミュニティケア会議を活用。(予防モデル事業では、目標設定と支援メニューを決定するエントリー会議と終了判定を行う評価会議の2部構成)

支援メニューも、既に出来上がっている地域支援事業をベースにしている。予防モデル事業では、要介護1及び2までを対象とするため、これらの人々に必要な通所を追加(図8のとおり)。支援メニューは、全て委託して実施。これは、市が、長年かけて、介護サービス事業者に保険給付だけでなく地域支援事業も視野に入れて介護サービスからの“卒業”を目指す考え方を浸透させてきているためである。訪問事業については、和光市の介護予防ヘルプ(ヘルパーによる自立支援)に加えて、予防モデル事業では、専門職の訪問による指導と評価を実施している。

図7 予防モデル事業の流れ

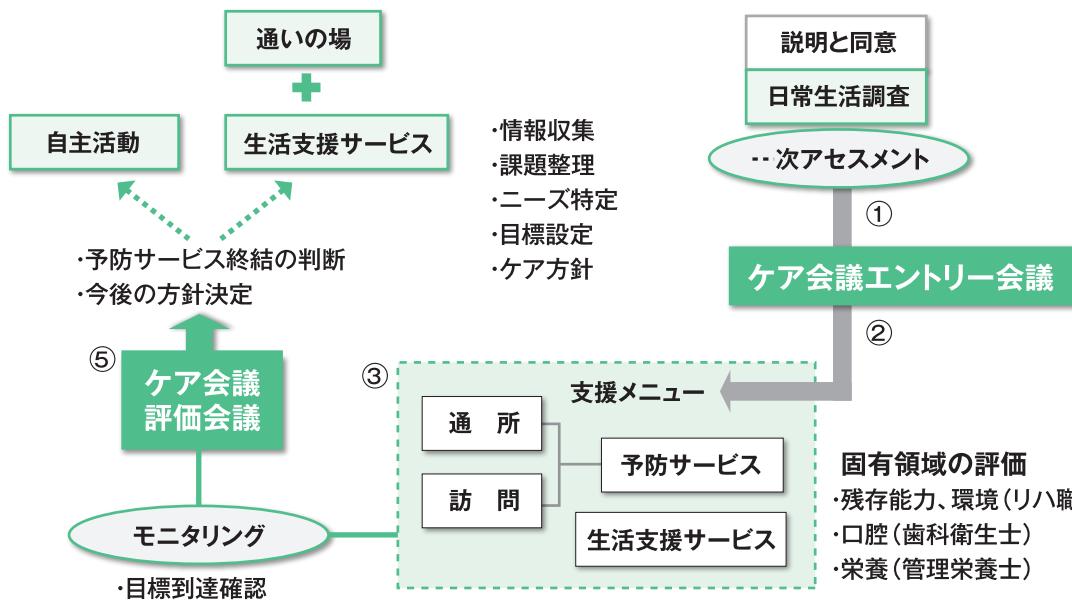


図8 通所事業

会場数	既存/ 新設の別	委託/ 直営の別	委託先種別 (委託の場合)	利用期間 の設定	実施頻度	1回 当たりの 時間	利用料金	内容 (運動、口腔、 栄養等)	H25年度
5	新設	委託	社協	5か月	週2回	2H	無料	運動	継続
			地域密着施設事業者	3か月	週1回	2H	無料	運動	継続
			株式会社	3か月	週1回	1.5H	無料	運動、認知	継続
			株式会社	3か月	週1回	1.5H	無料	運動、認知	
			株式会社	2か月	週2~3回	2H	無料	運動、認知、閉じこもり	

図9 訪問事業

職種	所属	内容
保健師	(委託) 地域包括支援センター職員	健康相談・生活指導
理学療法士	(委託) 社協	住環境調整・二次アセスメント
歯科衛生士	医療機関	口腔アセスメント・指導
管理栄養士	介護サービス事業者	栄養アセスメント・指導
訪問介護員等	介護サービス事業所	IADL機能向上

和光市の取組のポイント

- ・介護保険に携わる職員。(保険者、介護支援専門員、介護サービス事業者)の徹底した意識改革(自立支援の理念と視点、OJT)
- ・サービス利用者と家族に対する自立の合意形成。(自立指向の姿勢づくり、丁寧なインテーク)
- ・保険給付に依存しにくい構造構築。(徹底したニーズ調査に基づく需給バランス、地域支援事業の充実、独自施策を組み合わせて選択肢を拡大)
- ・状態変化の予測に立った介入。(コミュニティケア会議で意志統一、生活機能の向上、予防ヘルプ)