

## 第13章

### 民間・行政のコラボレーションによる地域包括ケア ——住まいと連続的ケアの連携事例

小山 剛

#### 1 地域に対する取り組みと気づき

特別養護老人ホームこぶし園は、1982年4月に新潟県内で20番目、長岡市内<sup>1)</sup>では2番目の特別養護老人ホーム（定員100名）として開設した。当時は周辺地域にサービスがない時代であったこと、国立療養所の移転統合と重なったために、利用者の中心を長岡市としながらも、19市町村という広域から入所を受け入れていた。

また当時の施設の機能では、家庭介護者の負担解消と要介護状態に対する支援は可能であったが、利用者である要介護高齢者自身にとっては暮らし慣れた地域社会から隔絶されることになり、見知らぬ他人との集団生活を余儀なくされた。

このことは災害時に避難先となる体育館や公民館などの生活と同じで、介護者がいないという、いわば「介護災害」に遭った者が施設という避難所で生活をすることである。つまり、それまで築き上げてきた家庭や地域社会での生活のすべてを置いて、体一つで施設に逃げ込み、見知らぬ他者に気遣いながら集団生活の制約のなかで生きなければならないという側面を持っていた。

地震や洪水などの自然災害であれば、体育館や公民館の生活は緊急一時避

難として取り扱われ、早期の段階で自宅や地域社会に復帰するのが当然のことと捉えられている。これに対して、施設への避難は、公然と「終の棲家」や「生活の場」という言葉が使用され、元の生活に復帰することなく避難所で最期を迎えることがたかも当然のように考えられている。また、それまでの施設サービスは、介護者を支援する仕組みであり、利用者たる高齢者自身の声が反映されているとは言えなかった。

そこで、これらを開拓する取り組みとして、筆者を含むスタッフはまず地域社会の意識改善に取り組んだ。

1982年当初の在宅サービスは、家庭奉仕員制度・デイサービス・ショートステイであり、すべて介護家族のための制度であった。なかでも家庭奉仕員制度・デイサービスは日中のみのサービスで、1週間に数回程度しか利用できなかった。このため、当園では24時間連続した支援も可能であるショートステイ（以下、短期入所生活介護という）の整備を進めてきた。また、同サービスの利用が拡大すると並行して、介護家族の周辺社会からは家庭内介護を強要する声も聞こえ、地域社会全体に対する意識改革の取り組みの必要性が生じた。

そこで、1988年から町内会単位を対象とした巡回型の介護教室を開始したが、在宅介護支援センター創設前の段階であったために、施設の社会貢献事業として自主的に開催してきた。

当時の記録では、対象地域の高齢化率は14.2%（現在25%）で、4年間に32地区で開催し約900名が参加した。問題への理解は深まったが、その根底にはこの教室開催によって集約された地域ニーズに対し、当園が理想論ではなく現実のサービスを還元してきたことの意味が大きいと考えている。たとえば、短期入所生活介護の拡大（現在80床）、3食365日の配食、24時間365日のホームヘルプ（以下、訪問介護という）と365日夜間緊急対応型の訪問看護、デイサービス（以下、通所介護という）の365日ワイドタイム制など、いずれも地域のニーズに対応するために拡大したサービスである。

また前述した介護教室に参加した地域住民には、介護世代の夫婦や中高生の親子などもみられたが、大半は当事者たる高齢者であったため、1990年から次世代の参加を促すための取り組みも開始した。

それまで提供されてきたサービスは、社会のセーフティネットとして救済を原則にしていた。しかし、社会の変化に合わせて、対象となる高齢者自身、また将来高齢者となる次世代・次々世代のニーズにも対応しなければサービスになりえないことを学び、このことがサービスの地域展開につながっている。

## 2 地域包括ケア、サポートセンターへの道

以上のような地域社会への取り組みから、私たちは単に介護崩壊後の受け入れではなく、高齢者の地域社会での生活を支える必要があることを認識した。そこで、当園は以下のような多様なサービス形態を創設し、それらをまとめた包括ケアを可能とする総合サポートセンターへと変換していった。

### （1）短期入所生活介護

1982年の施設開設当初は、短期入所生活介護の拡大に力を注いだ。すでに述べたように、当時の訪問介護や通所介護は、高齢者本人というより介護家族を支えるための仕組みであったため、週に数回程度しかサービスを提供できなかった。しかし、長岡市周辺でも世帯構成は急速に変化しつつあり、単身、高齢者のみ、共働き世帯が急増していた。このような状況のなかで、施設への入所や医療機関への「社会的入院」を回避して生活を支えていくためにフルタイム・フルサービスの構築が求められたことから、一時的であっても生活全般を支える短期入所生活介護の拡大が急務となったのである。

当園では、1982年に2ベッドだったものを1986年に12ベッド、1990年には国のモデル事業として50ベッドの専用施設を開設、そして1997年には在宅複合型施設の整備でさらに30ベッドの短期入所生活介護専用施設を開設して、合計80ベッドを整備した。

### （2）訪問介護

1990年に訪問介護サービスを開始したが、家族介護の補填として週に数回程度かつ日中のみのサービスでは支えることのできない利用者がいるため、

1995年からは24時間365日というフルタイムの訪問介護に転換した。

この移行時には、市の保健師、医療機関のソーシャルワーカー、民生委員、施設職員など多種のスタッフで構成した委員会を立ち上げ、それまでの訪問介護サービスを受けていた124名の利用者に対する詳細なチェックを行い、半年をかけて対象者を6名まで絞り込み、現在のケアプランに該当する介護計画を立て、利用者・家族の合意のうえで試行し、その後に制度として実施した。これはフルタイム・フルサービスを本当に必要とするか否かを適切に判断し、その効果を期待するもので、現在のケアマネジメントそのものでもあった。

また、2003年には厚生労働省の未来志向研究プロジェクトの支援を受けて、在宅版のナースコールシステムを開発した。

これは、24時間365日型の訪問介護スタッフが動画つきの携帯電話を所持し、対象者宅にはこのために開発したテレビ電話を配置して、ニーズが発生した段階でコールすると、お互いが顔をみながら対話できる仕組みである。このシステムの開発により、利用者（在宅で暮らす単身者や高齢者）には施設のナースコールと同様の安心感を与え、サービス提供側も画面をみるとことで、直接訪問しなくても利用者のよりリアルな、より詳細な情報が瞬時に得られるようになった。

さらに、2010年には経済産業省の研究事業において利用者データやスタッフ管理・記録などをPCタブレットに集約したシステムを開発した。これにより、利用者に対する情報提供の即時化、スタッフの業務効率改善（紙データの大幅な削減）が可能となっている（図13-1）。

加えて、介護保険施行以来の課題であった出来高払いの利用料が、2012年に創設された定期巡回・随時対応型訪問介護看護によって定額制（図13-2）となったこと、および同居家族の負担となっていた他者が連続して自宅に入ることによるプライバシーの喪失を解消するための利用者用住宅（サービス付き高齢者向け住宅）整備が開始された意味は大きい。

### (3) 通所介護

通所介護施設については、1989年に市町村のモデル事業として開始、1992年には市内の中心部にも開設し、ついで1997年に在宅複合型サービス

図13-1 IT機器活用の連絡・訪問・活動内容報告・証明のシステム

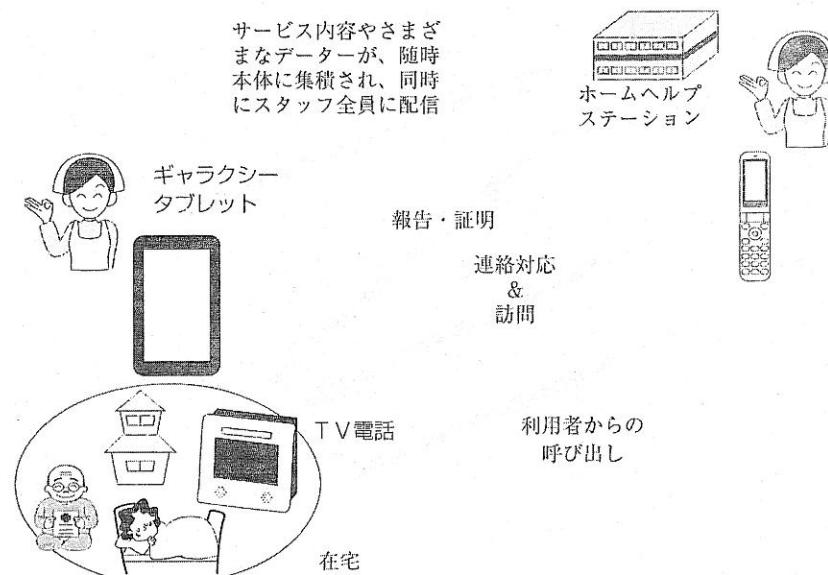


図13-2 利用料出来高負担から定額制への移行

今までの介護保険は在宅と施設の負担が不均衡であったが、小規模・定期巡回・複合型によって在宅も定額制に変更

在宅は出来高負担	施設は定額負担
家事援助 2,080円／時間 24時間×30日 1,497,600円／月	通所介護 (介護3) 9,510円／8時間 855,900円／月
身体介護 4,020円／時間 24時間×30日 2,894,400円／月	訪問看護 8,300円／時間 24時間×30日 5,976,000円／月
必要な人にサービスを集中	
介護保険施設 療養 老健 特養 G H	要介護1 191,700円／月 要介護2 213,000円／月 要介護3 234,000円／月 要介護4 255,300円／月 要介護5 276,300円／月
利用回数ではなく一月定額	
小規模多機能型 居宅介護	利用者は一割負担
複合型サービス	
定期巡回・随時対応訪問介護・看護	

センター内にも開設、以来11カ所の通所介護と4カ所のサテライト型および生きがい型を提供している。

当初の通所介護も訪問介護同様に家族介護の補足的なレベルであったことは否めない事実であり、週に数回程度が中心であった。このレベルの提供では在宅介護者に余裕がないと利用対象とはなりえないために、共働きを理由とする施設入所が避けられなかつた。

共働き世帯でも、子どもの育児については0歳時から毎日預かる仕組みがあるために就労と育児との両立が可能であるのに対して、高齢者では利用頻度が制限されているために施設入所へと促されてしまう状況は、制度上の問題として改善しなければならなかつた。

このため朝7時30分から夜6時30分までの365日体制としてこれに対応し、週に数回程度の利用者には公民館などを活用したサテライト型のデイサービスを開設してこれにあたつた。また要介護状態ではないものの、虚弱や引きこもりの高齢者を対象とした生きがい型やサテライト型も創設してきた。

#### (4) 訪問看護

在宅型サービスでは多種多様な状態に対応してきたが、なかでも褥瘡の治療など継続的な医療行為を必要とする対象者に対するサービスの整備が必要となつた。これに対し、当初は施設の看護師を無料で在宅に派遣していたが、その対象者が増加したため、1997年に当時の老人ホームとしては珍しい訪問看護ステーションを設置した。

この事業は、訪問介護と並んで在宅生活を支える重要な柱となつた。これも生活支援の原則である365日24時間体制であることは言うまでもない。また、在宅だけではなくグループホーム利用者への支援も行っている。

ここでも、2012年に創設された定期巡回・随時対応型訪問介護看護によって、従前は出来高払いであった看護費用の負担も定額になったことと、小規模多機能型居宅介護と併設した複合型サービスの創設により、負担の重かった中重度利用者も定額になり、より医療サービスを受けやすくなつたことの意味は大きい。

#### (5) 配食サービス

在宅生活を支えるためには連続する介護と食事の提供が不可欠である。そこで、1997年に在宅複合型サービス開設に合わせて3食365日の配食サービスステーションを開設、その後、地域に分散展開しているサポートセンター内に同サービス機能を整備し、現在は7カ所で100人程度を対象に3食365日の配食サービスを提供している。

このサービスは食事を提供するだけではなく、日に3回安否確認ができること、食事摂取の状況から体調チェックもできるため、訪問介護と同様に日常生活支援の基礎となるべきものである。

#### (6) 認知症対応型共同生活介護

国の研究事業をベースに1996年に県内で最初の認知症対応型共同生活介護（定員5名）を開設した。

このサービスは、認知障害者の居住環境が変わることによる精神面への悪影響（リロケーション・ダメージ）を防ぎ、安定した生活を提供することを目指している。このため、それまで暮らしてきた地域社会のなかで生活を継続するものでなければならないことから、施設の自主事業（費用負担を含む）として町内の空き家を借り上げて改修したうえ開設し、その利用者も近隣を中心とした。

こうして、見慣れた景観、行きつけの店、道路を行きかう人の顔も同じという環境のなかで、専門のスタッフからフルタイムの支援を受けられるという、安定した生活が提供されている。

また老齢世帯が急増している現在では、認知症の個人という視点よりも、夫婦としての生活単位をどう支援するかが問われている。このため、住宅と併設した認知症対応型共同生活介護も創設している。

#### (7) バリアフリー住宅

2005年10月の介護保険法改正により、介護費用と居住費の負担が分離されたが、地域社会のなかにバリアフリーの住環境はまだまだ少ない。このためサービスを地域に展開する際に、サービスに併設してバリアフリー住宅も

作ってきた。

24時間365日連続するケアがなければ在宅生活は守れないが、半面で同居家族にとってはプライバシーが侵されることになるため、対象者1人の生活空間の確保が必要だったのである。

その第1号は2002年1月に開設したサポートセンターのなかに作った「ユニバーサルハイツ」である。これは既存の建物をリフォームしたもので4室しかないが、20m<sup>2</sup>の部屋のなかに車椅子対応のトイレを配置、また車椅子生活を想定していたので出入り口のドアは自動にし、簡易スプリンクラーと煙感知器を設置した。また、サポートセンター内にある利点を生かし、ナースコールも設置した。

このときのノウハウをもとに、2004年2月に開設したサポートセンターでは、パリアフリー住宅部分を民間にゆだねた。これは民間資本・長岡市・介護サービス事業者によるコラボレーションモデルであり、介護サービス施設と併設・隣接して建てられた在宅支援型パリアフリー住宅（上限10室）に長岡市が最大1,000万円の補助を付与するというものである。

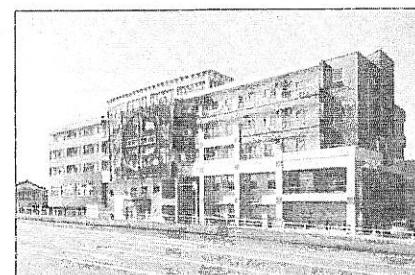
パリアフリーの部屋は24m<sup>2</sup>、簡易キッチン、車椅子対応のトイレ、簡易スプリンクラーと煙感知器を設置し、ここでは在宅用のナースコールとして開発したテレビ電話（前出）も設置した。

2011年3月に高齢者住まい法が改正され、2011年10月にはサービス付き高齢者向け住宅制度が始まった。同制度に基づく住宅整備の進展が大いに期待される。ただし、生活圏域や人口を無視して、郊外に大規模なサービス付き高齢者向け住宅を建てて高齢者を集約することは避けなければならない。あくまで、生活の連続性を保証するための住まいであることを忘れてはならないのである。

#### （8）健康の駅

2005年に開設した健康の駅（図13-3）は、当園が長岡市から高齢者センター（老人福祉センター）の運営を受託しているもので、市民の福祉・健康の維持増進をテーマとした複合センターとなっている。受託にあたっては、公共事業を民間が代行するPFI事業（Private Finance Initiative：公共サービ

図13-3 健康の駅ながおか



高齢者センター（PFI）
+
ケアハウス（定員40名）
通所介護（定員30名）
認知症型通所介護（定員10名）
訪問看護（365日夜間緊急対応型）
訪問介護（24時間365日）
在宅介護支援センター
居宅介護支援事業所
配食サービス（3食365日）
健康増進・介護予防センター
+
診療所（内科・歯科）
土地は市役所・サービスはPFI+テナント+社会福祉法人

スを民間資金を利用して民間に委ねる手法）として多くの事業者との競争入札を行っており、敷地は市有地を無償利用している。

提供しているサービスは、これまで作り上げてきた365日朝7時30分から夜6時30分までの定員26名の通所介護、定員10名の認知症専用の通所介護、24時間365日の訪問介護、365日および夜間緊急対応の訪問看護、3食365日の配食、居宅介護支援事業所を中心とし、加えて会員制中高年者用のフィットネスクラブ、高齢者センター、定員40名のケアハウスを整備し、さらにテナントとして内科と歯科の医院を包摂している。まさに、地域包括ケアの都市版とも言うべき総合センターである。

#### （9）小規模多機能型居宅介護

これは、「通い」を中心に「訪問」「宿泊」を組み合わせて高齢利用者にサービスを提供することにより、24時間365日在宅での生活の継続を支援するものである。当園では、後述する既存施設の地域分散モデルであるサテライト型居住施設美沢をはじめ、2006年に開設して以来、地域に展開しているアネックス関原、サポートセンター千手、サポートセンター三和、サポートセンター摺田屋、サポートセンター川崎、サポートセンター大島の市内7カ所に併設している。なお、サポートセンター三和はサポートセンター千手のサテライトに転換、サポートセンター大島は複合型サービスに転換してい

る。

各施設とも基本的に登録定員25名、通い定員15名、宿泊定員6名であり、各地域の生活圏域に設置しており、町の中心部では半径1km、郊外でも半径4~5km程度に利用者の自宅があるという立地になっている。

#### (10) サテライト型居住施設

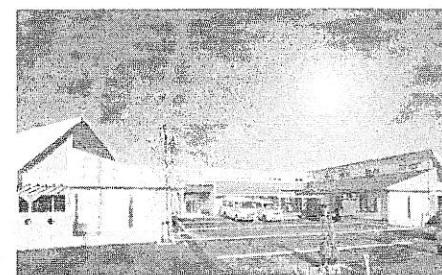
さまざまなサービスを組み合わせ包括ケアを提供するサポートセンターの試行で、暮らし慣れた地域社会内在宅生活を延長する仕組みは提案できたが、他方すでに施設に集約された要介護者に対する取り組みが残されていた。そこで、2004年6月の構造改革特区募集に際し、既存の施設を分散する仕組みとして「サテライト特養」を提案し採択された。

これによって新たに打ち出された名称は「サテライト型居住施設」になり、2006年の制度改正で地域密着型サービスに位置づけられたのである。

特区申請した「サテライト型居住施設」の中身は、既存の特別養護老人ホームの定員から1カ所あたり29人以下を地域社会に戻していくもので、国の基準によれば、「老人福祉法及び介護保険法上は、母体施設とは独立したひとつ特別養護老人ホーム」であり「小規模生活単位型特別養護老人ホームの基準を基礎」にしたもので「小規模生活単位型特別養護老人ホームの介護報酬を算定」する小さな施設ということになる。もちろん、特区の目的は規制緩和にあるため、設備および人員について大幅な規制緩和がなされている。

分散は5期にわたって実施することを目指しており、第1期ではサポートセンター美沢（特別養護老人ホームから15ベッド、併設の短期入所専用施設から3ベッドを分離し、小規模多機能型居宅介護登録定員25名、通い定員15名、宿泊定員9名を併設）（図13-4）、第2期ではサポートセンター千手（特別養護老人ホームから20ベッドを分離し、小規模多機能型居宅介護登録定員25名、通い定員15名、宿泊定員6名、近隣に分散していた認知症対応型共同生活介護定員18名を併設、加えて地域交流スペースとしてカフェテラスとキッズルームも併設）、第3期ではサポートセンター摺田屋（特別養護老人ホームから20ベッドを分離し、これに小規模多機能型居宅介護登録定員25名、通い定員15名、宿泊定員6名、認知症対応型共同生活介護定員9名、バリアフリー住宅10室を併設、加えて地域

図13-4 サテライト施設のモデル



サポートセンター美沢
特別養護老人ホーム 15名
短期入所生活介護 3名
小規模多機能型居宅介護事業
登録定員 25名通い 15名宿泊 9名
配食サービス
カフェテラス

施設のながら、周辺の地域も両方ケアするシステム（スウェーデンと同じ）  
いざれも地域社会の要介護者を支える  
フルタイム・定額サービス

★ポイント  
土地・建物はすべて民間所有  
利用者も事業者も賃貸で利用  
ハードに対する公的資金は0円

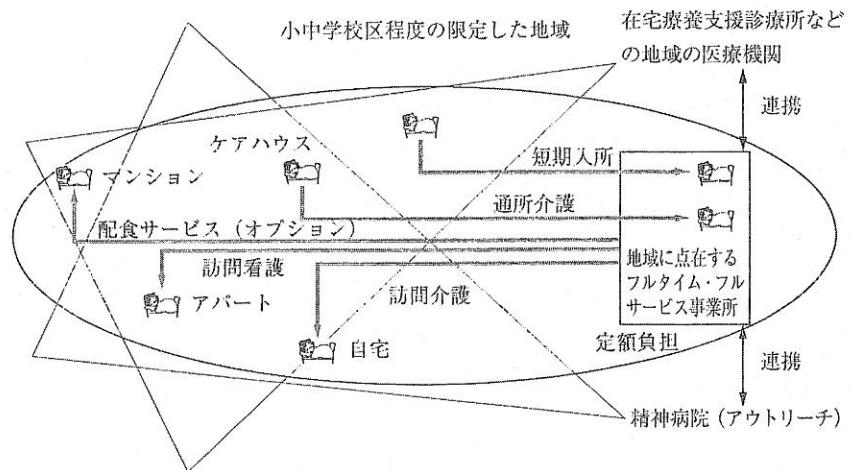
交流スペースとしてカフェテラスとキッズルームも併設）、第4期ではサポートセンター川崎（特別養護老人ホームから15ベッドを分離し、これに小規模多機能型居宅介護登録定員25名、通い定員15名、宿泊定員6名、加えて地域交流スペースとしてカフェテラスとキッズルームも併設）を整備した。この結果、既存の特別養護老人ホームは定員30名となり、2013年の第5期の分散で全員の地域復帰を目指している。

以上のサービスを小中学校区程度のエリア内で、求められているサービスメニューを組み合わせて提供しているが、これに在宅医療を連携させることによって生活全般の支援ができると、施設からの復帰だけでなく病院からの復帰も可能になるし、認知症についても同様の支援体制が提供できる。つまり、他のサービスと組み合わせることにより、地域包括ケアシステムが構築できるのである（図13-5）。

従来の施設内や病院内だけの完結型サービスから発想を転換し、道路を廊下、自宅を居室・病室と考えれば、地域内のサービスセンターとして地域全体を支援していくのである。前述してきた各種のサービスを用意し、どこに住んでいても地域内で完結する定額サービスへのチャレンジが求められている。

そして、地域包括ケアに続く地域包括報酬（図13-6）へのチャレンジが

図13-5 地域包括ケアシステム



暮らしのなかに、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所などの医療機関があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能（施設の箱をはずして、機能を地域全体に展開する）

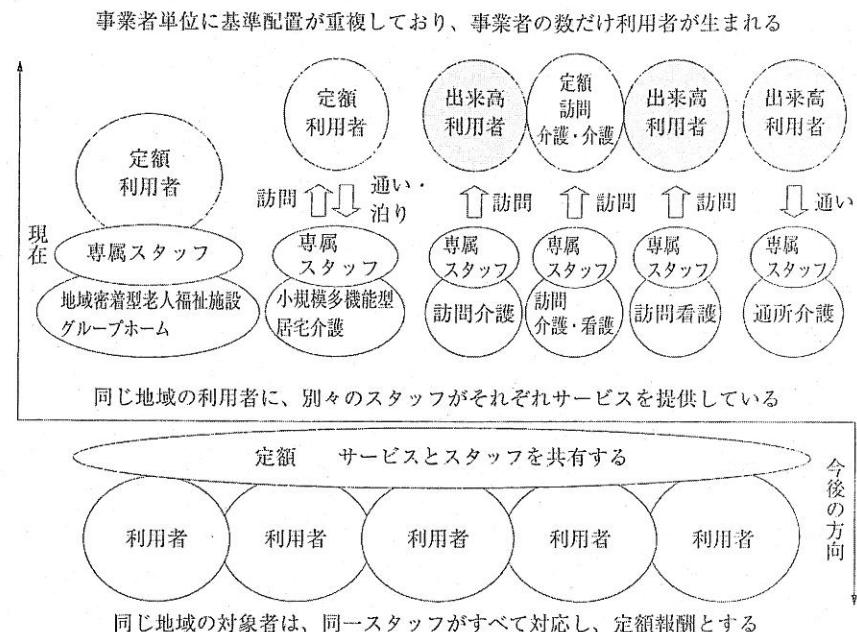
合わせて認知症に対する診断・治療とフルタイム・フルサービスが連携すれば認知症の高齢者も地域社会で生活できる

意味するものは、地域の事業者内に重複している人員・設備の統合と地域内の介護報酬の抑制が可能になるということであり、このためにより質の高いアセスメントとマネジメントが同時に求められる。

### 3 民間・行政のコラボレーション

以上で紹介したさまざまなサービスを包括的に提供しているサポートセンターは、現在長岡市内に15カ所整備（図13-7）したが、この多くが民間の土地や建物の賃借であり、サポートセンターしなの（健康の駅）においては市有地の無償利用である。またサテライト型居住施設として分散した従来の施設と地域サービスの組み合わせは、民間の土地に建物も建ててもらったものを賃貸しているので、賃借料の多くを利用者である高齢者の部屋代で返済する仕組みである。

図13-6 地域包括ケアと包括報酬の提案

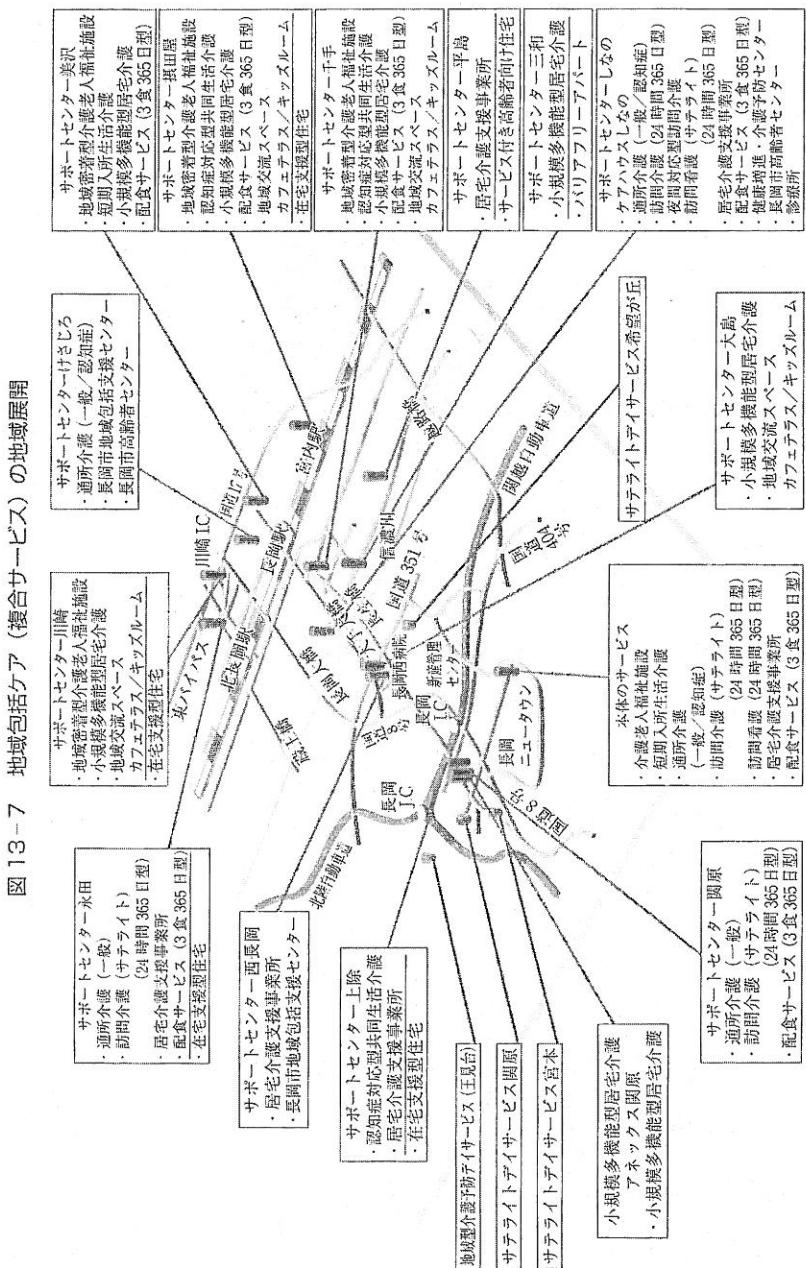


つまり、民間資源を活用した建物を利用者が部屋代を負担して利用し、ここに介護事業者である私たちが入ることによって特別養護老人ホームとなるもので、それぞれの専門分野を組み合わせることで、双方の弱点も解消され、民間事業者にとっては不慣れな介護が保証できるメリットがあるし、社会福祉法人にとってはハード面の負担が軽減されるメリットがある。

また都市部においてはすでに東京都港区において特別養護老人ホーム・老人保健施設・知的障害者施設を、埼玉県和光市においては小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護を設置・運営している。

そして2014年には千葉県柏市にサービス付き高齢者向け住宅とさまざまな在宅サービスの組み合わせを民間事業者・行政・大学と共に創設する予定で、同年東京都中央区に2カ所の地域密着型施設を準備している。

港区・中央区は小学校跡地利用や行政の自己所有地の利用から低額で土地・建物が活用できること、和光市においては市有地の無償利用であること、



柏市においては複合事業者のコンソーシアムであることに特徴がある。

都市部における土地の確保は、事業者・利用者にとって負担が大きく、行政との連携なしには提供することが困難であるため、土地は地元の行政が住民サービスとして負担し、建物は民間事業者の力を活用して建て、そしてサービスは専門の事業者の組み合わせで提供することが、それぞれの力を活用できる最も効果的・効率的な仕組みなのではないかと思われる。

つまり、今後の地域包括ケアサービスの構築において、民間・行政とのコラボレーションは欠くことのできない重要なポイントなのである。

注

- 1) 長岡市は新潟県のほぼ中央に位置する人口 282,157 人の都市である。うち、65 歳以上の高齢者は 71,295 人で高齢化率は 25.3% となっている（2011 年 10 月 1 日現在）。

参考文献

- 小山剛 (2003a) 「地域での暮らしを支援する新たなケアシステム——サポートセンター構想」『コミュニティケア』 Vol. 5, No. 5, pp. 64-67。

—— (2003b) 「こぶし園——サポートセンター構想 (特集 地域分散型サテライトケア) —— (地域分散型サテライトケアの実践)」『総合ケア』 Vol. 13, No. 7, pp. 20-23。

—— (2005) 「施設ケアの先にあるもの (特集「2015年」に向かって)」『総合ケア』 Vol. 15, No. 1, pp. 38-43。

—— (2006) 「地域密着型サービスの展開 (特集 改革期・介護保険の課題)」『総合ケア』 Vol. 16, No. 4, pp. 22-27。

—— (2007) 「地域密着型サービスの明日 (特集 利用者主体——保健・医療・福祉の連携を展望する (2))」『総合ケア』 Vol. 17, No. 12, pp. 24-29。

—— (2008a) 「小規模多機能ホームの現状と課題 (特集 認知症医療・介護制度の現状と課題)」『老年精神医学雑誌』 Vol. 19, No. 1, pp. 42-47。

—— (2008b) 「災害時に在宅介護を継続するための要援護者支援と社会福祉法人の使命 (特集 災害時要援護者支援の実際)」『月刊福祉』 Vol. 91, No. 12, pp. 28-31。

—— (2009) 「安全安心の介護システムの構築 (特集 安全安心の夜間在家介護支援体制)」『地域ケアリング』 Vol. 11, No. 3, pp. 18-24。

長岡市(2012)「第5期長岡市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成24年度～平成26年度)」。