

キーワード	移動支援、健康体操、ミニデイサービス、見守り、認知症、認知症サポーター、脳卒中連携、地域連携、
-------	---

## 武蔵野市高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎とした地域包括ケアシステム(まちづくり)の推進

東京都 武蔵野市

**【この事例の特徴】**

平成 12 年に定めた高齢者福祉総合条例に基づき、健康づくりと介護予防・移動支援の推進(健康体操・ミニデイサービス・移送サービス等)、認知症高齢者施策の推進(認知症見守りなど)、保健・医療・福祉の連携強化(脳卒中連携パス、地域リハビリテーションなど)に重点を置いて取り組んでいる。

### 地域概要

総人口:	139,535 人
65 歳以上人口:	29,227 人(20.9%)
75 歳以上人口:	15,229 人(10.9%)
要介護要支援認定者数:	5,764 人(19.7%)
地域包括支援センター数:	1 ヲ所 (他にブランチ 6)
第 5 期介護保険料:	5,160 円



### 背景・経緯

#### 【取り組みの背景・経緯・課題認識】

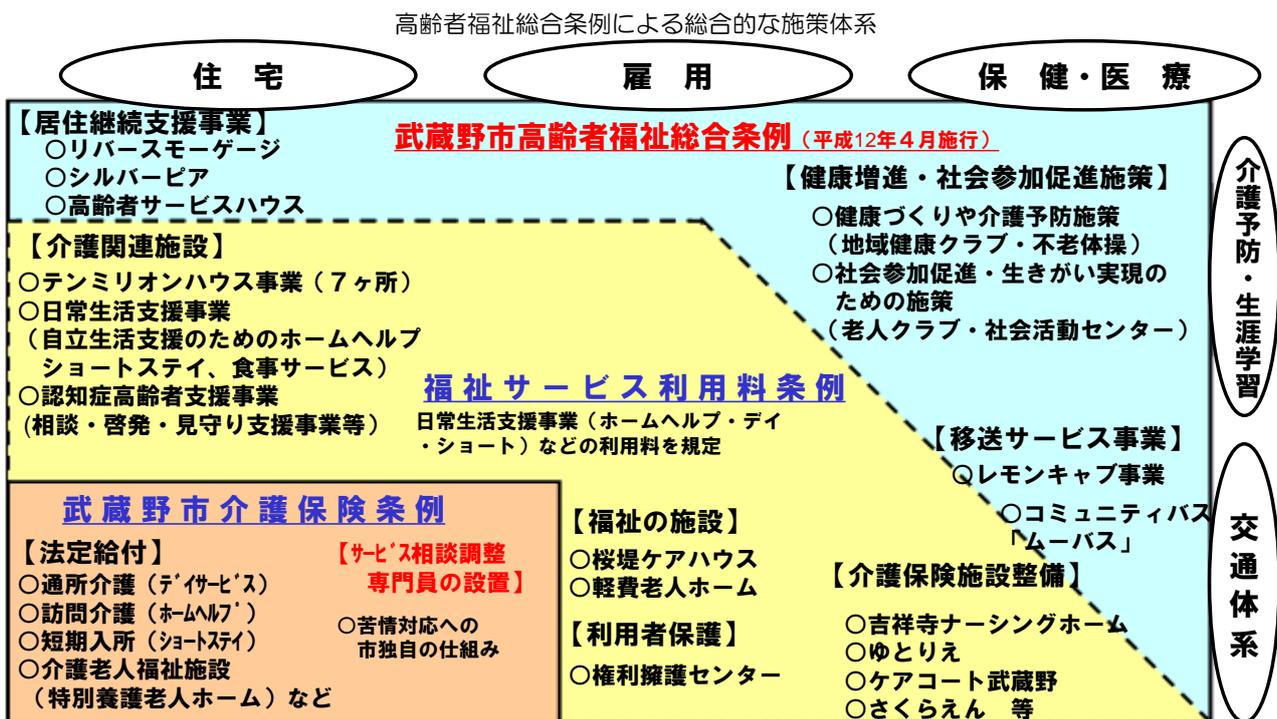
- 介護保険制度開始以前より、ボランティアによる配食サービス(昭和 48 年～)や福祉公社による有償在宅サービス(昭和 56 年～)、在宅介護支援センターを中心とした小地域完結型の福祉サービスの提供があり、介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えないとの考え方から、平成 12 年に、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標として、「介護保険条例」制定と同時に、介護保険外の日常生活支援サービスや移送、居住継続支援、介護予防、社会参加促進、施設整備等を網羅した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」を制定した。
- 現在、総合条例の施策体系に基づいて、直営地域包括支援センター1ヵ所(基幹型地域包括支援センター機能)と在宅介護支援センター(兼地域包括支援センターブランチ)6ヵ所を相談・サービス提供の拠点として地域包括ケアシステムを推進している。
- 武蔵野市第 5 期長期計画(市の総合計画)では重点施策として、高齢者に限らず、すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活に関わる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を越えて連携し、継続的で体系的な支援を行う「地域リハビリテーションの推進(※)」を掲げている。

※1970 年代後半より、世界保健機構(WHO)によりマニュアル化された CBR(Community Based Rehabilitation = 「地域に根ざしたリハビリテーション」)という支援手法をもとに、武蔵野市においては、市が目指す支援のあり方として、①すべての市民がその年齢や状態に関わらず、住み慣れた地域で、本人の意思に基づいて安心して生活が続けられるような支援、②ライフステージに応じた、継続的、かつ体系的な支援、③保健・医療・福祉・教育など、地域生活に関わるあらゆる組織、人が連携した体系的な支援という三つの基本理念を掲げている。

## 取り組み内容と方法

### 【概要】

- 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている。
- このなかで、健康づくりと介護予防・移動支援の推進(風呂で不老体操、テンミリオンハウス、レモンキャブなど)、認知症高齢者施策の推進(認知症見守りヘルパー派遣事業、認知症サポーター養成、三鷹武蔵野認知症連携など)、保健・医療・福祉の連携強化(脳卒中地域連携パス、地域リハビリテーションの推進など)に重点を置いて取り組んでいる。



### 【重点的な取り組みならびに実績】

#### (1) 健康づくりと介護予防・移動支援の推進

- 既存の地域資源や人材を活用し、地域の中で行きやすい場所や使いやすいサービスを提供。テンミリオンハウスやレモンキャブでは、物件や車両の用意は市が行い、地域の住民組織やNPOへの補助金により事業を運営。委託している事業(不老体操)でも、日常的な運営は老人クラブ会員がボランティアで担うなど、地域の支えあい(互助)の要素が強い。
- 不老体操やテンミリオンハウスは、要介護度に関わらず、自分で歩いて通い、プログラムに参加できる限りは、その利用者として地域との関わりを保つことができる。

#### ① 風呂で「不老(ふろう)体操」

- 週1回、営業時間前の公衆浴場の脱衣所で健康体操を行ったあと入浴をする。昭和56年に、市内の公衆浴場を高齢者の健康づくりやレクリエーション等の自主的な活動の場として提供する「コミュニティ銭湯」事業として始まり、現在も、60～90歳代の高齢者、年間延べ約13,000名が参加。



- 長期にわたり参加している方も多く、全会場(6ヵ所)で、年齢別の2クラスが開催されている。参加会場の増設や公衆浴場の廃業によりコミュニティセンター(※)8ヵ所でも実施(入浴なし)しており、会場である公衆浴場と体操指導員は委託、運営は老人クラブ連合会の会員がボランティアで担当者となり行っている。市では年4回担当者連絡会を開催し、情報交換を行うとともに、25年度は全参加者に対する効果測定を行っている。

※コミュニティセンター:武蔵野市には地域のコミュニティづくりの拠点として公設のコミュニティセンターが17館とその分館などが3館あり、「コミセン」という名で親しまれ、多くの方に利用されています。

- [24年度実績] 回数 676 決算額 16,397千円
- [25年度予算] 回数 700 予算額 17,359千円

## ② テンミリオンハウス

- 市の施設や民家などを活用して、NPOや住民組織等が、市からの年間1,000万円(テンミリオン)を上限とする補助金によって、ミニデイサービス等を実施している。
- 最初のテンミリオンハウスは平成11年に開設。現在は市内に7ヵ所ある。
- 地域での見守りやつながりが必要な方が、要介護度等の有無に関わらず通える「近・小・軽」(市民の身近にあり、小規模で、軽快なフットワークを生かす)の施設であり、運営団体や地域の特性により、喫茶や世代間交流、緊急ショートステイなども実施している。
- 介護保険制度開始当時は、既存のデイサービスの対象外者の受け皿の役割も担った。
- 市は運営補助金の支出と、事業評価や年ごとの事業採択に関する委員会を開いている。
- [24年度実績] 7ヵ所 決算 96,502千円
- [25年度予算] 7ヵ所 予算 91,935千円



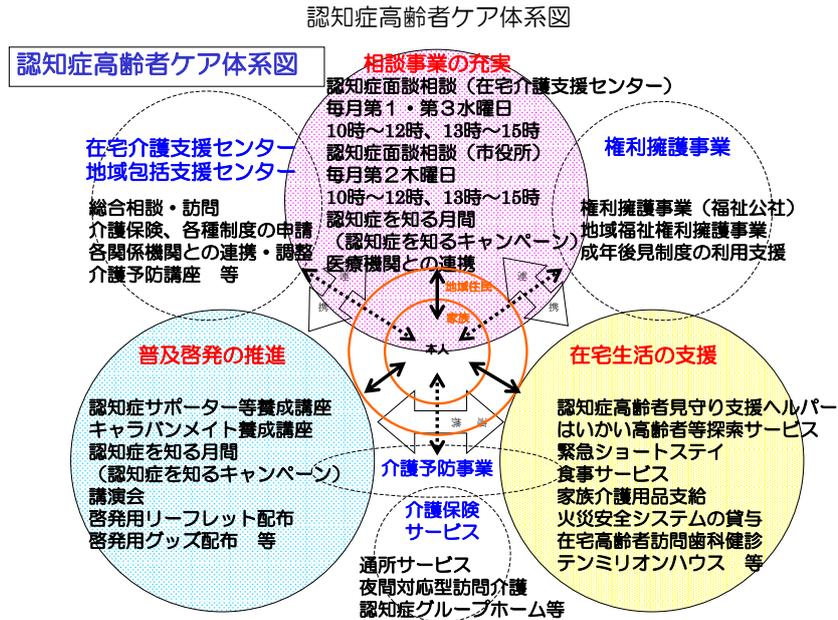
## ③ レモンキャブ

- 誰もが気軽に外出できるまちを目指して、外出が困難な高齢者や障害を持つ方のためにできた移送サービス。
- 平成12年より事業開始(11年にモデル事業)。
- 福祉型軽自動車を使用し、運転手は地域の米店や酒店等の商店主を中心とした有償ボランティア。米穀組合からの提案により検討が始まり、互助による地域支えあいのサービスとなっている。
- 利用料金など 30分につき800円
- [24年度実績] 17,855件数 決算 20,121千円
- [25年度予算] 予算 19,277千円
- (参考)その他の移動支援サービス:ムーバス…ムーバスは、市内の交通の不便な地域を解消して、高齢者や小さな子どもを連れて方をはじめ、多くの人々が気軽に安全にまちに出られるようにすることを目的に平成7年に運行を開始したコミュニティバス(民間バス会社に運行委託)。高齢者の歩行距離を考慮して、バス停は200メートル間隔を基本に設置しており、また、バス停標識を覚えやすいように、バス停名以外に1ヵ所ごとに異なる色と大きな数字で分かりやすくしたり、バスの乗降口を、地上高15センチメートルの電動補助ステップ装備により楽に乗り降りできるような工夫をしている。



## (2) 認知症高齢者施策の推進

- 武蔵野市における認知症高齢者（要介護認定における日常生活自立度Ⅱ以上）の数は約3,000人で、65歳以上の10人に1人は認知症高齢者で、その大半は地域で生活している状況があり、また、高齢化にともない、その数は増加していくことが考えられる。
- 相談事業の充実・普及啓発の推進・在宅生活の支援の3本の柱を中心とした施策の充実とそれらを補完する権利擁護事業や介護予防事業、介護保険サービス等からなるケア体系をつくっており、特に、介護保険では対応できない課題に対し、市独自の認知症高齢者・家族へのサービスを行っている。



### ① 認知症見守り支援ヘルパー派遣事業

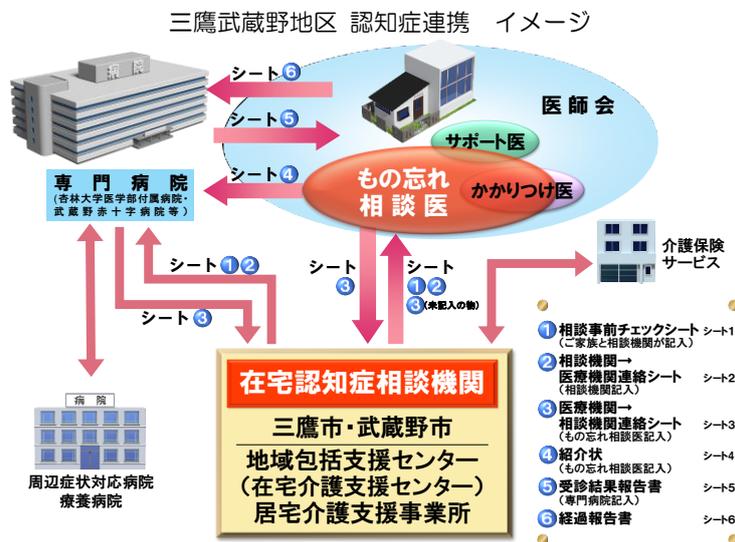
- 代表的な市独自サービスであり、介護保険サービスでは対象にならない、見守りや話し相手、散歩の付添いなどを、専門の研修を受けた訪問介護員が、週4時間を上限に行っている。
- このサービスは、地区別ケース検討会（エリア別地域ケア会議機能）の中でニーズがあがり、制度化されたもの。サービスの範囲や、散歩付添い時に発生する交通費や喫茶代等の取扱いについては、訪問介護事業所と市が話し合ってルールを決めており、利用しやすいサービスになるよう柔軟に対応している。また、コーディネーターやヘルパーが利用者の性格等を勘案して歌や塗り絵等のプログラムを工夫することで、利用者が心地よく利用でき、QOLの向上に役立っている。
- [24年度実績] 2,821時間 決算 5,950千円
- [25年度予算] 3,100時間 予算 6,375千円

### ② 認知症サポーター養成やステップアップ講座の開催等

- 認知症サポーター養成講座修了者は平成24年度末で通算6,663名。また、サポーター養成講座の講師となるメイト養成講座も平成24年度に市独自で開催し、138名の登録となった。
- 地域の福祉の会（地域福祉活動推進協議会：市内13地域で組織化）と在宅介護支援センターが共催し、「認知症の方への声かけ講座」を実施。認知症高齢者に扮した職員への声かけ体験を行い、感想等を共有化することで、地域の認知症等の方への理解と見守りや協力への意識が高まっている。

### ③ 三鷹・武蔵野認知症連携(もの忘れ相談シート)の活用

- 平成 20 年に、武蔵野市と三鷹市の行政、医師会、周辺症状対応病院(精神科や療養病院等)と杏林大学医学部付属病院、武蔵野赤十字病院が「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」を発足。かかりつけ医から専門医療機関への迅速かつ正確な連携のため、平成 22 年 4 月に「もの忘れ相談シート」を作成、使用している。
- 平成 22 年から 25 年 6 月までのシート活用実績は 107 件。独居で離れて住む家族が認知症であることを理解しにくい場合に使ったり、要介護認定申請と合わせて受診し、主治医意見書にも反映できるように活用している。シートは診療計画書ではなく、地域での生活を支援していくための情報共有ツールである。
- 現在、武蔵野市内でもの忘れ相談医として登録しているのは 58 機関。
- 認知症の状況に応じた継続的な在宅生活をしていくためには、今後も医療・福祉でのシートの循環が課題だが、「考える会」により顔の見える連携が行えている意義は大きい。

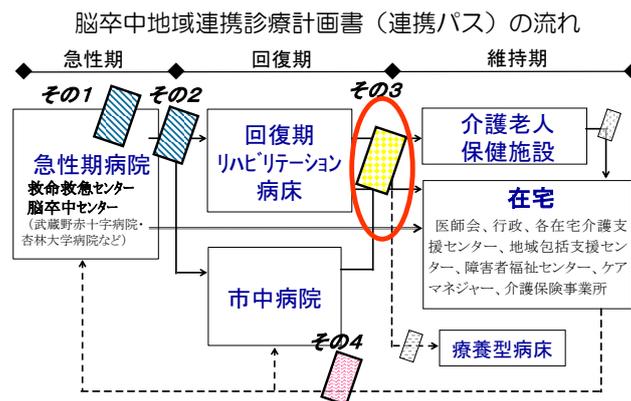


### (3) 保健・医療・福祉の連携強化

- 脳卒中連携パスでは、地域リハビリテーション支援センターの指定を受けている武蔵野赤十字病院が中心となって連携パス作成の検討を始め、医療圏域の自治体に声がかかり、武蔵野市や医師会、訪問看護、訪問リハビリ事業者が参加して、ケアパスを作成した。
- 認知症連携でも、認知症の方の在宅生活は医療だけでも福祉だけでも支えられないとの思いから、医療と福祉が一堂に会して「もの忘れ相談シート」を作成し、高齢者の在宅生活を支えるための情報連携を図っている。
- 在宅支援連絡会では、市内の多機関・多職種が定期的集まり、情報交換する中で、必要なシステムやツールについて検討してきた。

## ① 脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)

- 脳血管疾患は要介護の原因のトップであることから、平成20年に、武蔵野赤十字病院を中心とする脳卒中ネットワークにより急性期から在宅に戻るまでの4種類の地域連携診療計画書(地域連携パス)を作成。
- 急性期病院から回復期病院への情報提供や、回復期病院退院時の在宅診療医や介護保険のケアマネジャー、在宅サービス事業者への情報提供、あるいは回復期病院から老人保健施設等を経て在宅療養に戻る際の情報提供等が迅速かつ的確に行われ、地域で患者を支えるシステムを構築。
- 連携パスの1枚目になる「これからの生活プラン」(オーバービュー)の作成にあたり、退院後の在宅生活を意識し、記載欄を大きく設けること、また、時間軸で、どこで何をすればよいか分かりやすい形を重視した。その結果、医療機関も在宅生活を意識するようになり、地域と急性期病院との関係性が強まった。
- 退院時の福祉的な手続きを病院側が説明するうえでも、オーバービューが役立っている。
- 連携パス3枚目の退院時の在宅診療医や在宅サービス事業者への情報提供様式の作成にあたっては、医師会も参加している。またそれをきっかけに、病院・医師会・福祉が連携しやすい関係性ができている。



## ② 「地域リハビリテーション」の理念に基づく重層的な地域連携のしくみ

- 市では第五期長期計画(市の総合計画)の重点施策として「地域リハビリテーションの推進」を掲げ、その理念に基づく地域連携の重層的な仕組みをつくってきている。

武蔵野市第五期長期計画の重点施策「地域リハビリテーションの推進」に基づく地域連携

「すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活にかかわる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を超えて連携し、継続的で体系的な支援を行う」

● **地域リハビリテーション推進協議会(=高齢者・障害者等の分野を超えた総合調整機能)**

武蔵野市、地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者

● **在宅支援連絡会(=全市の地域ケア会議機能)**

武蔵野市、福祉公社、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ホームヘルパー etc.の実務担当者。多職種連携。

● **地区別ケース検討会(=エリア別地域ケア会議機能)**

在宅介護支援センターが主催し、地域のケアマネジャーを中心に、医師や在宅サービス関係者が集まり個別ケース検討や情報交換、施設視察(社会資源把握)などを行う。地域の課題を把握・解決に向けた新しいサービス(認知症見守り支援・緊急ショート等)の検討など。

- まず、高齢者・障害者等の分野を越えた総合調整機能として、市や地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、武蔵野赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者からなる「地域リハビリテーション推進協議会」があり、その下に、上記機関や保健所、介護保険事業者多職種による「在宅支援連絡会」があり、全市的地域ケア会議の役割が期待されている。また、在宅介護支援センター（兼地域包括支援センターブランチ）が主催し、地域のケアマネジャーを中心に医師等関係者が集まりケース検討や情報交換等を行う地区別ケース検討会（エリア別地域ケア会議）がある。
- 在宅支援連絡会では、平成24年度には、救急隊への情報提供を目的とした緊急情報キットの作成や在宅療養継続支援のための「医療機関一時入院連携制度（バックベッド活用）」を検討・実施した。

## 取り組みの成果と課題

### 【取り組みの成果】

- 浴場開放事業やテンミリオンハウス事業は、既存の施設・物件や地域のマンパワーを活用することにより、地域の高齢者が要介護度等に関わらず、地域の中で自分らしい生活や社会との関係を継続できる居場所となっている。また、レモンキャブも同様に、閉じこもりの防止を助けている。
- 認知症高齢者への対応や家族支援については、介護保険制度内だけで対応することは難しく、認知症見守り支援ヘルパーのような介護保険制度を補完するサービスにより、本人のQOLの向上や家族の負担軽減が図られている。また、サポーター養成や地域講座の実施も、認知症高齢者とその家族を地域で理解し支えるために今後さらに必要かつ有効である。
- 認知症連携や脳卒中連携パスの実施では、対象となる市民の在宅生活の継続に寄与することはもちろんだが、連携システムを検討するために多職種（特に医療と福祉）が一堂に会し、相互理解を深めながら、顔の見える関係を築いていくことに意義があり、連携シート等を検証しながら改善していくことにもつながっている。

### 【今後の課題】

- 今後は、ひとり暮らし高齢者の増加への対応として、安否確認のための電話訪問や相談などの”安心コール”制度の検討、介護予防・健康増進事業の効果測定・体系化と「自主グループ」化など、地域と協働した武蔵野市ならではのサービスの検討の必要性を感じている。
- 2025年に向けて、行政だけでなく財政援助出資団体や介護事業者をはじめ、保健・医療・介護などの関係機関の”多職種”が、地域の「互助」「共助」の力とともに協働して総合的なまちづくりを推進することがますます必要と感じている。

## 参考 URL、連絡先

- 武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課  
<https://www.city.musashino.lg.jp/soshiki/kakuka/005843.html>  
0422-60-1846