

地域包括ケアシステムの 構築に向けて 都道府県と市町村に求められる役割

141021平成26年度保健師中央会議にて

高橋紘士

国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授

高齢者住宅財団理事長

<http://takahato.com>

21世紀のケアシステム

- ❖ 大規模集中型システムの克服
- ❖ 保護から自立支援へ
- ❖ 自己決定・自己選択
- ❖ ケアインプレイス 生活の継続の尊重と
外付けの支援
- ❖ 資源制約のなかでの最適化志向

なぜ地域包括ケアか

- 山口昇氏の実践から
- 介護保険改正での改正概念として提起
- 高齢者介護研究会（2003年）地域包括ケア研究会（～2012）での検討の蓄積
- 社会保障国民会議から税と社会保障一体改革へそして社会保障制度改革国民会議の議論
- 今回の介護医療改革の方向性

地域包括ケアシステム (山口昇医師による)

地域包括医療(ケア)とは

- 地域に**包括医療**を、**社会的要因**を配慮しつつ**継続**して実践し、住民の**QOL**の向上をめざすもの
- **包括医療(ケア)**とは治療(キュア)のみならず保健サービス(健康づくり)、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた**全人的医療(ケア)**
- 地域とは単なる Area ではなく

Communityを指す

地域包括ケアシステム

個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療をはじめ
様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み

ケアの継続性の確保

高齢者の状態変化に対応した
継続的なサービス提供(長期
継続ケアマネジメント)

退院→地域
地域→入院

ケアの包括性の確保

困難事例等への支援
(介護保険とそれ以外の様々な
社会支援サービスの連携)

介護保険

ケアマネジメント

高齢者－ケアマネ

プロセス

- ①アセスメント
- ②プランニング
- ③ケアカンファレンス(多職種協働)
- ④モニタリング

主治医

長期継続ケア・ 在宅ターミナル

- ・ 医療を含めた多職種連携、
365日・24時間の安心の提供
- ・ 医療保険・介護保険による
サービスの組み合わせ

多職種協働

- ・ 保健、福祉、医療の
専門職相互の連携
- ・ ボランティア等の
住民活動も含めた連携

(現状のケアマネジメントの立て直し)

ケアマネジャーの資質向上
プロセスの確実な実施:業務の標準化
困難事例等への支援:環境整備
中立・公正の確保

地

域

地域包括ケアを支える総合相談・連携支援機関(地域包括支援センター(仮称))

◎地域包括ケアシステムとは

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「概ね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。

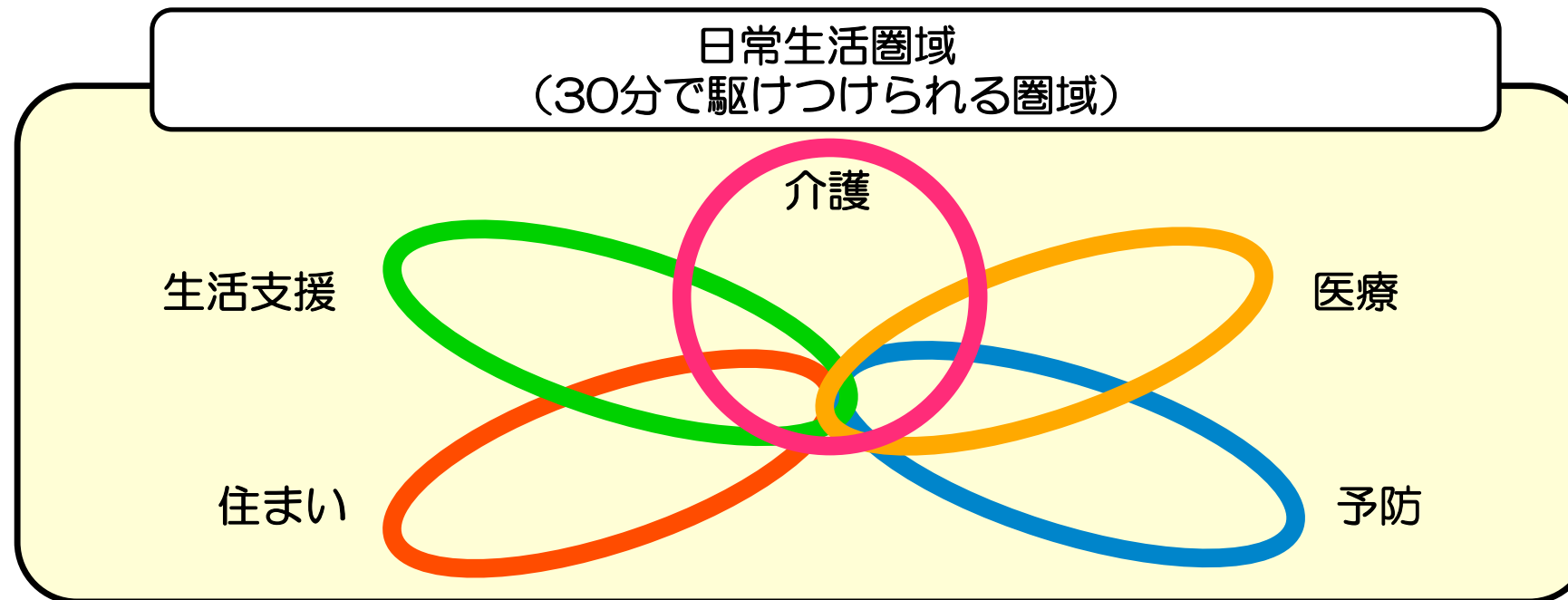
（地域包括ケア研究会報告書より）

◎地域包括ケアの規定

介護保険法第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で、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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ 18

高齢者三原則

- これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性を持って暮らす（継続性）
 - 高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える（自己決定）
 - 今ある能力に着目して自立を支援する（自己資源の活用）
-
- 介護保険の目的
 - ・ 尊厳の保持
 - ・ その有する能力に応じ自立した日常生活

1970年モデルと2025年モデル

「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とし、年金、医療、介護を中心とした**1970年代モデル**から子供子育て支援、経済政策、雇用政策、地域政策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用安定・処遇改善をはじめとするすべての世代を支援の対象として、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障としての**2025年モデル**」へと転換をはかること。

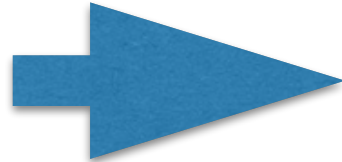
さらに「QOLの向上という観点から様々な生活上の困難があっても、**地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくり**として推進することが必要である。」

社会保障制度国民会議報告書

高度経済成長が作り出した社会様式

標準世帯化と変動の予兆

1970年代



恍惚の人1972

寝たきり老人の発見

老人医療無料化1973

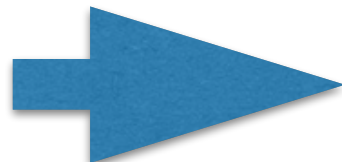
在宅死病院死5割5割

2025年モデルへの転換



生産年齢人口の縮小

2025年代

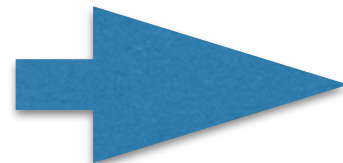


団塊の世代が後期高齢層に

2000万人時代

標準世帯の崩壊 単身世帯が最多世帯化

2050年代



団塊ジュニア世代が

後期高齢層に

（６）地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

今後、大都市では、75 歳以上の高齢者が急増する一方、地方圏では、75 歳以上の高齢者数の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。一方、過疎化が進む地域では、人口が急速に減少し、基礎的な生活関連サービスの確保が困難になる自治体も増加する。このように地域ごとに高齢化の状況が異なっており、また、地域の有する社会資源も異なることから、各地域において地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化の中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、**在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。また、地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等との間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。**さらに、（５）で述べたように、今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。このような**地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において「21 世紀型のコミュニティの再生」といえる。**

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活の選択が常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」ことにはならないことについて、本人家族の理解と心構えが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

■自分のことを自分でする
■自らの健康管理（セルフケア）
■市場サービスの購入

自助

■当事者団体による取組
■高齢者によるボランティア・生きがい就労

互助

■ボランティア活動
■住民組織の活動

■ボランティア・住民組織の活動への公的支援

共助

■介護保険に代表される社会保険制度及びサービス

公助

■一般財源による高齢者福祉事業等
■生活保護

【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年には、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

地域包括ケアシステムの基本理念と構成要素の関係性

地域包括ケアシステムの基本理念 —「尊厳の保持」「自立生活の支援」と「規範的統合」—

高齢者の「尊厳の保持」

- 高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方。
- 高齢者の「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要。

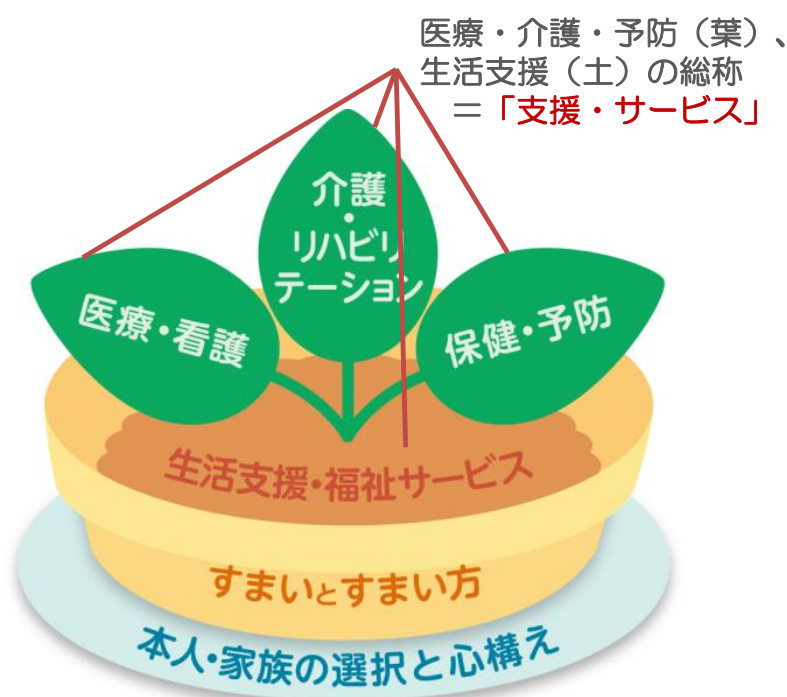
高齢者の「自立生活の支援」

- 高齢者ケアにおいては、心身の状態の変化や「住まい方」(家族関係や近隣・友人との関係性)の変化に応じて、医療・介護・予防・生活支援を適切に組み合わせて提供する必要がある。
- 急激な変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられることが望ましい。

地域における共通認識の醸成 —「規範的統合」—

- 「尊厳の保持」「自立生活の支援」のための仕組みを、「住み慣れた地域」で実現する上で、自治体は中心的な役割を果たす。
- どのように地域包括ケアシステムを構築するかは、地域住民の参画のもと決定すべきであり、自治体にはその選択肢を地域住民に提示する責任がある。
- 実際の構築に向けては、自治体には、地域住民に加え、支援・サービスに携わる事業者や団体等にも働きかけ、目標像を共有していく「規範的統合」が求められる。
- 「規範的統合」は、自治体の首長による強いメッセージの発信が重要。また、自治体・保険者には、まちづくりや医療・介護サービスの基盤整備に関して、明確な目的と方針を各種の計画の中で示すことが求められる。

地域包括ケアシステムの構成要素の関係性



地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意思で「住まい」(住居の形態)を選択し、本人の希望に合った「住まい方」(家族・近隣・友人との関係性)を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」の変化に応じて、「支援・サービス」を柔軟に組み合わせて提供する。

「住まいと住まい方」(植木鉢)と「支援・サービス」(葉・土)の関係

- 従来の施設では、「住まいと住まい方」と「支援・サービス」は予めセットになっており、内部で提供されるサービスで完結していたが、地域包括ケアシステムでは、柔軟に組み合わせられる。(例：サービス付き高齢者向け住宅の入居者の心身の状態が変化すれば、必要に応じて外部からのケアを利用。)

「医療・看護」「介護・リハビリテーション」(葉)と「生活支援・福祉サービス」(土)の関係

- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・介護」に注力することができ、在宅限界点の向上につながる。

「本人・家族の選択と心構え」の位置づけ

- 「住まいと住まい方」(植木鉢)、「医療・介護・予防」(葉)、「生活支援」(土)の柔軟な組み合わせは、「本人と家族の選択と心構え」の上でこそ成立する。つまり、本人が選択した上で、その生活を送っていることが重要である。

地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿

本人・家族の選択と心構え



「養生」のための動機づけ支援や知識の普及

- 地域包括ケアシステムでは、支援・サービスを提供するだけでなく、本人も、自発的に健康を管理する態度をもって健康な生活を送る「養生(ようじょう)」が求められる。
- 「養生」に努めるには、受動的でなく能動的に学び、多様なニーズや関心をもつ人達が情報やスキルを共有、健康管理や必要な支援・サービスの選択ができるようになるプログラムの提供、教育人材の確保・育成が必要。

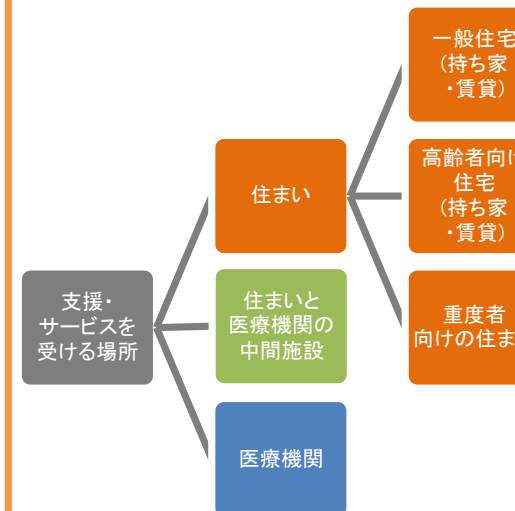
自己決定に対する支援

- 世帯構成の変化、住み替え、ケア方針の決定といった様々な場面での意思決定に対する支援として、**分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達**が必要。
- 長年の信頼関係をもつ主治医や以前から関与しているケアマネジャー等の専門職が助言してこそ意味がある。特にターミナル期では、望まない治療や救急搬送が行われないよう十分なコミュニケーションが求められる。

住まいと住まい方

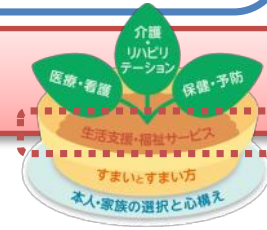


「支援・サービス」を受ける場所と「住まい」の種類



- 「住まい」としては、「**一般住宅**」のほか、家屋・家族・サービス基盤等の理由で一般住宅での生活が難しい場合に住み替える「**高齢者向け住宅**」、重度で在宅生活が難しい場合に集中的なケアを提供する「**重度者向けの住まい**」がある。すべての「住まい」は、「住み慣れた地域」での生活を保障。
- 「住まい」での生活を基本としつつ、急性期には「**医療機関**」、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には「**住まいと医療機関の中間施設**」を、必要に応じて短期間利用。

生活支援



個人に対する生活支援サービスの提供

- 生活支援は、地域内で民間事業者によって提供されているサービスを購入する方法(**自助**)、地域の互助によって提供される支援を活用する方法(**互助**)が想定される。**地域単位で最適な提供方法の検討が必要**。

地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性

- 心身の衰えや病気の治療、近隣の付き合いの減少による孤立感、機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりなどの不安やリスクの解消には、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りしたりする「**包括的な生活支援の拠点**」の設置が重要。あらゆる地域住民が支える側・支えられる側の区別なく、自由に訪れ交流できる場所としていく。
- このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など、運営方法によって多様な効果が期待できる。

医療・介護・予防の一体的な提供



医療・介護の連携が特に求められる取組・場面

- 介護職は、「**医療的マインド**」を持って、具体的な生活場面のアセスメントの内容を医療側に伝達。医療側は、「**生活を支える視点**」を持って、介護側から提供された生活情報をもとに病態を把握、臨床経過の予測を介護側に伝え、必要となる介護やリハビリテーション等の介入を見通す。
- このような連携が求められる取組や場面として、「**介護予防**」「**重度化予防**」「**急性疾患への対応**」「**入院・退院支援**」「**看取り**」が挙げられる。

統合的なケアの提供に必要な仕組み

- 統合的なケアの提供に関わる多様な専門職の機能を統合するためには、**顔の見える関係づくり**に始まり、**課題認識の共有や目標設定、ツール作成**等を通じて、統合的なケアの提供に必要な仕組みを構築する必要がある。
- ツールとしては、アセスメントやプラン作成の標準的な様式の作成、連携の場面に必要な手順や役割分担、連絡調整上の配慮等に関するルール、地域連携クリティカルパスが考えられる。

医療介護

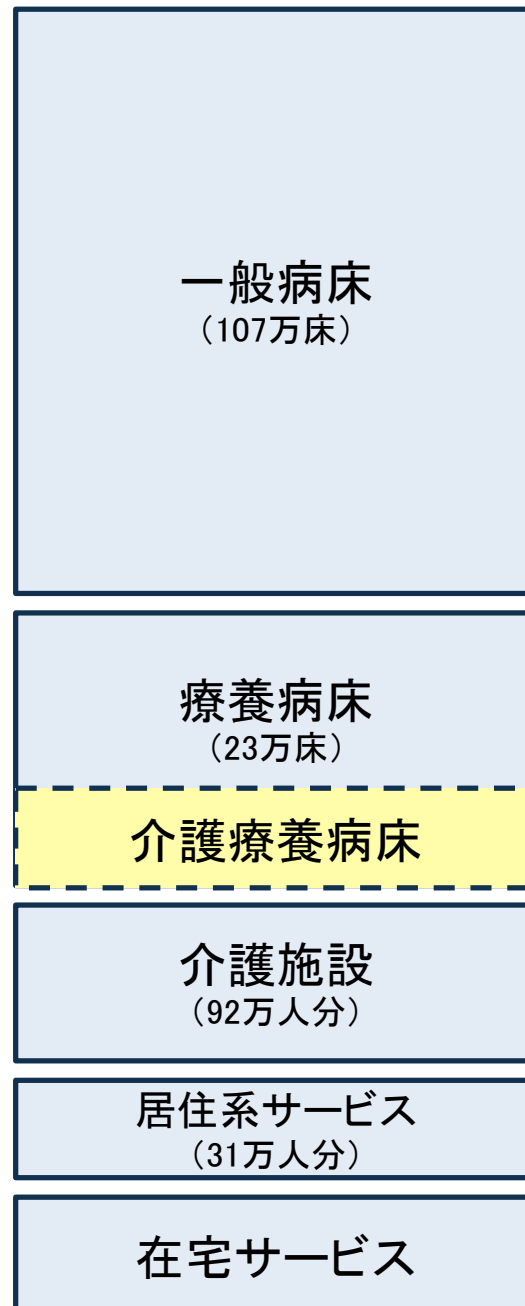
医療・介護機能の再編(将来像)

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

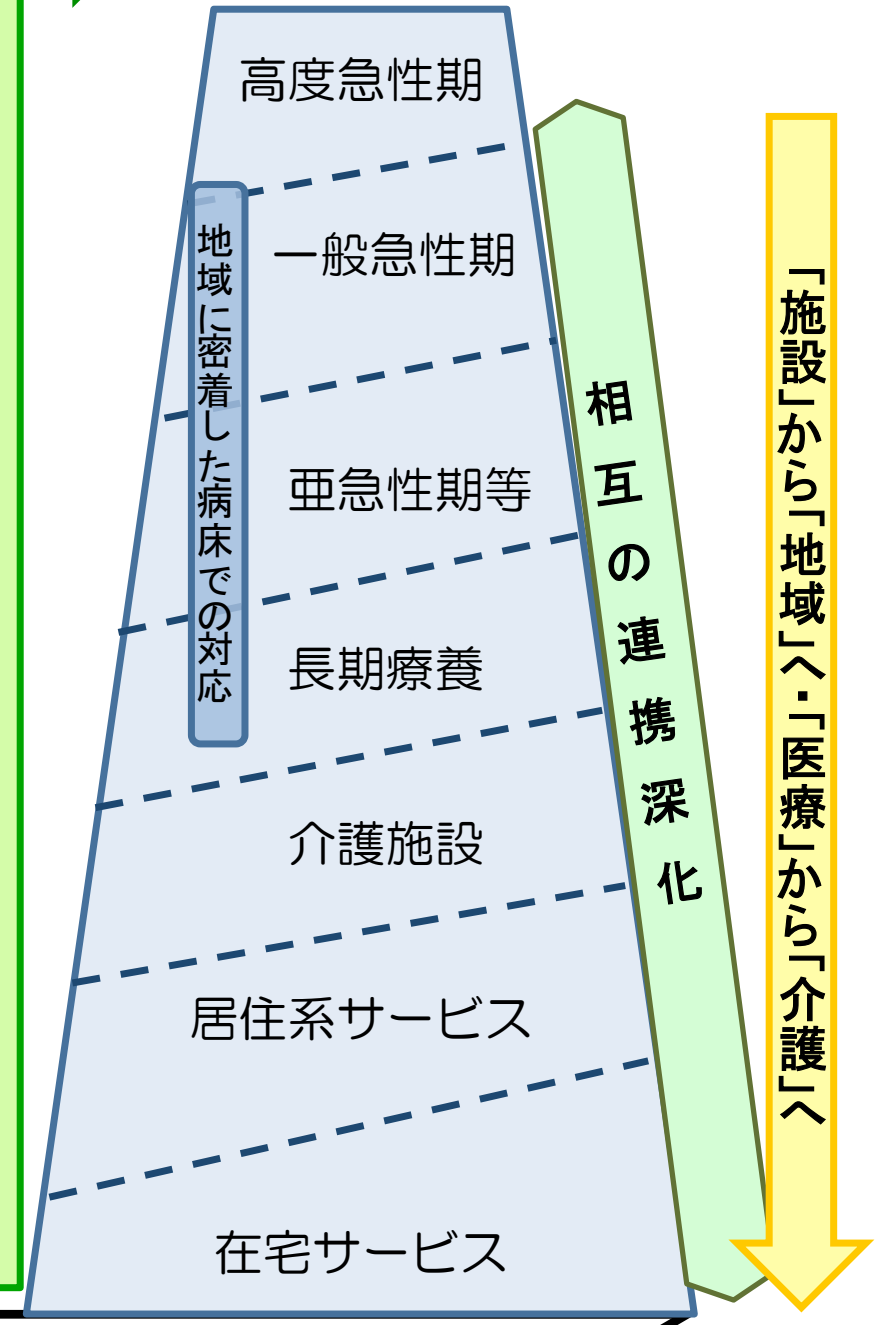
- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



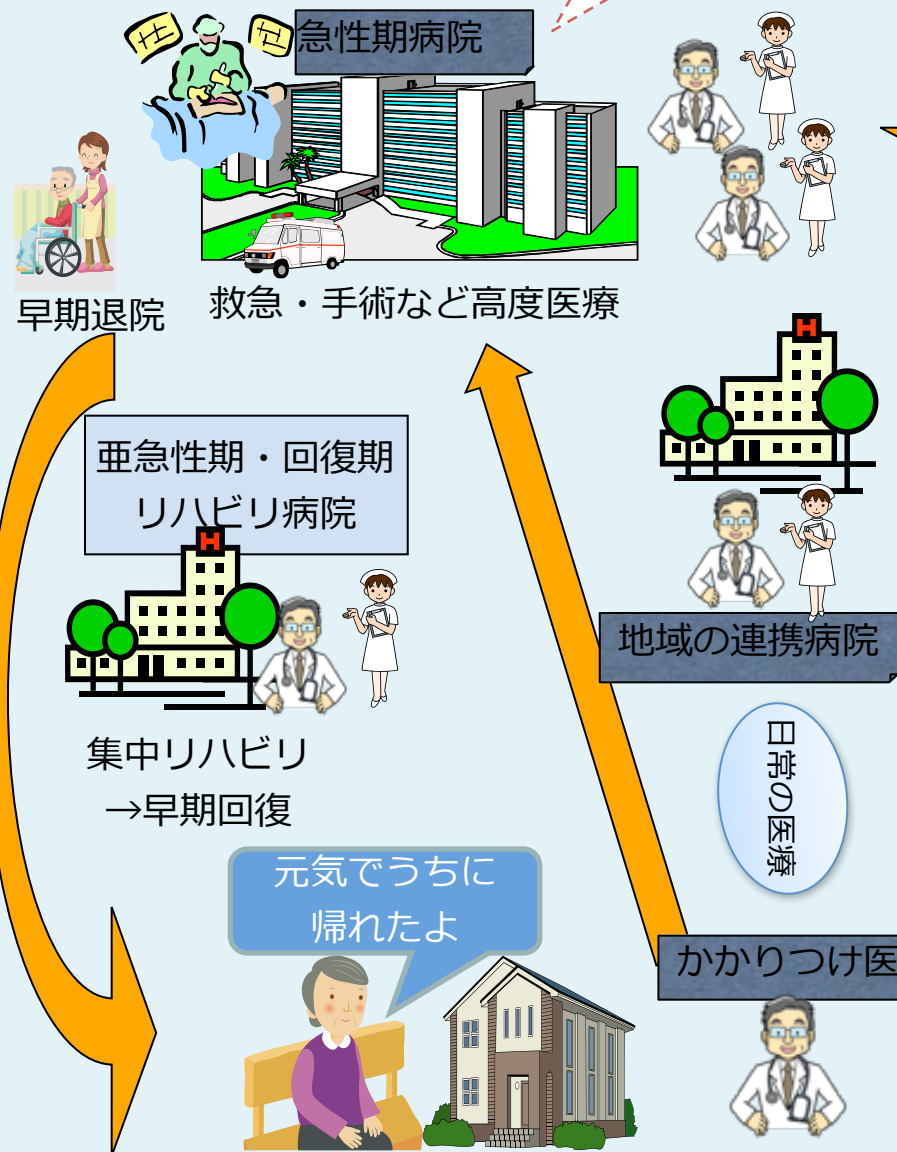
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

病気になったら



包括的マネジメント

- ・在宅医療連携拠点
- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネジャー



- ・医療から介護への円滑な移行促進
- ・相談業務やサービスのコーディネート

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院したら

＜地域包括ケアシステム＞
(人口1万人の場合)

医療



- ・在宅医療等訪問看護 (1日当たり 17→29人分)
- ・訪問看護 (1日当たり 29→49人分)

通院

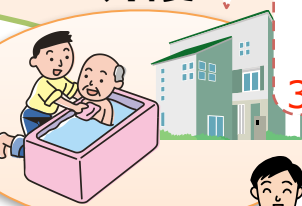
在宅医療 訪問看護

住まい



通所

訪問介護・看護



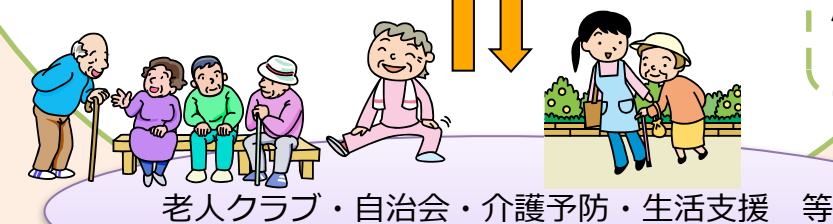
介護

- (16→37人分)
- ・小規模多機能 (0.25か所→2か所)
- ・デイサービス など

- ・介護人材 (207→356~375人)

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービス (15人分)

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定



生活支援・介護予防

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

1. 入院医療について＜在宅復帰の促進＞



「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく、 制度改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、予防、生活支援、住まいを充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

①在宅医療・介護連携の推進

②認知症施策の推進

③地域ケア会議の推進

④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が 取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的に事業も実施。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3 以上に限定（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・ 給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - * 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
 - * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
 - * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

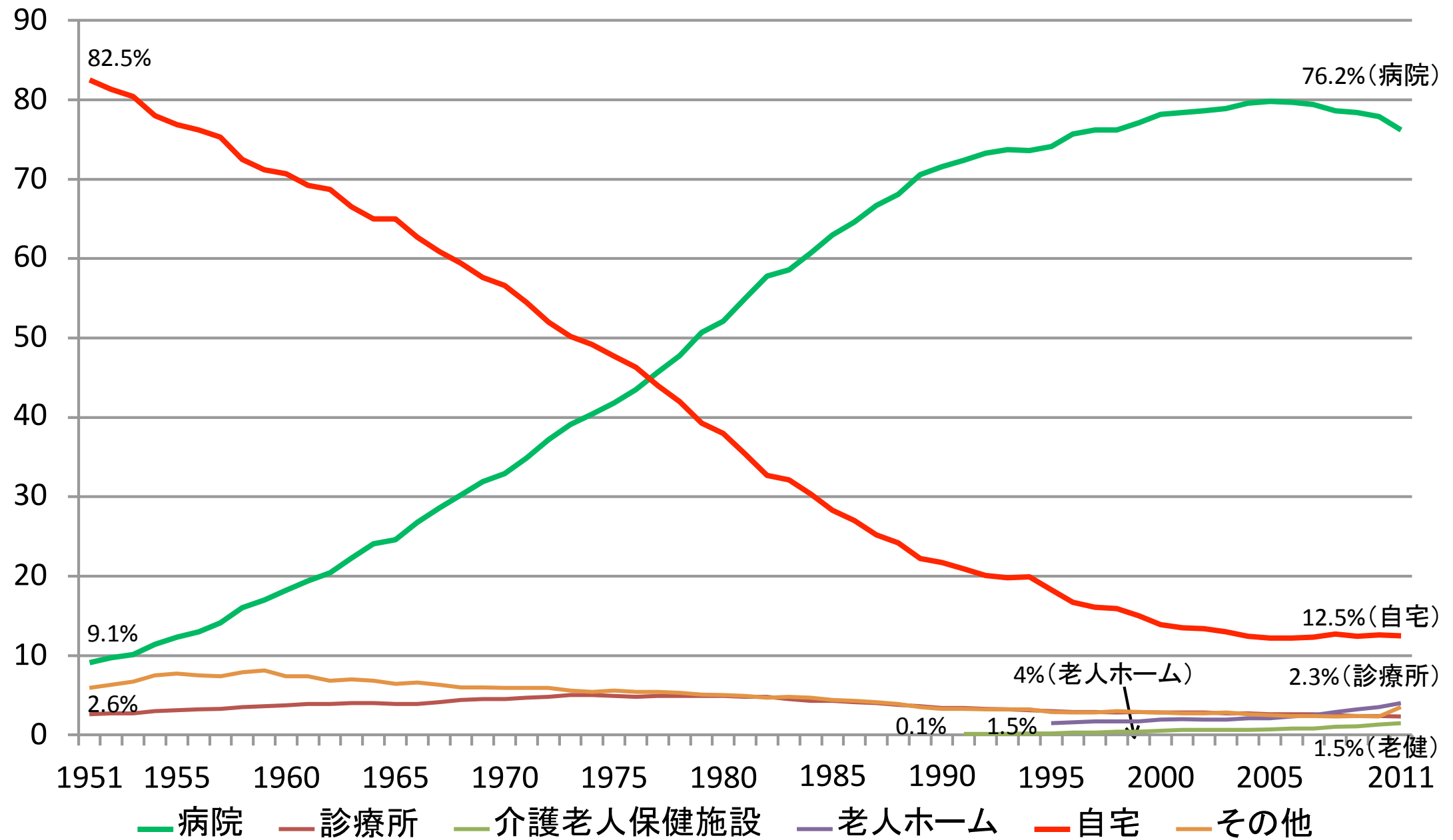
①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 一定以上の所得のある利用者（単身の場合で合計所得金額160万円以上＝年金収入280万円以上とする案を中心に検討）について、自己負担を1割から2割に引上げ。ただし、世帯の月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ（一般の人は37,200万円に据置）

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
 - * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

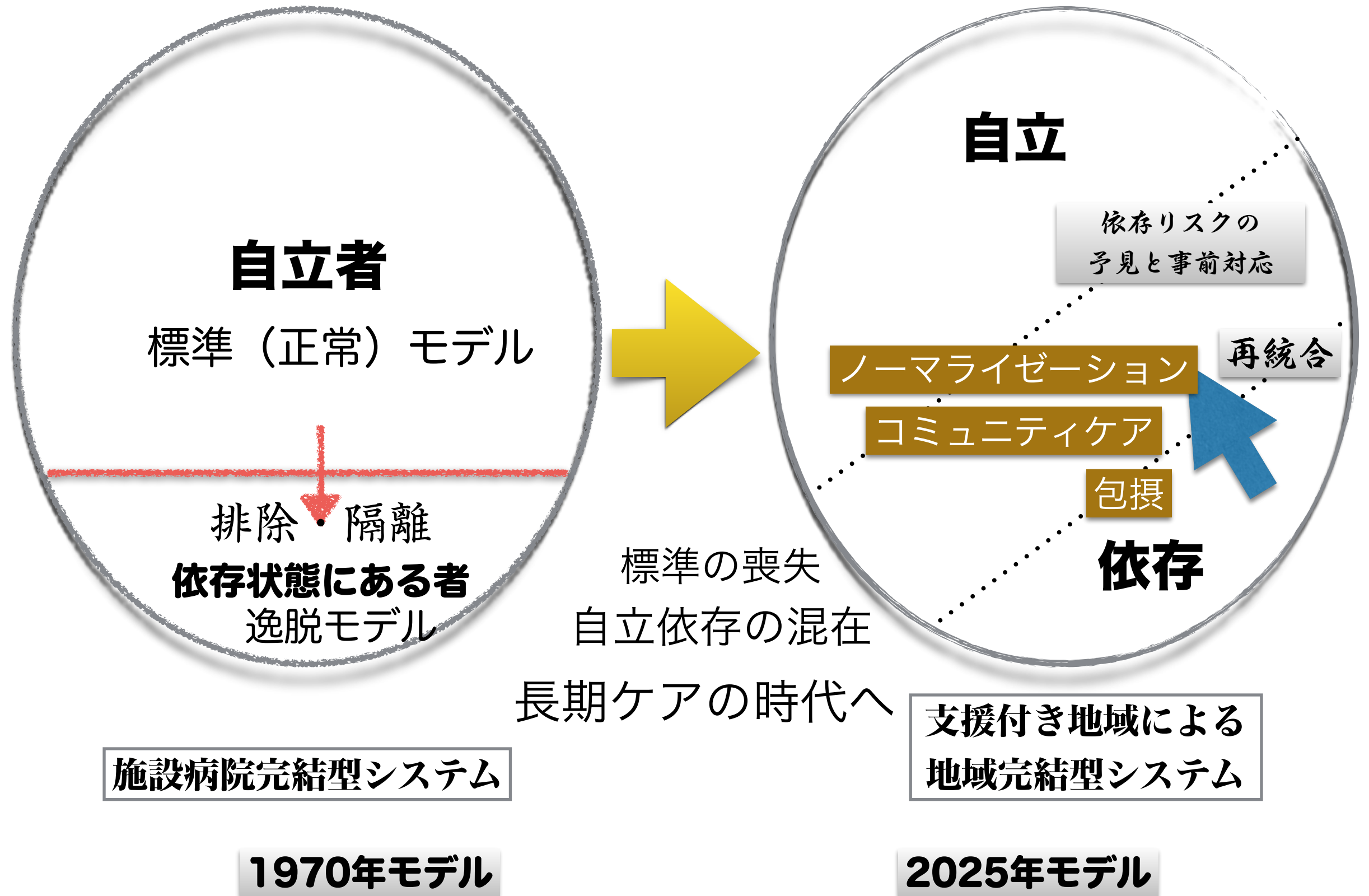
出典)厚生労働省「人口動態統計」⁴

死亡場所の国際比較

国	自宅	病院	施設
日本	12%	81%	4%
アメリカ	31%	41%	22%
オランダ	31%	35%	33%

ケア論

依存状態のマネジメントモデルの転換



生活機能を規定する諸要因の関係

二つのケア論

自己決定と尊厳

ケアの主体化と客体化（物象化）



身体機能×適切なケア×意欲

生活機能 =

社会的・身体的環境阻害因子



出典：Essentials of Clinical

Geriatric (sixth edition 2009) 所収の

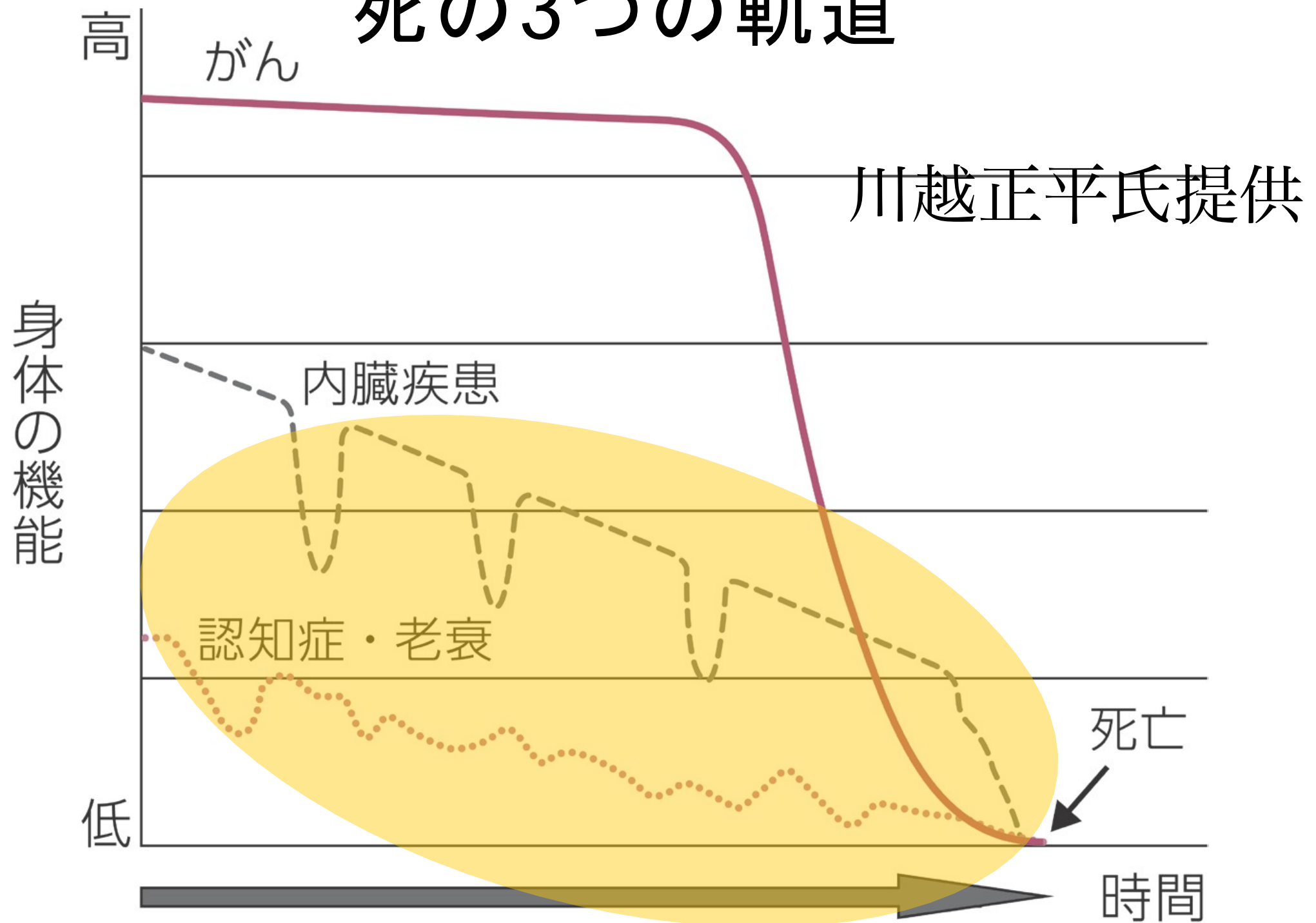
図(p58)を備酒伸彦氏が改変

オリジナルの図式は下記

生活空間の質 関係資本の質

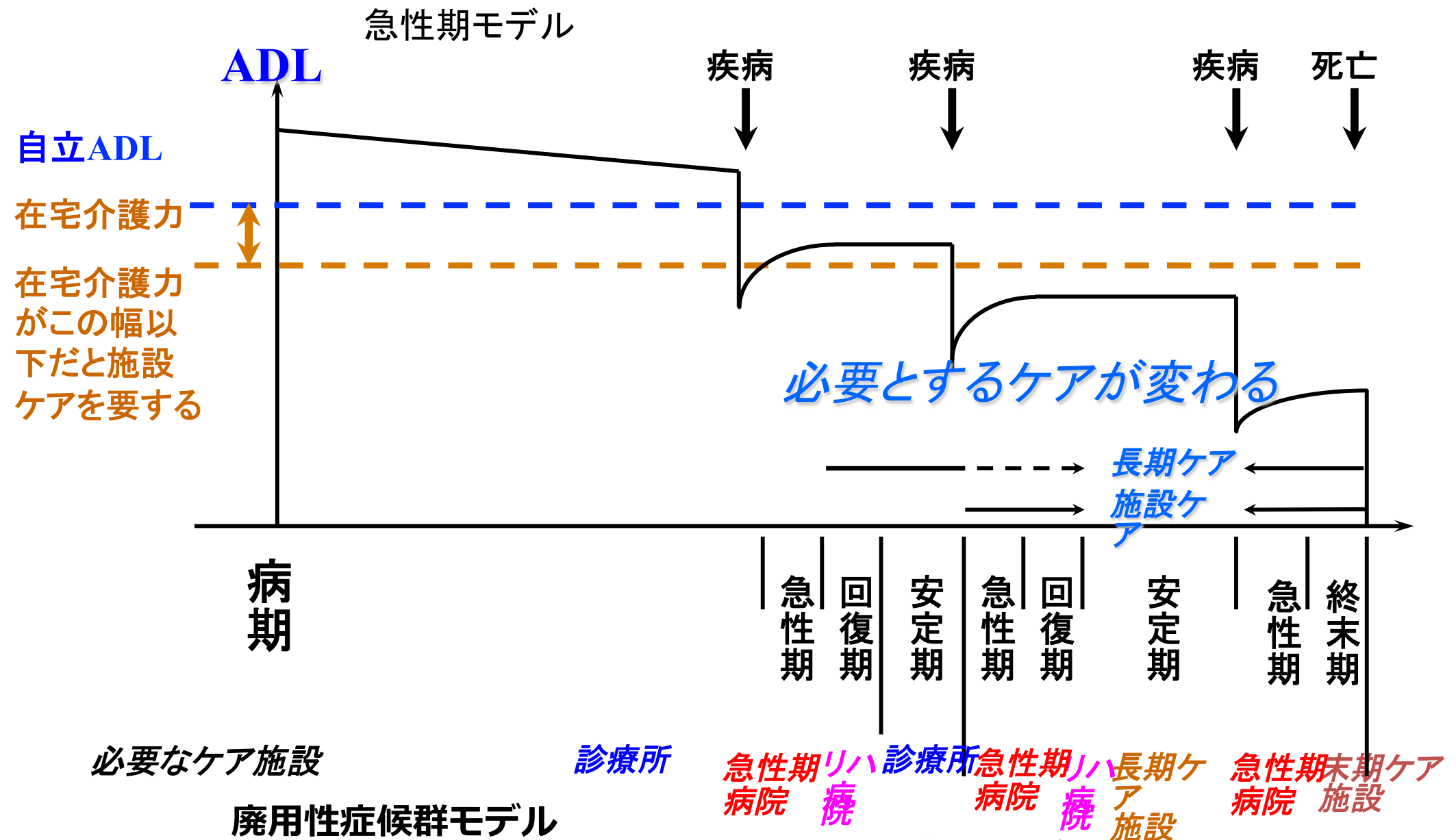
$$\text{Function} = \frac{(\text{physical capabilities} \times \text{medical management} \times \text{motivation})}{(\text{social, psychological, and physical environment})}$$

死の3つの軌道



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285(7), 2001

高齢者ケアの過程（複数のエピソードと必然的死）



廃用性症候群モデル

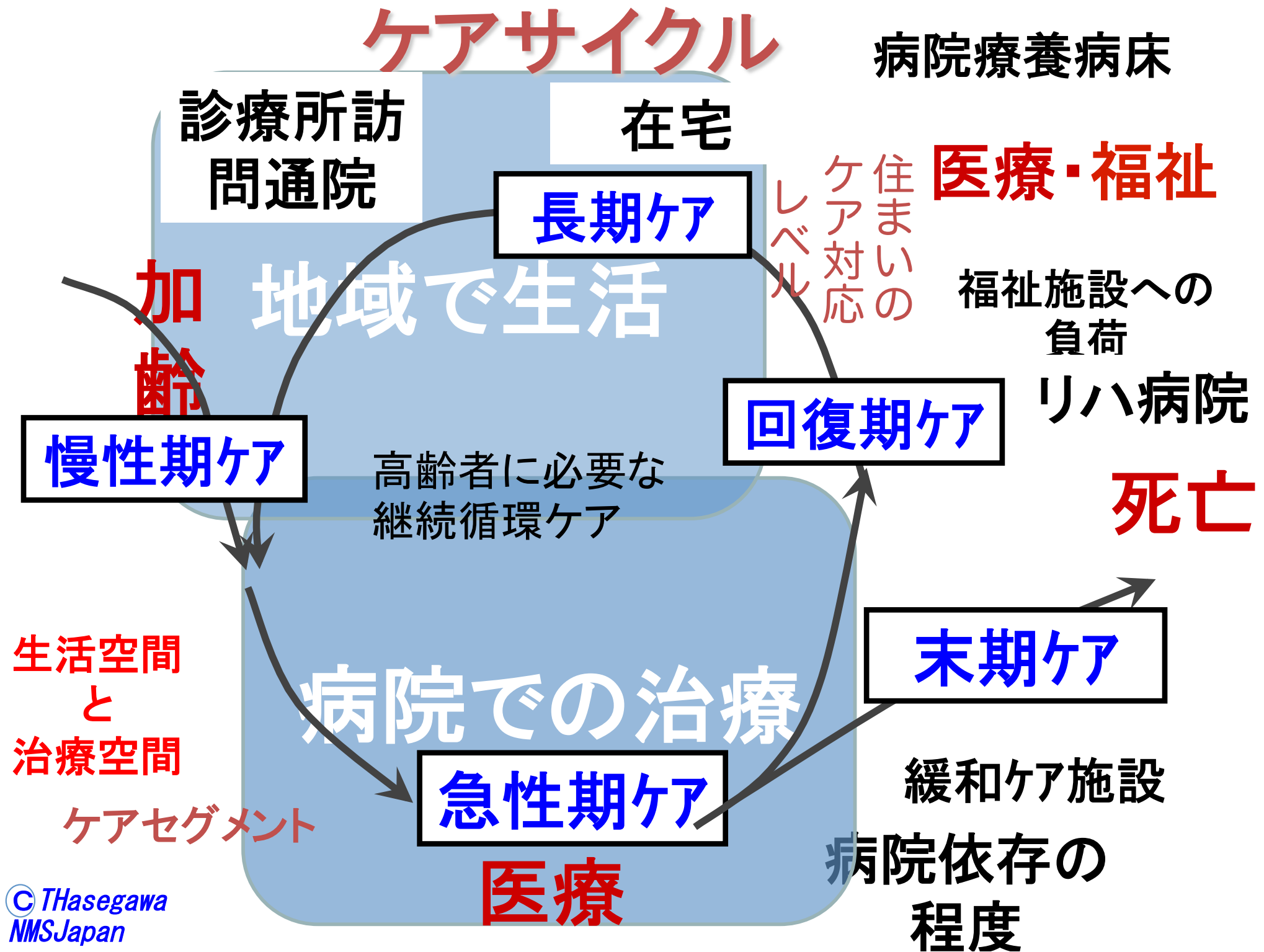
認知症モデルの場合は？

必要とする資源が変わる

© THasegawa
NMSJapan

日本医大長谷川敏彦教授による

ケアサイクルモデル



ケアサイクルにおける居住空間の意味

- 病院は治療の場 短期利用を前提
 - 長期居住は劣悪な居住環境となるとともに巨額の社会的コストを発生
- 施設 居住の場とケアの場の一体化
 - 個室ユニットケアによる改善
 - 社会的コストは相対的に高い
- ケア付き住まい 多様な形態
 - 既存居住資源の活用を伴う地域居住（ケアインプレイス）の推進 これを支える政策体系の導入の必要

Ageing in Place＜定義＞

「虚弱化にも関わらず、高齢者が自立して尊厳をもち、
住み慣れた環境に最期まで住み続けること。
施設入所を遅らせ、避ける効果がある」

(Lawton, 1973,1976; Tilson & Fahey, 1990; Pynoos, 1990;Callahan, 1993; Ivry, 1995)

＜下位概念＞

- 1) 高齢者の尊厳を守り 自立を支援する環境を守る
- 2) 変化する高齢者の能力に、住まいとケアを適応させる
- 3) 近隣・コミュニティ変化も含むダイナミックなコンセプト
- 4) 「自宅・地域に住み続けたい」という願望に応じて、「地域に住み続けること」つまり、最期まで（死ぬまで）の地域での居住継続

＜手法＞

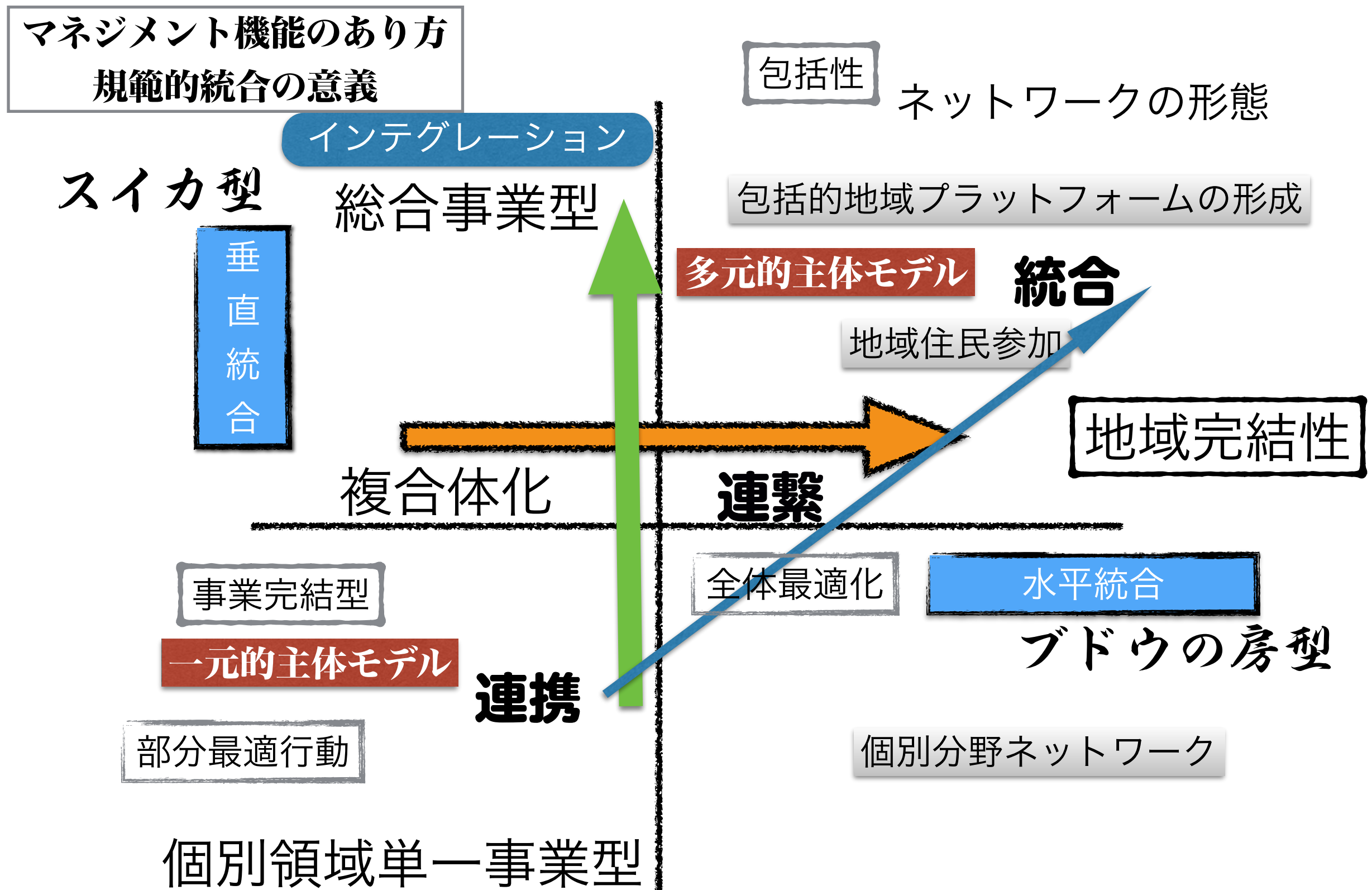
「住まいとケアの分離」 (Goschalk, 1998; Houben, 2001)

松岡洋子氏による 29

療養・養生モデルの位置づけ



地域包括ケアシステム構築のプロセスモデル



高橋紘士作成

地域包括ケアシステム事例集成

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

- ・ みつぎモデルと尾道医師会モデル （⇒地域包括ケアシステム 地域連携論）
 - ・ 尾道モデルと鶴岡モデル～医師会モデルの可能性 （⇒事例集成）
- ・ ホームホスピスの支援構造～包括的支援としてのターミナルケア （⇒地域包括ケアシステム）
- ・ ふるさとの会の事業構造 生活困窮者への包括的支援 （⇒地域包括ケアシステム）
- ・ 南砺市および大牟田モデル～行政のあり方（地域包括医療ケア局）と医療機関の地域化／退院支援モデルと地域活性化 （⇒事例集成 地域支援連携論）
- ・ 地域プラットフォームとしての三方よし研究会～地域連携パスからの展開 （⇒事例集成 地域連携論）
- ・ 資源過小地域の地域再生モデル 当別町、やねだん、肝付町、大和村 （⇒事例集成）
- ・ 大都市モデル・都市近郊モデル～急激な高齢化と少子化 柏モデル☆、多摩市モデル、横浜市、名古屋市（医療生協モデル） （⇒事例集成 ☆東大出版会近著）

（出典 高橋編 「地域包括ケアシステム」「地域連携論」「地域包括ケアシステム事例集成」）

大牟田市白川校区の事例

在宅退院率の向上

猿渡進平氏提供資料

医療法人 静光園 白川病院 概要

◆ 診療科

内科・リハビリテーション科・放射線科

◆ 病床数及び内訳

218病床

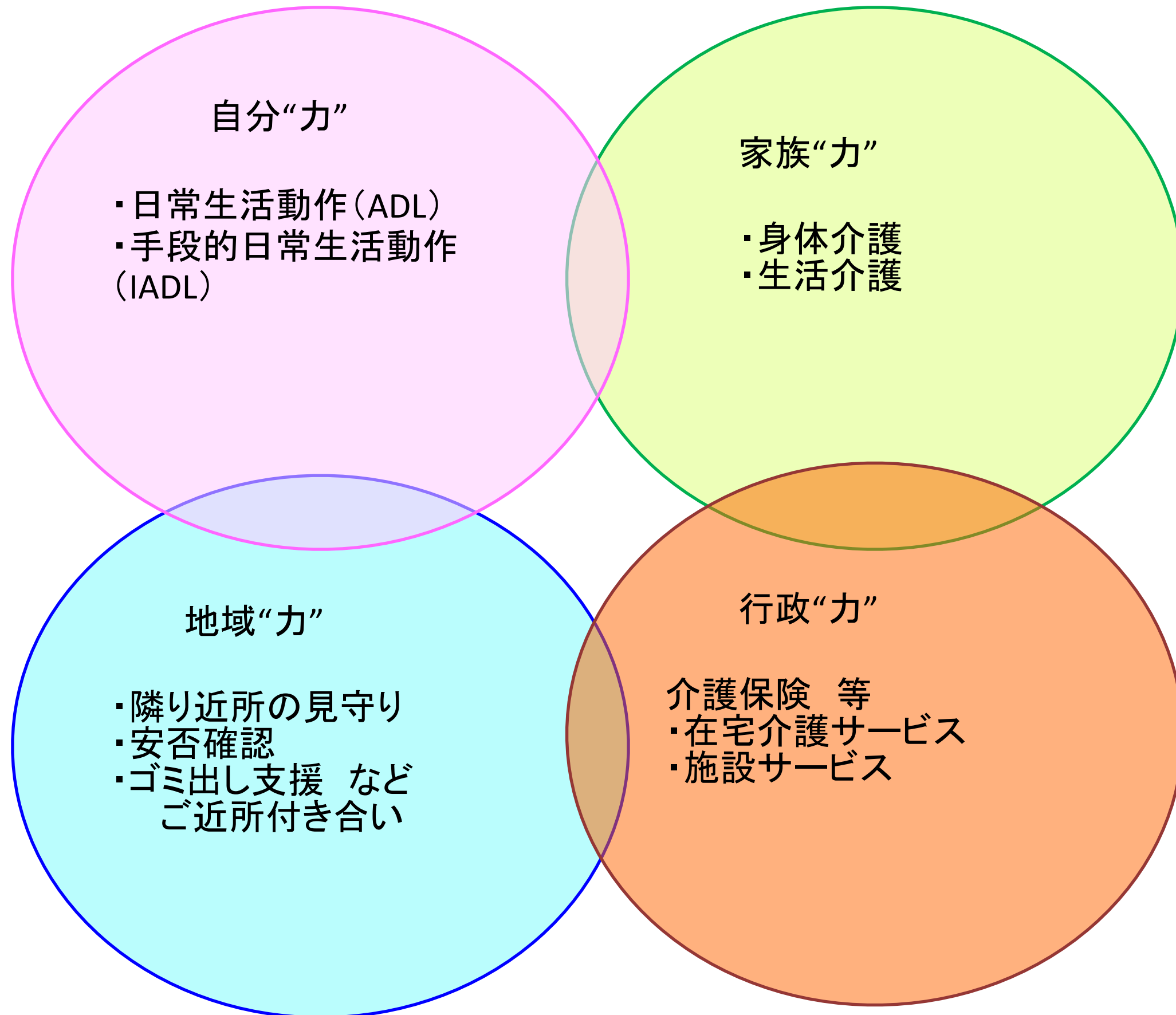
一般（障害者）60床、医療療養98床、介護療養60床

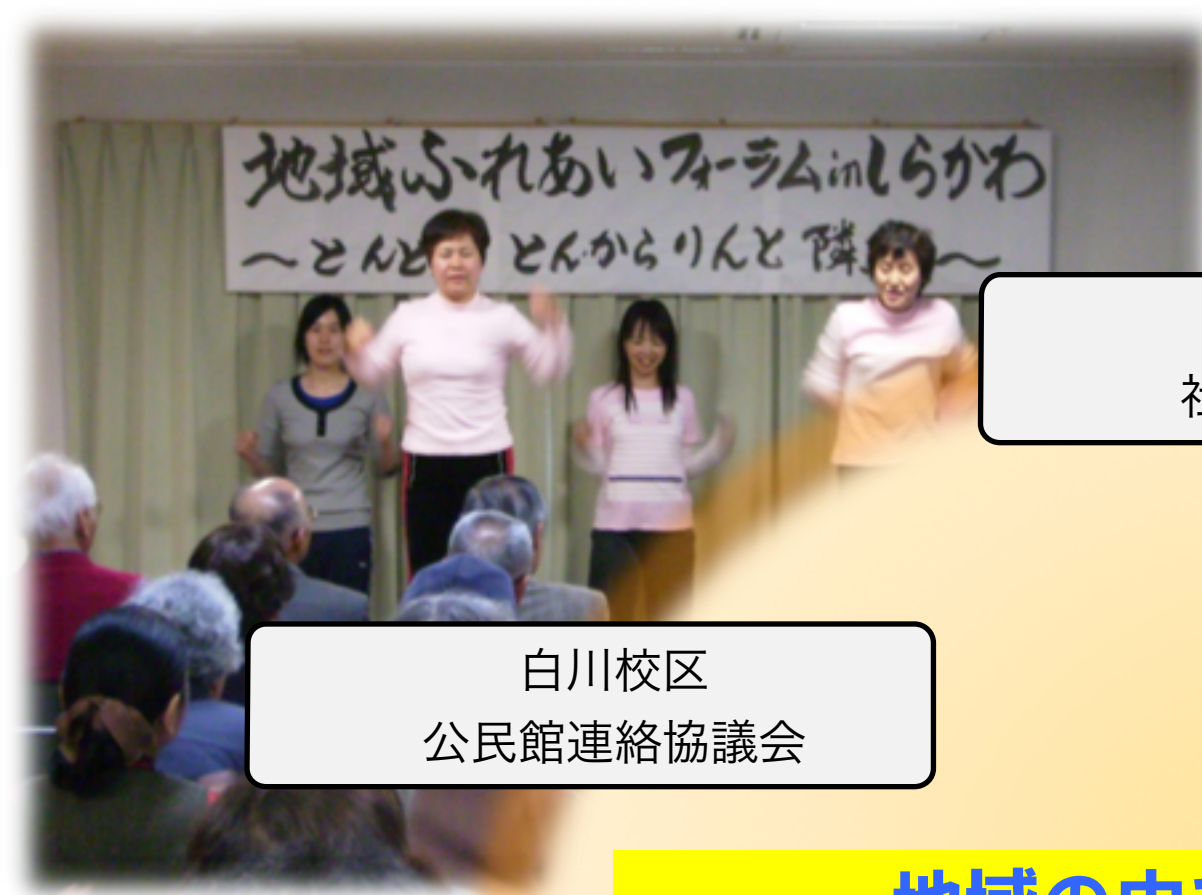
◆ 患者平均年齢

85.7歳



患者が自宅退院するために必要な“力”





白川校区
社会福祉協議会



白川校区
民生児童委員連絡協議会

地域の中での支え合いや
ネットワークの必要性について検討

白川校区
しらかわ生き生きクラブ

白川校区
老人クラブ



中央地域包括支援センター



医療法人 静光園
白川病院

任意団体
白川ふれあいの会

「NPO法人 しらかわの会」の活動計画

基本目的

高齢者、障害者等の世帯を対象に個別訪問を実施し、家事支援及び生活相談に応じ自宅で安心して生活できるように支援する。また安心して住める町づくりを目指す為、環境整備や安全確保を重点に地域の活性化に寄与する。

事業名	具体的内容	実施予定
・ 日常生活支援事業	・ 個別訪問による買い物、付き添い、清掃、庭木の手入れ、相談支援等 ・ サロン事業	随 時
・ 環境美化部会	・ 堂面川河川敷清掃 ・ 地域内の清掃活動	1回／年 1回／年
・ 安心、安全部会	・ 防犯灯及び危険箇所点検 ・ 地域広報誌発行	2回／年 随 時
・ こども部会	・ 通学路点検 ・ 学校諸行事の支援 ・ こどもの居場所づくり ・ 障害児の登下校支援	2回／年 随 時
・ 自治体及び他団体の支援事業	・ 徘徊模擬訓練 ・ 白川まつり	1回／年 1回／年

日常生活支援部会



NPO法人 しらかわの会

日常生活で何かお困りことはありませんか？

- ◇ 玄関先や庭などの除草作業
- ◇ 蛍光灯の交換などの高い所の作業
- ◇ 家具など重い物の移動
- ◇ 退院時の家の掃除
- ◇ 簡単な家具や器具の組み立て
...など

白川校区にお住まいの高齢者世帯、
障がい者世帯を対象としております。

利用料は無料
(材料費がかかる場合は依頼者様負担をお願いします)

しらかわの会
事務局へ申し込み ☎ 53-4191 (または馴染みの民生委員さんへ連絡)

↓

事前に打ち合わせにお伺い致します。
お手伝いできる範囲を話し合いましょう！！
(内容次第では難しい場合もございます)

私達NPO法人しらかわの会は、白川校区の皆さまが住み慣れた地域
でいつまでも安心して暮らし続けていくために、全力でお手伝いをさせ
ていただきます！
まずは事務局または馴染みの民生委員さんまで気軽に相談ください。

NPO法人
しらかわの会

〒837-0926
福岡県大牟田市上白川町1-246
(地域交流センターしらかわ内)

TEL 0944-53-4191 FAX 0944-56-1091
E-mail shirakawanokai@yahoo.co.jp

Aさんの生活状況

認知症がある高齢者



頼れる友人・知人



- ・経済的虐待
(家賃も数年間未納)
- ・医療機関への未納あり



近くに住んでいた長女



- ・世話の放棄・放任
- ・心理的虐待



80代 要介護1
生活保護受給



「左大腿骨転子部骨折」で入院。
認知症があり、自宅で、徘徊していた。

Bさんの生活状況

知的障害の高齢者



障害者施設

数年前に入所



老朽化した家



息子(40歳) 男性

知的障害 有



80歳代 女性

知的障害
障害年金1級
要介護1
食事が摂れておらず低
栄養で入院。



年金担保の借金



買い物や預貯金の引き出しなどの支援



知人 女性

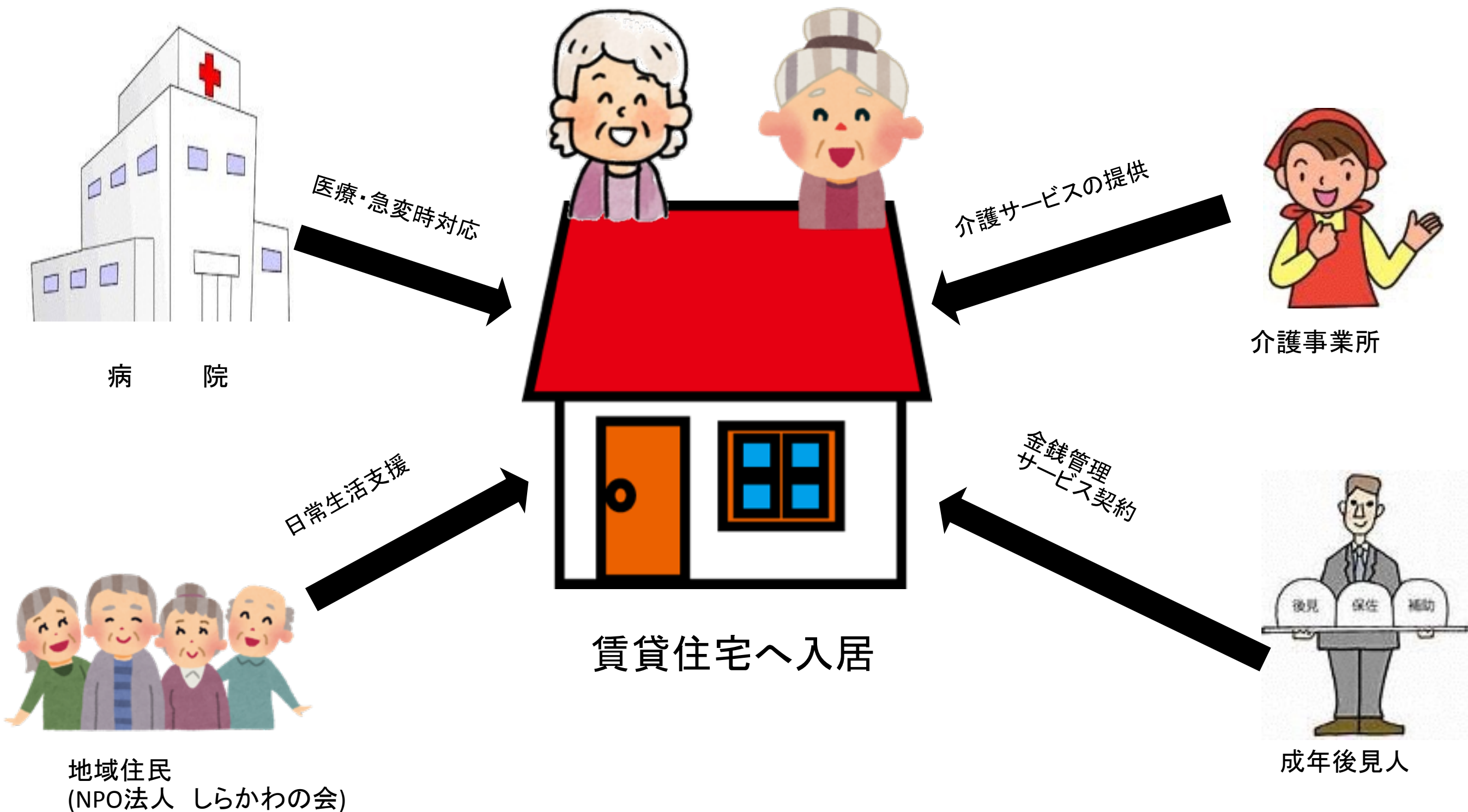
謝礼として金銭を渡す



入院中の二人の思い・・・



本人たちの思いを尊重した支援



なぜ住み慣れた地域の「住まい」を確保し、 生活が継続できたのか？

1、 社会的な信用（金銭的な保証）

成年後見制度の申し立てを行う。近所のトラブルの対応と債務整理、借金の返済も行った。

また賃貸住宅の契約も実施。家賃の未払いになることを懸念していた大家から信用を得ることが出来た。

2、 孤独死対策（ネットワーク形成）

大家は、孤独死が発生することを懸念していた。しかし、地域住民や医療機関、介護サービス事業所の職員で会議を開催し、一定の見守りや介護サービスが入ること、また状態が悪化した際には即座に医療機関が対応する等、ネットワークの形成を図り、大家の安心を得た。



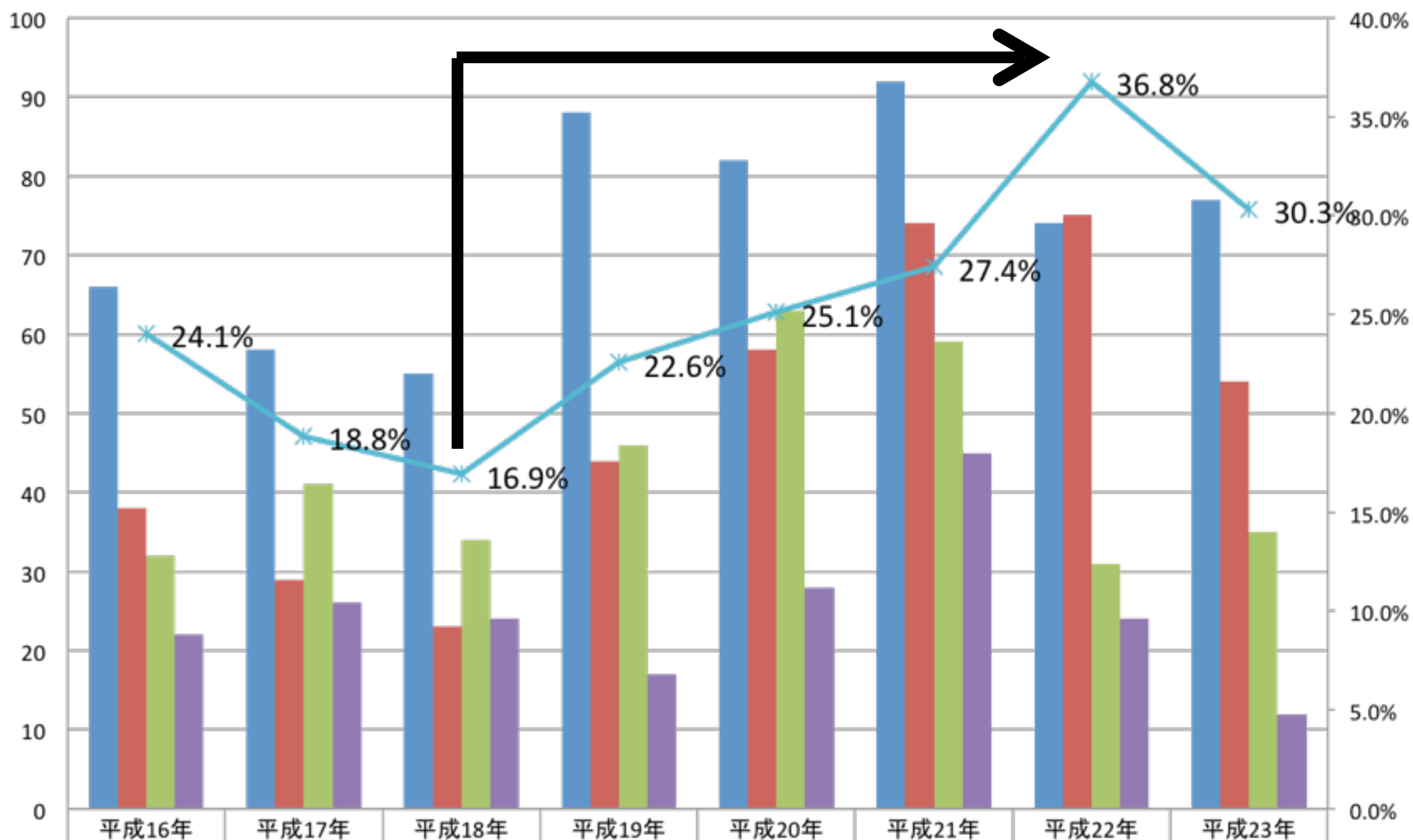
住まい、



地域支援



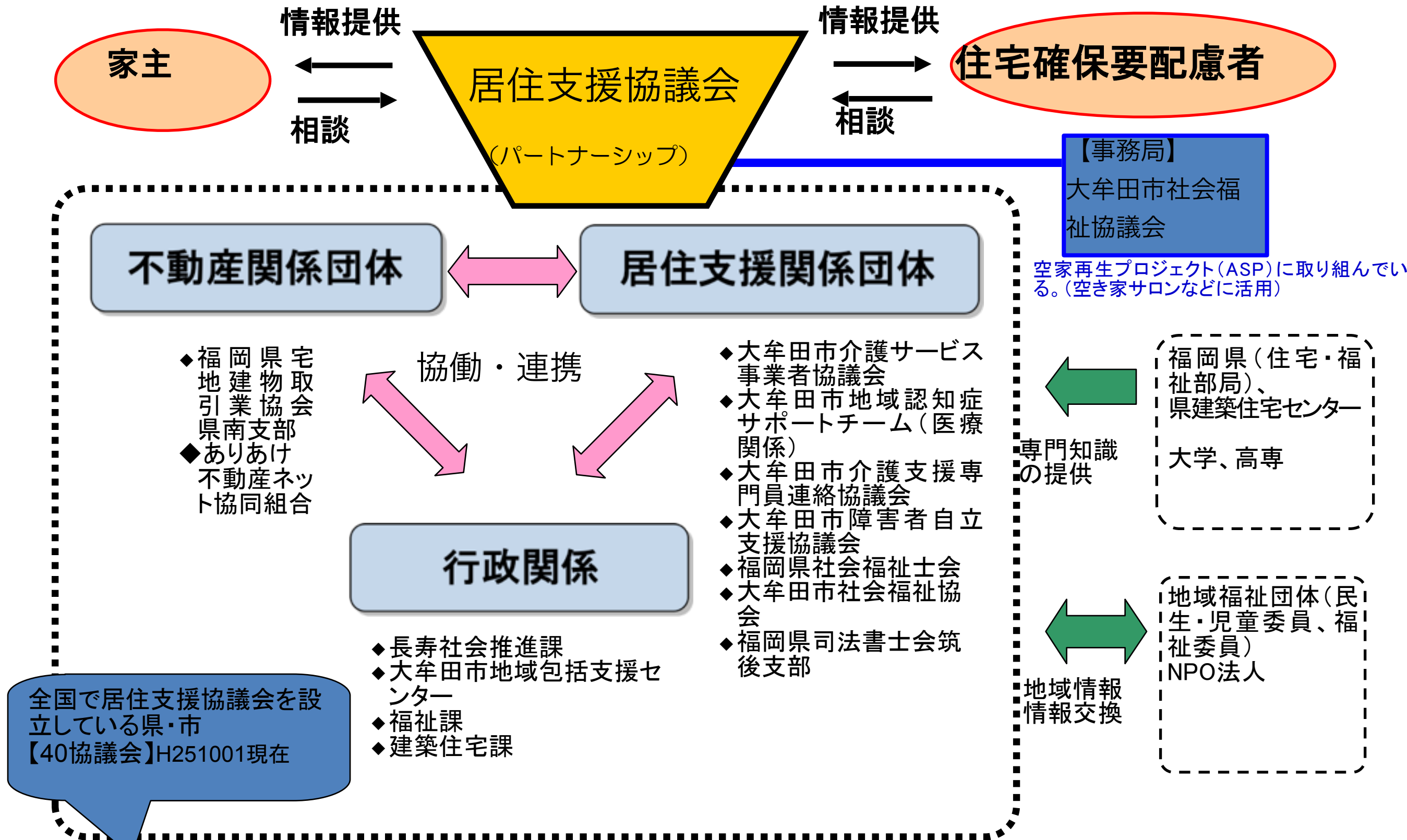
退院患者動向



死亡	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
在宅	66	58	55	88	82	92	74	77
転院	38	29	23	44	58	74	75	54
施設	32	41	34	46	63	59	31	35
入院患者数に対する 自宅退院患者の割合	22	26	24	17	28	45	24	12
	24.1%	18.8%	16.9%	22.6%	25.1%	27.4%	36.8%	30.3%

このような取り組みは医療機関にとってもメリットがある。

大牟田市居住支援協議会の実施体制



(H20) 愛知県、福岡市、(H21) 神奈川県、埼玉県、三重県、北海道、群馬県、(H23) 徳島県、熊本市、岩手県、江東区、宮崎県、兵庫県、神戸市、島根県、熊本県、岐阜市、(H24) 富山県、福島県、豊島区、岡山県、香川県、鹿児島県、京都市、大分県、岐阜県、鳥取県、北九州市、高知県、滋賀県、和歌山県、福岡県、長崎県、沖縄県、(H25) 広島県、大牟田市、千葉県、板橋区、新潟県、佐賀県。(設立順) 以上40協議会

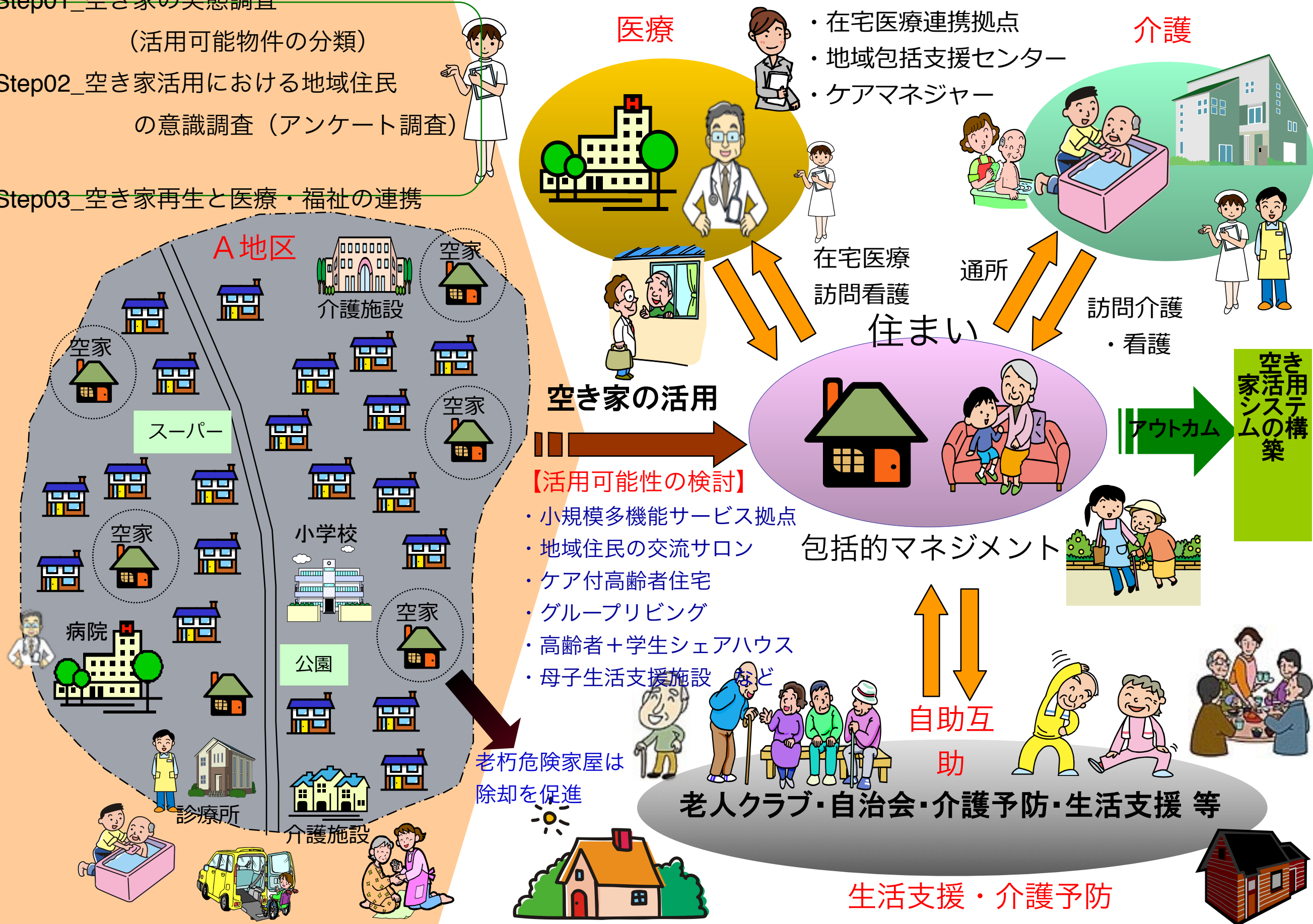
地域包括ケアと空き家再生事業の連携（概念図）

Step01_空き家の実態調査

（活用可能物件の分類）

Step02_空き家活用における地域住民
の意識調査（アンケート調査）

Step03_空き家再生と医療・福祉の連携



三方よし研究会
多職種参加型地域プラットフォーム
滋賀県東近江市
小鳥輝男医師提供資料

三方よし研究会の構想

- しかしただ人が集まれば出来るものではない
- その経過を時系列で述べてみたい
- 当初は「東近江医療連携ネットワーク研究会」と呼ばれていた、ウインウイン
- 医療にウイン、デフイートなじまない
- 我らが祖先、近江商人の家訓「売り手よし、買い手よし、世間によし」にならい「三方よし研究会」と改名

第6回東近江医療連携 ネットワーク研究会

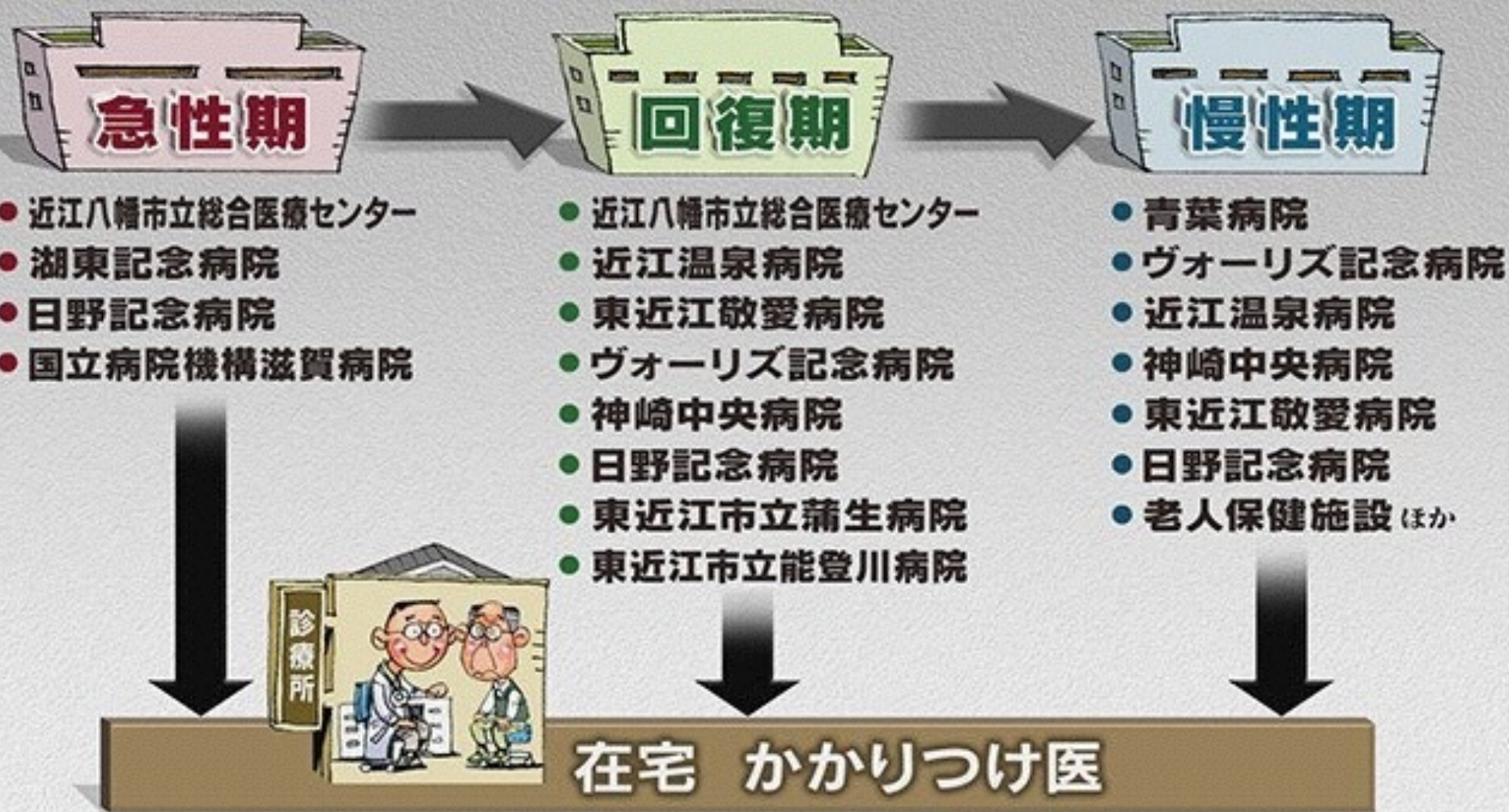
平成20年3月27日



地域連携パスの利点ー1

- 患者の安心感、満足度が向上
- 診療内容、退院、転院時期その後の
予定、見込みの説明が受けられる
- 患者の治療参加意欲の向上と
努力目標ができる
- 医療施設間の診療情報の共有と
診療内容の標準化
- 良質で適切な医療の提供

医療機関の役割分担



三方よし研究会参加機関〔H22.1現在〕

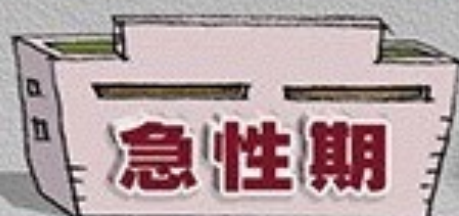
診療所	病院	保健・介護	東近江薬剤師会	行政	その他
小串医院 川端医院 久我医院 住井歯科医院 中村医院 島田医院 永源寺診療所 古道医院 河村医院 朝日医院 竜王町診療所	湖東記念病院 近江八幡市立総合医療センター 日野記念病院 ヴォーリス記念病院 青葉病院 近江温泉病院 国立病院機構滋賀病院 東近江敬愛病院 神崎中央病院 東近江市立蒲生病院 東近江市立能登川病院 滋賀医科大学医学部附属病院 豊郷病院	リハビリセンターあゆみ ここの郷 リスタあすなろ ケアセンター蒲生野 老人保健施設ヴォーリス 訪問看護ステーションのり 訪問看護ステーションクリニック 訪問看護ステーションヴォーリス 訪問看護ステーション八日市 訪問看護ステーションけいあい 訪問看護ステーション蒲生 近江温泉病院訪問看護 訪問看護ステーション山崎 もももケアセンター 泉全サービス居宅介護支援事業所 ケアプランセンターゆうあい 水菜の里 田中ケアサービス ケアプランセンター加茂 ケアセンターけいあい 近江訪問リハステーション 近江デイリハセンター NPOのりの家 NPOのいぶく NPOしみんふくしの家八日市 居宅介護支援事業所蒲生 滋賀県看護協会居宅介護支援事業所 近江温泉病院居宅介護支援事業所 近江温泉病院訪問介護 介護老人福祉施設 こぼしの家	八幡支部 東近江支部	東近江消防本部 東近江市 近江八幡市 安土町 日野町 竜王町 県庁保健推進課 県庁健康増進課 県庁健康政策課 県庁健康福祉部長 東近江保健所 大津保健所 栗浜保健所 甲賀保健所 彦根保健所 草津保健所 県立リハビリテーションセンター	大塚製薬 武田製薬 NHK 滋賀医科大学 臨床研修医 京都新聞 毎日新聞 (株)スズケン 三重大学 国立社会保障人口問題研究所 日本電気(株) 大津医師会

実に多くの職種が
三方よし研究会
を構成しています

これだけ顔の見える関係づくり
が出来上がると

座学だけでなく
色々な
フィールドワークが
生まれてきます

医療機関の役割分担



入院日数 50日 → 30日

救急患者
受け入れ 65% → 84%



- 青葉病院
- ヴォーリス記念病院
- 近江温泉病院
- 神崎中央病院
- 東近江敬愛病院
- 日野記念病院
- 老人保健施設 ほか



在宅 かかりつけ医

発展する三方よし研究会

- ◎ 三方よしは脳卒中の医療多職種
のみのものではなく、医療に対する
市民のためのものにもなりつつある
- ◎ これだけの熱気を使わぬ手はない
- ◎ 在宅医療を含め地域でお互いに助け合っ
て行く医療を三方よし研究会を 中心
に考えて行こう

まとめにかえて
地域包括ケアシステムの時代
における保健師像とは

- ・ 保険者機能の推進者として
- ・ 現場と政策の繋ぎ役としての保健師への期待
- ・ コミュニティワーカーとしての保健師
- ・ 地域包括支援センター配置の保健師の役割
- ・ 地域プラットフォームの支援者としての保健師
- ・ 保健師像の再構築へ？ コミュニティーナース？

参考文献

地域包括ケアシステム

主要目次

- 1 編 地域包括ケアシステムとは**
- 1 章 地域包括ケアシステムへの道
- 2 章 地域包括ケアのスタートと展開
- 3 章 地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向
- 2 編 地域包括ケアを創る**
- 4 章 介護保険の10年とこれからの地域包括ケア
- 5 章 施設機能の地域展開からのアプローチ
- 6 章 地域包括ケアにおける在宅医療の役割
- 7 章 訪問看護が切り開く地域包括ケア
- 8 章 地域包括ケアと地域福祉～小規模多機能拠点の意義～
- 9 章 地域包括ケアの基盤としての住まい
- 3 編 地域包括ケア最前線**
- 10 章 ターミナルケアと包括的支援～ホームホスピスの実践から～
- 11 章 認知症ケアで必要とされる地域包括ケア
- 12 章 生活困窮者の包括的支援システム
- 13 章 エリアマネジメント機関としての地域包括支援センター
- 14 章 地域包括ケアの確立を目指した介護保険事業計画を考える

■編者

高橋紘士 国際医療福祉大学大学院

■執筆者

- 1 章 高橋紘士 国際医療福祉大学大学院
- 2 章 山口昇 公立みつぎ総合病院
- 3 章 筒井孝子 国立保健医療科学院
- 4 章 池田省三 元地域ケア政策ネットワーク
- 5 章 小山剛 こぶし園
- 6 章 太田秀樹 医療法人アスムス
- 7 章 秋山正子 白十字看護ステーション
- 8 章 森本佳樹 立教大学コミュニティ福祉学部
- 9 章 園田真理子 明治大学理工学部
- 10 章 市原美穂 ホームホスピス宮崎
- 11 章 玉井顯 敦賀温泉病院
- 12 章 滝脇憲 NPO法人ふるさと会
- 13 章 水村美穂子 青梅市地域包括支援センターすえひろ
- 14 章 東内京一 和光市保健福祉部



高橋紘士編

オーム社2012年刊

地域連携論 —医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—

主要目次

- 総論 地域連携と地域包括ケア**
- 1 編 地域連携の理論と基盤**
- 1 章 地域連携の基礎理論としてのケアサイクル論
- 2 章 地域連携方法論の開発と展望
- 3 章 地域連携の政策と多職種連携
- 4 章 地域連携クリティカルパスと医療計画
- 5 章 地域連携を支えるICT基盤
- 2 編 地域連携の実践と専門職**
- 6 章 地域医療と介護のシステム化～尾道市医師会方式の理論と実践～
- 7 章 急性期病院の地域連携機能強化の試み～愛媛大学病院総合診療サポートセンター創設への実践～
- 8 章 自治体における地域連携と地域ケア会議～和光市の実践～
- 9 章 退院支援から地域連携へ～看護師は何をするか～
- 10 章 地域連携における薬剤師の役割
- 11 章 地域連携におけるソーシャルワーカーの役割
- 3 編 地域連携の展望と課題**
- 12 章 病院が取り組む地域包括ケアと地域連携～地域包括医療・ケア局を設置した南砺市の取り組み～
- 13 章 認知症ケアが必要とする地域連携
- 14 章 小規模多機能型居宅介護拠点が進める生活継続のための地域連携
- 15 章 地域連携バスから地域連携プラットフォームへ～三方よし研究会の展開～
- 終章 地域包括ケアシステムの展望へ**

■編者

高橋紘士 国際医療福祉大学大学院
武藤正樹 国際医療福祉大学大学院

■執筆者

- 総編 高橋紘士 国際医療福祉大学大学院
- 1 章 長谷川敏彦 日本医科大学
- 2 章 筒井孝子 国立保健医療科学院
- 3 章 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所
- 4 章 武藤正樹 国際医療福祉大学大学院
- 5 章 遠矢純一郎 プラタナス桜新町アーバンクリニック
- 6 章 片山壽 片山医院
- 7 章 櫃本真津 愛媛大学医学部附属病院総合診療サポートセンター
- 8 章 東内京一 和光市保健福祉部
- 9 章 宇都宮宏子 在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス
- 10 章 狭間研至 ファルメディコ株式会社
- 11 章 中恵美 金沢市地域包括支援センターとびうめ
- 12 章 南真司 南砺市民病院
- 13 章 栗田主一 東京都健康長寿医療センター研究所、
東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター
東京都健康長寿医療センター研究所
- 14 章 岡村毅 韮の浦・さくらホーム
- 15 章 石川裕子 三方よし研究会
- 終章 小鳥輝男 一橋大学大学院社会学研究科
猪飼周平



高橋紘士・武藤正樹編

オーム社2013年刊