

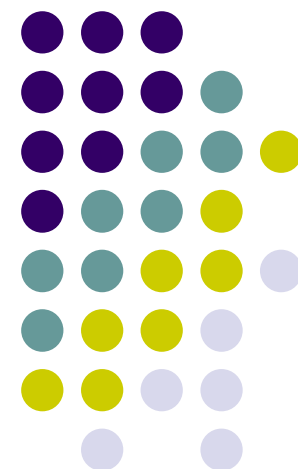
2015年7月22日川崎市定期巡回・随時対応型訪問介護看護シンポジウム

地域包括ケアシステムを考える

ーすべての人に居場所と出番があるまちづくりに向けて

国際医療福祉大学大学院/医療介護福祉政策研究フォーラム

堀田聰子 (hotta@iuhw.ac.jp)



構成



- 地域包括ケアをめぐる世界的な潮流
- 我が国における地域包括ケアシステムの政策化
(参考)地域包括ケア研究会2012・2013
- 3つのチャレンジ
- 各地の事例から
- 誰がケアを担うのか:「主体」「客体」を越えて
- 持続可能な地域ケアモデルに向けて
(話題)地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト



地域包括ケアをめぐる世界的な潮流

ケアをとりまくいくつかの変化



- 人口構成の変化(高齢化、少子化)
- 疾患構造の変化(複数疾病、継続発症、ケアサイクル)
- 健康概念の変化
- 支援観の変化(医療モデルから生活モデルへ、ICF)
- ケア・サポートの断片化・連続性の欠如
- (全体・無駄な)費用の肥大化

生活の質(個人・家族・地域の物語)、持続可能性

(参考) 医療の転換

出所: 長谷川敏彦「地域連携の基礎理論としてのケアサイクル論」高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論』



起源	19世紀後半	21世紀
寿命	50歳まで	85歳以上
原因	外的・母子	老化
疾病	単一	複数
経緯	単一エピソード	継続発症
目標	治癒・救命	機能改善・人生支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
特徴	施設医療	ケアサイクル



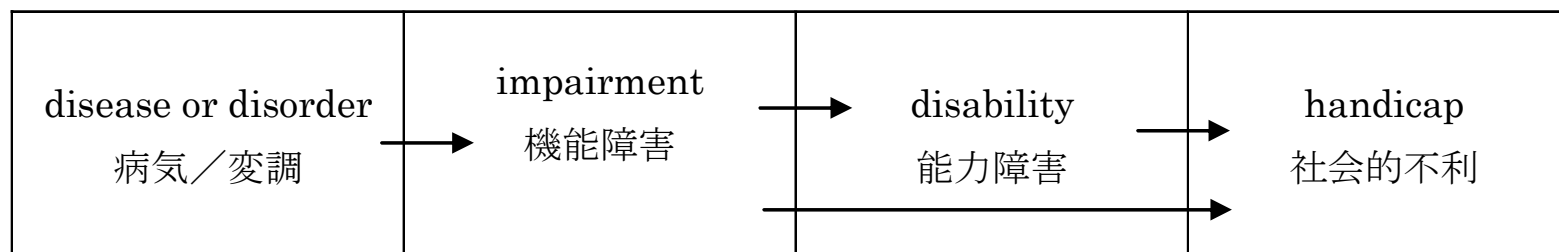
(参考)生活モデル

出所:一橋大学猪飼周平教授作成資料

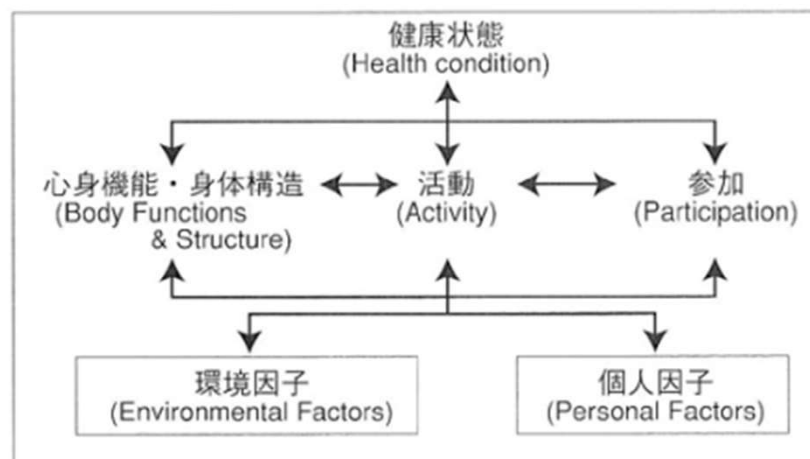
特徴

- 21世紀におけるケアのあり方は20世紀のそれとは違うということを示す言葉
- 目標が生活の質(QOL)の改善に置かれる
- 生活の質が広範な環境的要因の連鎖によって規定されるという因果観

国際障害分類 (ICIDH) における障害モデル



国際生活機能分類 (ICF) 2001



地域包括ケアとは:2つのコンセプト



地域を基盤とするケア (community-based care)

公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせ、地域社会による参画を保証しながら構築されるケア [Plochg and Klazinga (2002)]



統合ケア (integrated care)

診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念 [Gröne and Garcia-Barbero (2001)]

地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要

※諸外国における統合ケアをめぐる動向及び我が国への示唆については筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のための7マネジメント戦略—integrated careの理論とその応用』中央法規出版 等を参照のこと。

サービス利用圏域
基礎自治体
日常生活圏
近隣

支援の包括化

重層的支援

継続的包括的ケア

対象の包括化

高齢・障害・子育て・生活困窮者

支援資源の包括化

多職種連携・地域住民参加

シームレスな支援

コミュニティ

生活の全体性への配慮＝包括的支援

地域

包括

ケア

システム

ケアの主体化

自立（律）支援と伴走的支援
尊厳の保持と自己決定
ケアインプレイス

持続可能性

理念の統合
多元的主体の組織的・連携／統合

スイカ型かブドウの房型か

垂直的統合か水平的統合か
財源と制度



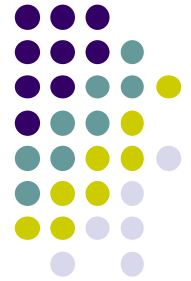
我が国における地域包括ケアシステムの の政策化



2003年「2015年の高齢者介護」

- 高齢者介護研究会（老健局長の私的検討会）の報告書
- 地域包括ケアシステムの政府文書上の初出
 - Ⅲ 尊厳を支えるケアの確立への方策
2 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系
(4) 地域包括ケアシステムの確立
- 「地域包括ケアシステムは、それぞれ地域の実情にあったいろいろなシステムがあっという」
- 地域包括ケアは地域の力を紡いだ到達点」「介護保険だけで高齢者を支えることはできない。・・・地域ネットワーク全体のなかで、一人の人を支えていくという視点」が必要

2004年～2008年 法・行政の空白



- 介護予防・リハビリテーションの充実、痴呆性高齢者ケア
⇒ 社会保障審議会介護保険部会 ⇒ 介護保険法第一次改正
- 第3回介護保険部会(2003年7月)で少々議論、以降2009年の政権交代前の最後の部会(第24回、2008年2月)までまったく議論されず
 - 「地域ケア」「包括的ケア」という表現はあり
- 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」(2005年12月)「介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携を図りつつ、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備する」
 - 内容は通じるが「地域包括ケアシステム」という用語は用いられず
- 介護保険法第二次改正でも言及なし



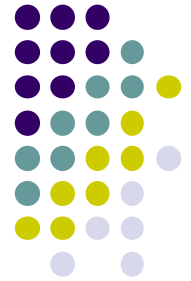
- 社会保障国民会議中間報告(2008年6月)
 - 「サービス提供体制の構造改革」の項で「病院機能の効率化と高度化」、「地域における医療機能のネットワーク化」の次に「地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現」
- 同会議サービス保障分科会中間とりまとめ
 - 地域包括ケアについてのより詳しい記述(p.9)
- 社会保障国民会議最終報告(2008年11月)
 - 地域包括ケア(システム)についてまったく言及せず

2008・2009地域包括ケア研究会



- 地域包括ケア研究会2008
 - 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）で適切に提供されるような地域での体制
- 高齢者の居住の安定確保に関する法律 改正（2009年5月）
 - 自治体の福祉部局と住宅部局の連携を進めることに期待を寄せる
- 地域包括ケア研究会2009
 - 「2025年の地域包括ケアシステムの姿」と「構築に向けた当面の改革の方向」

2011介護保険法改正に理念的規定

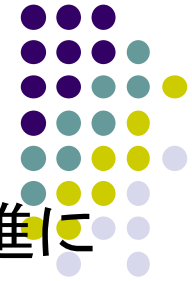


- 第25回・26回介護保険部会（民主党政権成立後）
 - 地域包括ケア研究会報告書をめぐる活発・肯定的な議論
 - 「介護保険制度の見直しに関する意見」では「地域包括ケアシステムの必要性」が初めて提起
- 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（2011年6月成立）
 - 第5条第3項「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立し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」
 - 老健局長通知



- 野田民主党内閣閣議決定
「社会保障・税一体改革大綱について」(2012年2月)
 - 「医療・介護等①」「医療サービス提供体制の制度改革」と「地域包括ケアシステムの構築」を同格で位置づけ
- 2012地域包括ケア研究会
 - 病院の役割について明記せず
- 地域包括ケアシステムでの病院・医療法人の役割を強調する発言
- 社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月)も地域包括ケアシステムと医療の関係を強調
 - 「医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となっを行わなければならない」、「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない」

2013社会保障改革プログラム法～



- 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(2013年12月)
 - 初めて法的定義
- 医療部会「医療法等の改正に関する意見」(2013年12月)
 - 医療部会の公式文書として初めて「地域包括ケアシステム」に言及、「医療機能の分化・連携」と「地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進」をワンセットで提起
- 2014診療報酬改定
 - 「急性期後の受入をはじめとした地域包括ケアシステムを支える病棟の充実」にむけ「地域包括ケア病棟入院料」新設
- 2013地域包括ケア研究会
 - 急性期医療・病院の役割の明示、看取り・QOD、入所施設を「重度者の住まい」
- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(2014年6月)



報告書は

http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423

http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_140513

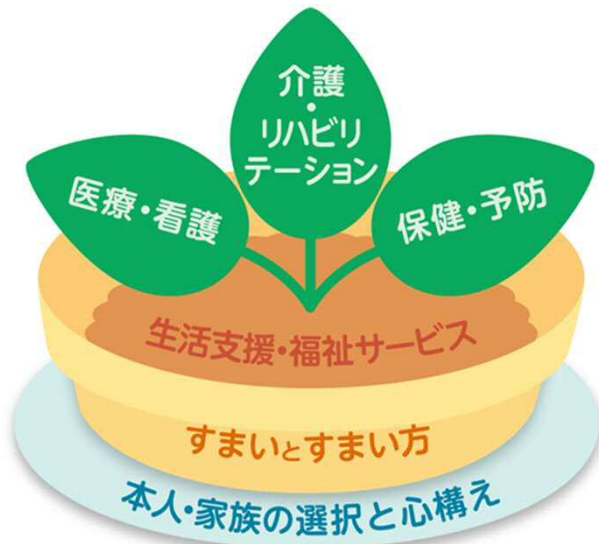
(参考)地域包括ケア研究会2012・2013

(報告書概要版から抜粋)

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において諸主体が取り組むべき方向

■地域の諸主体が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みを構築

地域のすべての住民

- 地域包括ケアシステムは、元来、**高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供を含む、地域のすべての住民のための仕組み**であり、すべての住民の関わりにより実現。
- 市町村が、地域住民の意識付けや個人の意欲の組織化を施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要。

- 介護の社会化がさらに進展しても、介護者支援は不可欠。
- 介護者の位置づけと支援の考え方を改めて整理し、具体的な取組の推進について十分な議論を行うべき。

地域の諸主体



- 異業種も含め、地域の事業者も地域包括ケアシステムの重要な主体として活動に巻き込んでいくことが重要。(NPO、社協、老人クラブ、自治会、民生委員に加え、商店、コンビニ、郵便局、銀行なども)
- とりわけ都市部では、企業・団体の組織力や機動力も重要。

- 高齢者はサービスの利用者である前に、自らの生活を自ら支える自助の主体。
- 自ら能動的に地域で活躍する主体として捉える考え方、「高齢者の社会参加」が重要。地域の支援の担い手となり、高齢者自身の生活意欲向上と介護予防の効果もある。
- 今後は、いかにして本人の生活に対する意欲を高めるかということにより重点をおいたサービス提供や予防事業を検討。

- 地域包括ケアシステムの構築で中心的な役割。介護保険だけではカバーしきれない部分についても、様々な財源、方法で問題解決を図る。
- 潜在的な地域資源を発見し、互助を含めて地域包括ケアシステムに組み込んでいくことが重要。
- 介護保険事業計画は、都道府県の策定する高齢者居住安定確保計画や医療計画などとの整合性を確保。
- 在宅医療・介護連携の促進を市町村が主体となって取り組めるような制度的・財政的なあり方を検討。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討

- 多職種が提供するサービスをいかに切れ目なく統合的に提供するかが重要。
- 事業者間の業務提携や法人間の連携などによる複数サービスのネットワーク化を国の政策として積極的に推進。
- 介護保険施設はその人材やノウハウの活用により在宅生活の継続や拡大を具体的に支援し、地域の拠点機能を発揮すべき。
- 一定水準以上の品質でサービス提供されていることが必須であり、職業能力評価を介護現場に普及させていくことが必要。

- 人的・物的資源や、構築に向けた取組の進捗状況など、地域差を意識した自治体支援が重要。(工程表などのプロセス提示や、全国の様々な優良事例の発掘、提示)

- 市町村間のデータの比較分析による相対的な位置付けの把握など、市町村に対する後方支援を行う役割を期待。
- 広域的かつ中長期的な視点で介護人材確保、育成の取組を主導(介護人材の需給予測と中長期的な介護人材戦略)。
- 専門知識を有する職員の育成・人事ローテーションの検討

地域包括ケアシステムにおける「住まい・生活支援」「医療・介護の連携」「サービス」のあり方

住まい・生活支援のあり方

【住まいの確保】

- 住まいは、地域包括ケアシステムの最も基本的な基盤。今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、住まいの確保は急務。
- 市町村と都道府県の間で住宅整備に関する計画の内容に齟齬をきたすことがないよう、介護及び住まいに関するニーズを的確に把握し、それぞれの目標が整合するように計画を策定すべき。
- 低所得・低資産高齢者を対象とした住まいの場の確保に向けて、既存ストックを活用しつつ、民間事業者の協力を求めることが必要。
- 単身高齢者を想定し、既存ストックの改修費用に対する新たな補助に加え、一定の生活支援を行うことも視野に入れることが必要（社会福祉法人やNPO等による支援や連携も）。
- 居住支援と生活支援を組み合わせる事業の構築や養護老人ホーム・ケアハウスの活用の検討。

【生活支援のあり方】

- 在宅生活の継続には、住まいの確保を前提に、医療・介護に先立ち、「生活支援」の基盤が必要。
- 「見守り」や「交流の機会」なども重要。
- 生活支援のニーズと需要は多様かつ地域差も大きいいため、「自助」「互助」を基本とし、多様な主体が多様なサービス提供を実現すべき。
- 市町村による地域診断とボランティアの発掘などの地域資源の確保が重要（ニーズ調査、地域ケア会議、見える化）。
- 市町村や地域包括支援センターはニーズと資源をマッチングさせ、コーディネーターの役割を果たすべき。地域づくりのための中間組織の立ち上げも検討すべき。
- 社会資源の立ち上げ支援は地域支援事業や一般財源により実施。
- 「都市部」と「都市部以外の地域」でのアプローチは異なることに留意。

サービスのあり方

【要支援者向けのサービスのあり方】

- 残されている心身の能力が高いほど、従来の生活スタイルや嗜好性を重視する人が多いことから、生活支援や介護予防については、多様な需要に対応することが必要。
- 全国一律の単価や基準で定型的なサービスを提供する保険給付という形態ではなく、地域の実情に合わせ、市町村が創意工夫する中で住民主体の生活支援の取組などを積極的に活用すべき。

【要介護者向けのサービスのあり方】

<訪問介護>

- 在宅サービスの強化の観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、今後も普及・拡大していくべき。
- 在宅限界点の引き上げの観点から、一日複数回の短時間巡回型ケアの効果について検証し、普及啓発を進めるべき。それも踏まえ、短時間ケアの介護報酬のあり方について再検討することが必要ではないか。

<通所介護>

- ①預かり機能（レスパイト）、②機能訓練、③認知症ケア、④ナーシング機能等、機能面から整理。預かり機能部分を薄く評価し、専門性の高い機能についてより高く評価する介護報酬の仕組みを検討すべき。
- 団塊世代の増加に伴い、メニューやアクティビティの多様化や有料サービスとの組み合わせも必要。
- 通所介護において認知症者の介護者に対するサポートを組み合わせるといった取組も必要。
- 外出支援を強化することで、通所系サービス以外の地域の集い場への参加が可能になる高齢者も多い。
- お泊りデイサービスは、一義的には介護保険サービスの充実を優先しつつ、サービスの実態把握等のため、届出制などの仕組みも検討すべき。

<ショートステイ>

- 1か月以上にわたるような長期利用は、心身の状態の維持改善という観点からも不適切な利用ではないか。
- 在宅での生活や介護の状況について、日頃サービスを提供している在宅サービス事業者とショートステイ事業者が十分に情報連携することが必要。

医療・介護の連携のあり方

【医療・介護の連携の必要性】

- 複合的な支援で生活を支える地域包括ケアシステムは、様々な主体間・職種間の連携が重要。
- 連携は、「リンケージ（連絡）」のレベルから、定期的な情報共有を行う「コーディネーション」のレベルに、さらには、情報の一元化による「インテグレーション（統合）」の水準に引き上げていくべき。
- 連携のためには、顔の見える関係づくりを基盤に、多職種の相互理解が不可欠。また、看護職は、医療と介護の間にあり、多主体・多職種の連携・協働を促す中心的な役割を担うことが期待される。

【在宅医療の担い手を増やす方策】

- 在宅医療を担う医師に、多職種協働（IPW: Inter-Professional Work）の成功事例を体感してもらうことが重要。
- 在宅医療連携拠点の整備のため、市町村が地区医師会等の専門職団体等を巻き込むことも重要。

- さらに多職種がともに学び実践を共有する多職種教育（IPE: Inter Professional Education）の実施が有効ではないか。

【医療・介護の連携による予防的ケア】

- 可能な限り医療依存度を高めないための予防的な視点に立った介護と、ケアマネジャーや介護職等へのリハ職・看護職からの早期の適切な助言が重要。
- 連携に基づく継続的アセスメントにより心身の状態の変化を早期に把握し、先を見越した予防的なケアを期待。

【制度面での連携】

- 居宅での医療系サービスや施設系サービスの役割について、他の在宅サービスとの役割の明確化や連携の在り方も含めて、地域包括ケアシステムにおける位置づけを引き続き検討すべき。
- 様々な地域の実情と介護・医療ニーズの実態を踏まえ、各サービス提供主体の機能の最善の組み合わせによる体制構築の視点が重要。

地域包括ケアシステムの基本理念と5つの構成要素の関係性

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るべきであり、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、本人の希望にかかった「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。

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**。

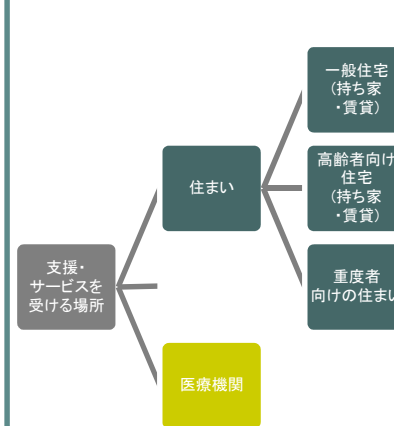
地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性

- 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など、本人や家族が抱える様々な不安は、心身に変化が生じた時に、在宅生活を早い段階で諦める一因になりうる。また、機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりは、課題を潜在化させ対応を遅らせる原因になりうる。
- こうした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やすい「**包括的な生活支援の拠点**」の設置が重要。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。

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。

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。

地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能

1. 実態把握、課題分析

人口や世帯等の現状・将来推計、地域住民のニーズ、支援サービスの提供状況を把握・分析を行う

- 日常生活圏域ニーズ調査は、記名式にて実施し、訪問等により全数把握に努めることで、潜在的な要介護リスクを抱える高齢者を把握することができる。
- 医療と介護の連携の視点にたった日常生活圏域単位のサービス基盤目標を設定するには、介護保険や医療保険のレセプトデータを接続した分析が重要。要介護認定データを接続すれば、状態像と給付の関係性の分析も可能。

2. 基本方針の明示と関係者との共有（規範的統合）

基本方針を定め、地域住民・社会福祉法人・医療機関、介護サービス事業者・NPO等のあらゆる関係者に働きかけて、基本方針を共有する

- 基本方針は、地域における具体的な取り組みの方向性と目標を示すもので、目標は可能な限り事後検証できる成果指標とともに設定されることが望ましい。具体的に示されることで、サービス基盤整備の方針も具体化されやすくなる。
- 基本方針の共有は、対外的には特にサービス提供者である事業者への働きかけが重要。自治体は基本方針の実現に向けた基盤整備のため、公募要件への基本方針の記載、事業者連絡会での働きかけ等を行うことが考えられる。

3. 施策立案・実行、評価

施策・事業を実行し、その成果・課題を評価する

- 介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定では、まちづくり・地域づくりの諸計画との連動性確保が重要。
- 専門職、事業者、NPO・ボランティア、地域住民といった多様な社会資源を有効に活用するため、互助機能を発揮させるための環境整備や、医療・介護の連携のためのツール・仕組みを作成することが必要。
- ケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ地域ケア会議の政策反映機能を重視するべきである。

人員・組織体制

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、介護・医療・保健、福祉、住宅等と多様な分野での取組が求められるため、「地域包括ケア推進室」などの横断的なセクションの設置も有効。
- 施策立案に携わる職員には、一定の専門性、調整能力、経験の蓄積等が求められるため、人事異動の少ない専門職の配置、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要。

自治体への支援のあり方

【国からの支援】

- 地域包括ケアシステム構築の進捗状況をはかる指標の提示、普及

【都道府県からの支援】

- 保健医療福祉に関する情報を集約して分析した結果を市町村に提供
- 介護人材の確保に向けた、必要な介護人材の需給推計、教育資源の把握、介護関係団体・機関等の協議体の設置等による連携体制の構築等

地域包括ケアシステムの構築に向けた「支援」「人材育成」「サービス提供体制」のあり方

「支援」のあり方

統合的にケアを提供する中核的サービス

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

- 事業者、ケアマネジャー、医療関係者、自治体等がサービスの理解を深め、**保険者が主体的にサービス導入に向けた取組を進めることが重要。**

【小規模多機能型居宅介護】

- 今後は「**訪問機能の強化**」が期待される。また、中核的なサービス拠点として、住民の交流拠点を併設する等して地域に対する役割を拡大していくことも必要。

医療系の居宅サービス

【訪問看護】

- サービス充実のみならず、健康増進や介護予防、重度化予防、セルフマネジメント支援、意思決定支援等、**地域住民に伴走しつつ先を見越した支援を展開する要**として、地域における看護機能の向上が必要。
- 事業規模の拡大(大規模化)とともに、既存の訪問看護サービスの効率化や質的な改善を図ることが重要。

【通所・訪問リハビリテーション】

- 単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すため、本人だけでなく、自宅における生活環境の調整や介護者への教育的関わり等、**本人を取り巻く環境へのアプローチが重要。**

【複合型サービス】

- 訪問看護サービスによる在宅医療サービスと、医療ニーズへの対応を強化した「**通い**」と「**泊り**」の機能を融合させた「**複合型サービス**」は、在宅の限界点を高める観点から期待される。

【短期入所療養介護】

- サービスの継続性や適切な介入効果が特に求められるため、在宅での介護サービスとの一体的提供を前提としたサービス体系に組み替えることが考えられる。

施設・居住系サービスの転換

- 介護老人保健施設は「**住まいと医療機関の中間施設**」、介護老人福祉施設は「**重度者向けの住まい**」として機能することが考えられる。
- **施設機能の地域展開**として、介護老人福祉施設による居宅サービスの提供やアセスメント入所、介護療養型医療施設による居宅の医療依存度の高い要介護者に対する短期療養も含めた支援が期待される。

「人材育成」のあり方

各職種の教育のあり方

- 医師の教育において、栄養・口腔やリハビリテーション等、在宅ケアに必要な知識が習得されるよう見直しが求められる。
- 看護師の教育では、療養上の世話や生活支援、認知症やQOLの維持向上について経験・スキルを身につけるプロセスをより強化する必要がある。

OJTによる人材育成

- 「**介護キャリア段位制度**」をOJTツールとして活用しながら介護サービスの質の改善に取り組んでいくことが求められる。
- 地域ケア会議やケアカンファレンス等の会議、ターミナルケアの現場での多職種連携もOJTの機能をもつ。

各専門職に求められる機能

- 「**本人との協働**」、「**地域との協働**」、各職種の「**臨床的統合**」。
- 長期的な方向性として、基礎職種教育の統合、基礎職種の統合も考えられる。

「サービス提供体制」のあり方

効果的・効率的なサービス提供のあり方

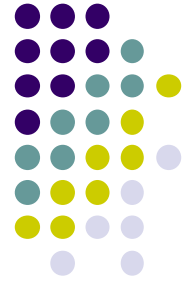
- サービス提供事業者の大規模化や事業者間の業務提携、複数の法人間の連携等により、人事・採用・教育・営業の面での運営の効率化、人材育成の充実を図ることが可能。
- 多職種の柔軟な配置を可能とするため、**事業所単位ではなく小学校区単位で人材を確保する視点の革新**が期待される。

サービス提供体制構築に向けた評価のあり方

- 統合的なケアがネットワーク化された主体から提供される以上、報酬設定等の評価対象は、**サービス業務ではなく経営単位で行われることが望ましい。**
- 医療・介護の連携の推進に向け、個別ケースの連絡調整といった「**リンケージ**」レベルではなく、適切かつ定期的に情報共有を図る「**コーディネーション**」レベルの連携が評価されるよう、介護報酬のあり方も含めて検討が求められる。



3つのチャレンジ



3つのチャレンジ

1. 長期ケアを「地域ケア」として再編・充実
 - 5つの構成要素を通じた地域マネジメント
 - 圏域単位で機能を確保・統合
2. 共生のまちづくり: 自立と支えあい
 - 多主体連携による〈私たちの〉まちづくり
 - 地域に根ざす学び
3. 労働政策との連動
 - ジョブ型労働市場の形成
 - 多様な無期雇用形態の整備



1 「地域ケア」の再編・充実

1-1 5つの構成要素を通じた地域マネジメント

- 自治体における地域マネジメントの充実
 - 現状と将来像の把握と認識が出发点(人口・健康状態・フォーマル／インフォーマルの資源の状況、住民の考え方・生活課題・・・)
 - 「見える化」
 - 統合的アプローチ(住民の多様な課題を一元的に把握、地域の経済・文化・社会資本にあわせて再構成、課題と資源を結びつけて解決)～地域ケア会議の活用
 - 目指すべき姿(ビジョン)の明確化と共有
 - 首長のリーダーシップ、選択肢の提示
 - 具体的な施策目標と評価指標の設定
- 5つの構成要素を通じた「海図」の必要性
 - 「地域包括ケア計画」…「地域包括ケア課」へ？
 - 自治体職員の育成やローテーションのあり方の検討
- 住民主体の政策形成
 - 患者・利用者・消費者・居住者・ケアラー・専門職…の参加、対話～住民すべてを多様な「当事者」として



1-2 圏域単位での機能の確保・統合

- 地域の文脈に即した多職種地域ケアの機能強化
 - 保健・福祉・介護・医療政策部局を横断した長期的な展望
~領域別・対象別に専門分化する保健・福祉・介護・医療をこえて
 - 市町村が主体的に構想
~地域包括支援センター、在宅医療連携拠点、地区医師会や関係職種の専門職団体、事業者団体、住民を巻き込んで地域包括ケアの基盤として
 - 統合の要：地域社会を強化しつつ連携を促す人材とは
 - 健康増進・自己管理推進（養生の支援）、疾病予防・早期発見
 - End of life careに至る意思決定支援
 - ゲートオープナー×患者の代理人×コーディネーター
 - 保健・福祉・介護・医療連携のハブ
 - 地域住民同士の関係強化
- ~主治医×地域看護（Social Community Nursing）機能



- 多職種協働と多職種教育の進化
: 質が高いケアの効率的提供の基盤
 - 顔が見える関係 × ビジョン共有 × アカウンタビリティ × ICTの活用
 - 多職種協働アセスメント
 - 生活行為への着目
 - 先を見越したケアに向けた医療の視点
 - 自らの専門性の振り返り、他の職種の専門性を知る、実践コミュニティにおけるナレッジマネジメント
 - <領域を通じた> <専門職自身による> 専門性の <継続的發展> へ
- 「地域を支える」マネジメント・制度のイノベーション
 - 地域包括ケアチームの構想へ？
 - <ライフステージや疾病・障害の別にかかわらず> <患者中心の全人的ケア> を <継続的に> 実現する多職種チームの多様なデザイン
 - 病院や施設内資源の地域展開・地域支援機能の強化
(事業者や専門職が持つ機能提供の柔軟性を高める)



2 共生のまちづくり: 自立と支えあい

2-1 多主体連携による〈私たちの〉まちづくり

- 地域における多様な主体の関心・活動のマッピング
 - 〈ケアに限定せず〉さまざまな活動グループのキーマンがつながる
 - エリアネットワーク×テーマネットワーク
- 理念・目的を同じくする多様な主体あるいは複数法人の連携によるイニシアティブを促す枠組みの検討、規制緩和
- 社会福祉法人や医療法人等が都市再開発に参画する仕組み
 - 実行領域の設定と評価
 - 地域におけるQOL、コミュニティソーシャルワーク
- 支えあいの場と仕掛けのデザイン
 - 自分たちが送りたい暮らしを自分たちで実現する (使いたいサービスなのか、実現したいケアの形なのか)
 - 住民発生活支援
 - 住まいとして、第2の居間として、カフェとして...



2-2 地域に根ざす学び

- 幼少から学校教育を通じて自立・自律・地域へのコミットメントをキーワードとする地域プログラムの可能性
 - 健康教育、社会保障教育...
- すべての人がケアの担い手
 - 地域の産業界との協働



3 労働政策との連動

3-1 ジョブ型労働市場の形成

- 専門能力活用型の労働市場の整備
 - 雇用形態に関わらず職業能力を軸として円滑に労働移動できるようにする
⇒生涯を通じた主体的なキャリア形成
 - 手がかかりとしての「介護プロフェッショナルのキャリア段位制度」
 - ＜関係領域横断＞の＜関係者の対話に基づく＞＜継続的な＞職業プロフィールと資格プロフィール見直し、発展のプラットフォームの必要性
- 働きながら継続的・段階的に職業能力を高められる職業教育訓練・職業教育のあり方の見直し
 - 地域における良質な教育訓練機会の確保
 - 部分資格制度(モジュール認定)、既得職業経験の認定等

3-2 多様な無期雇用形態の整備

- 我が国では無期雇用は労働時間、職務内容や勤務場所無限定が一般的
- ワークライフバランスを重視した働き方の普及
 - 職場外での継続教育をつうじたキャリア形成の促進
 - 就労とケアの両立推進
 - 地域社会への参画促進



地域包括ケアシステムの構築に関する事例集

<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/> も参考に！

各地の事例から

例：一関市国民保険藤沢病院

出所：佐藤元美「住民との対話でつくる地域医療」
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03021_04

- 医療を中心に予防から介護までサポート
- 住民・行政・政治との対立を回避しながら医療の質を維持
- 地域住民を巻き込んだ「ナイトスクール」(1994年～)
 - きっかけは無診察投薬を望む声
 - 「病院を利用する立場だけでなく、病院をつくり、支え、育てる役割も地域住民に担って頂かなければ・・・」
- 住民から「病院を支える会」の設立
 - 定期的な「意見交換会」・・・研修医の報告会に参加
- 健康増進外来

例：南砺市モデル

出所：富山大学山城清二教授作成資料

- キーワード：人が育つ『教育空間』の南砺市
- 5年前の医療崩壊を機に・・・
 1. 地域医療再生マイスター養成講座(210名のマイスター誕生)
 2. 南砺の地域医療を守り育てる会(年3回ペース)
 3. 各グループの取組み
 - ① 地域で医師養成：家庭医養成プログラム(富山大学総合診療部－南砺市民病院連携)
 - ② 地域で訪問看護・リハ養成
 - ③ なんと住民マイスターの会(住民グループ)：思い出ガイド養成講座
 - ④ 五箇山グループの取組み(住民グループ)：枳餅づくり講座
 - ⑤ 認知症ケアの取組み(地域包括)
 - ⑥ 包括医療・ケアWG(行政)
 - ⑦ その他



例:「病院コンビニ受診」の弊害を解決した地域活動
絵本『くませんせいのSOS』



- 制作: 兵庫県立柏原病院の小児科を守る会 & NPO法人地域医療を育てる会
(千葉県東金市)
- 主旨:
「病院コンビニ受診」の弊害と、その解決に取り組んだ地域活動の成功例を絵本として紹介
- 事例:
 - ・ 兵庫県立柏原病院では医師の過重労働が深刻化し、小児科医師の退職が相次いだ。
 - ・ 2007年4月、1名となった小児科医が退職の意向を表明し、ついに小児科閉鎖の危機に直面。
 - ・ その現状を知った地域の母親たちが「県立柏原(かいばら)病院の小児科を守る会」(以下、守る会)を結成。
 - ・ 守る会は、地域の住民に「夜間のコンビニ受診を控えよう」と呼びかけるなど、医師が働きやすい地域を作るために様々な取り組みを行った。
 - ・ そうした取り組みが地域住民の意識と行動を変え、緊急に夜間の受診が必要か否かを考え行動する母親たちが増え、夜間の小児科受診数は半減した。
 - ・ 地域住民の活動とその成果を理解し、最後の一人となった小児科医は病院に留まることを決意。
 - ・ さらに、活動に興味を持った医師が柏原病院での勤務を希望し、小児科医は現在(2014年5月)5人にまで増え、安定した体制で地域に貢献するようになった。



- ① 森にすむ動物たちは、病気になると物知りのやぎのおばあさんに相談していました。
- ② そこへ、医師の「くませんせい」が赴任すると、森の動物たちは軽い症状でも昼夜を問わず受診するようになりました。
- ③ 食事の時間も寝る時間もない生活で、遂にクマ先生は過労で病気になってしまいます。
- ④ それを契機に動物たちが受診のあり方を考え直し、安易な受診を控えるようにみんなで努力しました
- ⑤ 森の動物たち自らの行動が、持続可能な森の医療を守ることにつながりました。

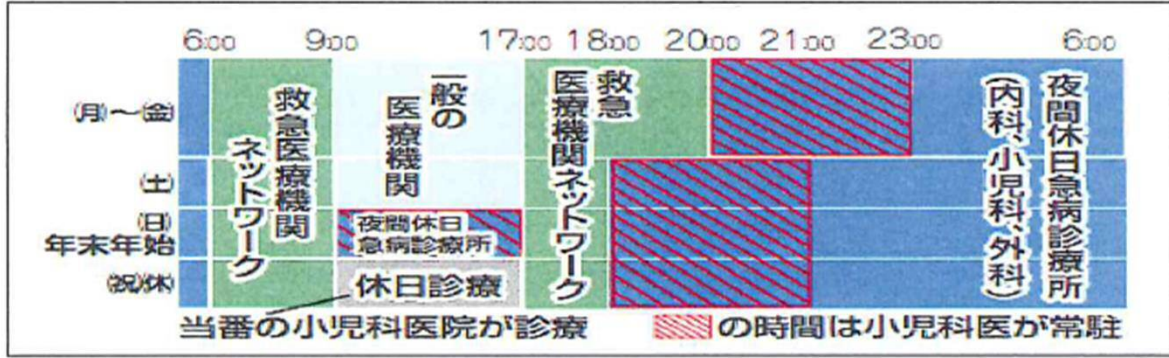


船橋の救急医療体制

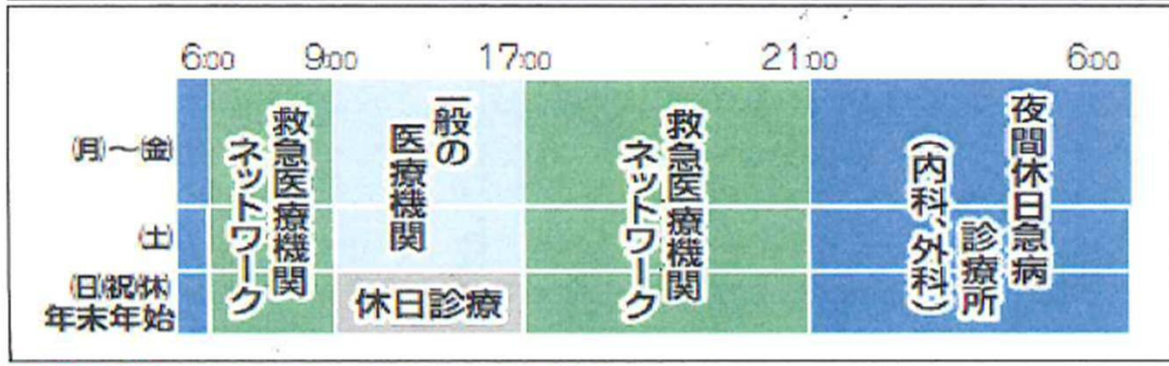
1次（初期）救急

外来で対応可能な症状の診療を受け持ちます。

小児 (15歳未満)



一般 (15歳以上)



◎ 夜間休日急病診療所 TEL 047-424-2327

内科、小児科、外科などが交替で急病人の応急処置をします。

<内科・外科> ● 毎日（年中無休） 午後9時～翌6時（21時～24時は内科系・外科系医師各1名・0時～翌6時は内科系・外科系医師のうち1名が当番医として診察しています。

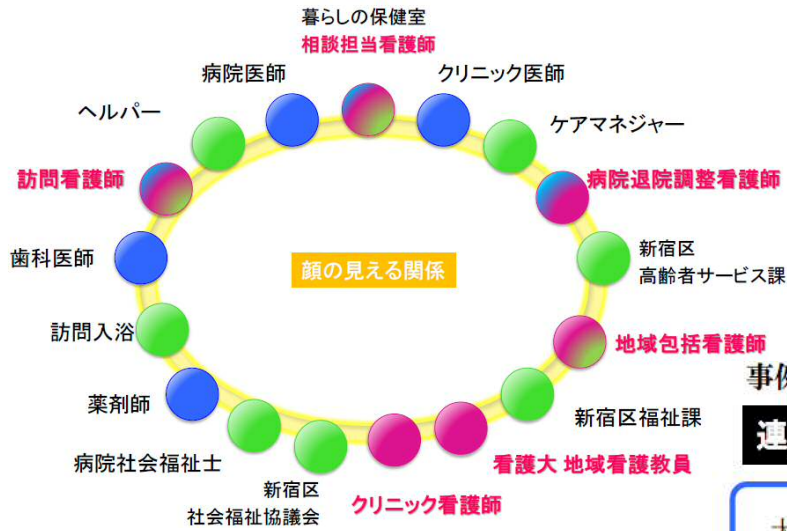
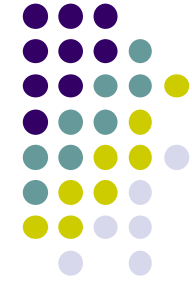
<小児科> 小児科医1名が診察しますが、年末年始は医師2名で対応します。（対象は15歳未満の内科系疾患患者）

【夜間】 ● 土日祝休・年末年始 18時～21時（受付時間は20時30分まで）
 ● 平日（月～金） 20時～23時（受付時間は22時30分まで）

【昼間】 ● 日曜、年末年始 9時～17時（受付時間：8時45分～11時30分、13時45分～16時30分）

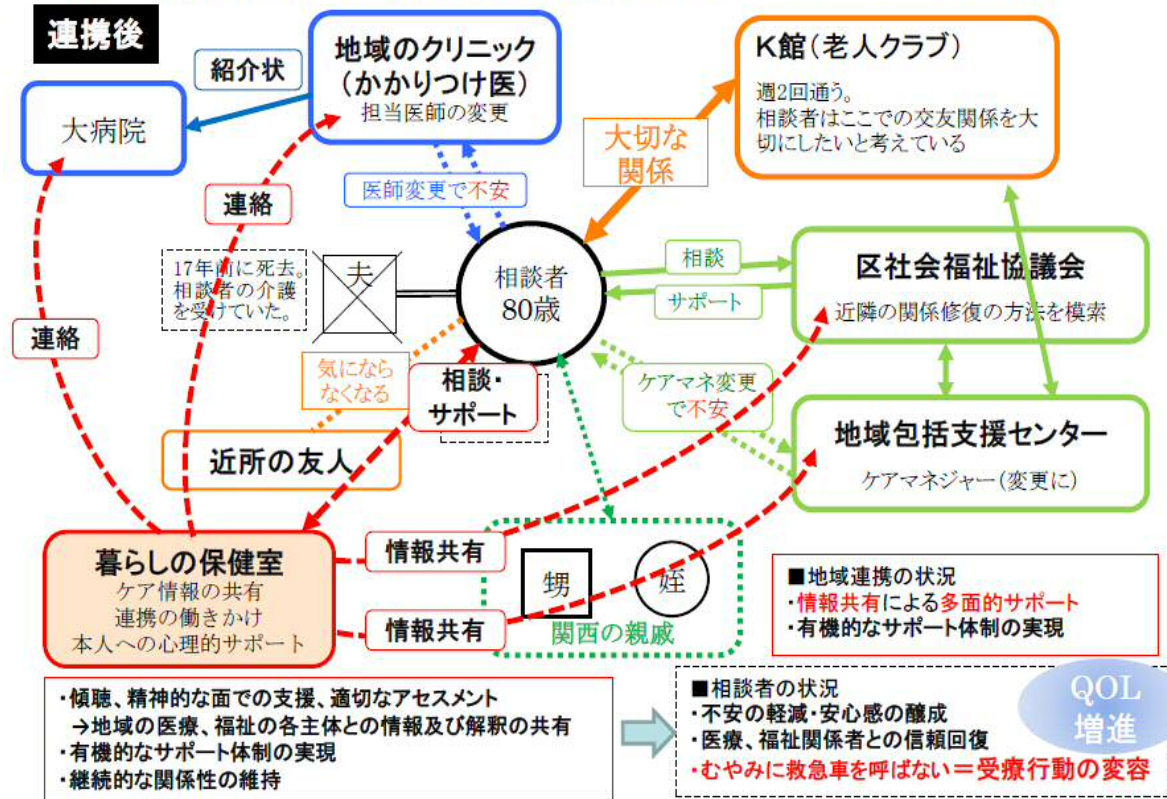
例:暮らしの保健室(東京都新宿区)

出所:暮らしの保健室 秋山正子氏作成資料



(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
暮らしの保健室

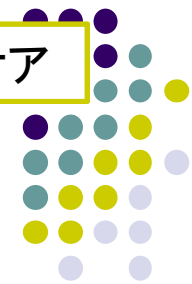
事例② 介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える



- ・傾聴、精神的な面での支援、適切なアセスメント
→地域の医療、福祉の各主体との情報及び解釈の共有
- ・有機的なサポート体制の実現
- ・継続的な関係性の維持

例：急成長するオランダの在宅ケア組織Buurtzorg：地域看護師等によるトータルケア

出所：医学書院『訪問看護と介護』2014年6月号、同『病院』2014年6月号



<事業者概要－BuurtzorgNederland>

- **地域看護師**が2006年に起業した **非営利の在宅ケア組織**
- 2007年に1チーム4人でスタート
→全国約800チーム、約8,500人のナース(看護・介護・リハ職)約7万人の利用者(2014年)
- バックオフィス45人
- 利益率約8%、間接費8%(他の在宅ケア組織の平均は25%)
- **利用者満足度トップ、従業員満足度全産業トップ、利用者あたりのコストは他の在宅ケア組織の半分**

Better Care, Better Work, Lower Cost!

- スウェーデン、米国、中国、日本!?

<特徴：地域ナースによる統合ケア>

- **約70%が地域看護師**
- あらゆる年齢・疾患・障害をもつ利用者には
 - ① アセスメント・ケアプラン作成
 - ② インフォーマルネットワークの活性化
 - ③ 専門職ネットワーク(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
 - ④ QOL向上に向けた**看護・介護・ガイダンス**の提供
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
 - ⑤ **共感的・社会関係支援**の提供
 - ⑥ **セルフケアの支援** を実施
- **地域看護師が全プロセスに責任を持つ**
 - ケースマネジメントとケア・サポートの分業をしない
 - **全人的ケア・サポート提供**(機能別分業しない)
- 本人・家族・地域と協働(専門職によるケアを次第に置き換え)
- **地域に根ざす予防プロジェクトも推進**

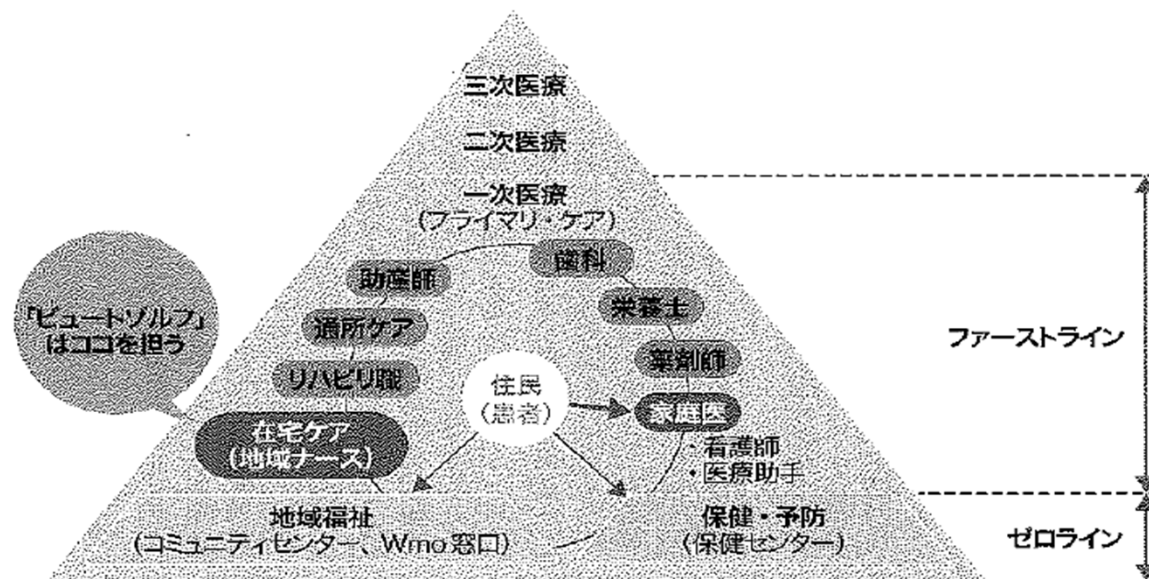


<シンプルでフラットな組織>

- **1チーム最大12人のナース、チームに管理者や事務職はいない。**
- 利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等**全てに裁量**
- **チームミーティングで役割の確認とリフレクション。**
- **利用者との対話、リフレクションとBuurtzorgwebをつうじた継続的で能動的な相互学習**
- **小さなバックオフィスはヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与支払等。**
- **コーチ15人**

<Buurtzorgweb: ナースとともに進化するICT>

1. **コミュニティ~ナレッジマネジメント”ba”**
 - ミッション共有と連帯感醸成
 - 事例やイノベーションの相互学習
 - チームとバックオフィスのコミュニケーション
 - 組織の意思決定
2. **OMAHAシステム: ケアの見える化**
3. **チームコンパス: 生産性見える化**
4. **業務管理**





例：岐阜県居宅介護支援事業協議会における多職種連携アセスメント研修

○多職種協働アセスメントの共通言語として「介護ラ・針盤」を開発

ケアミニマム チェックシート

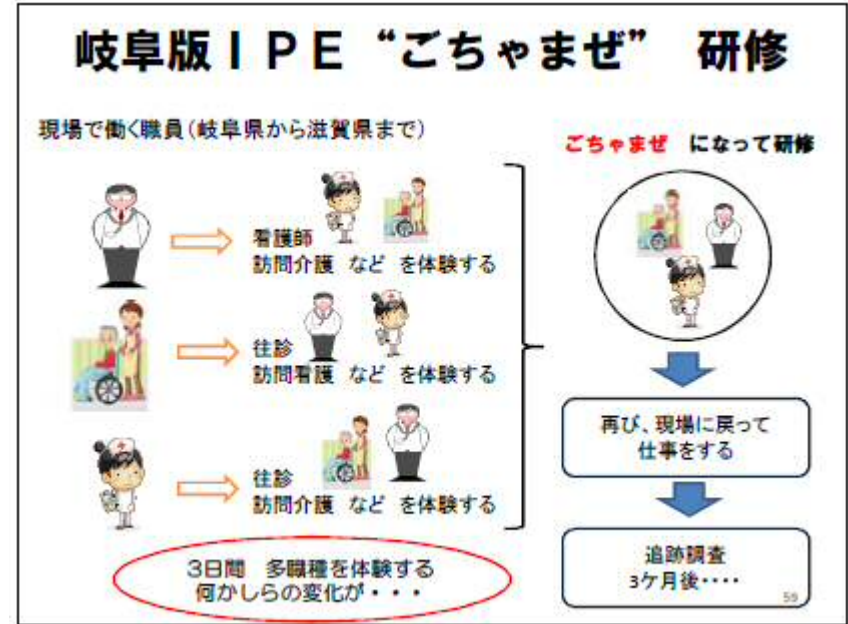
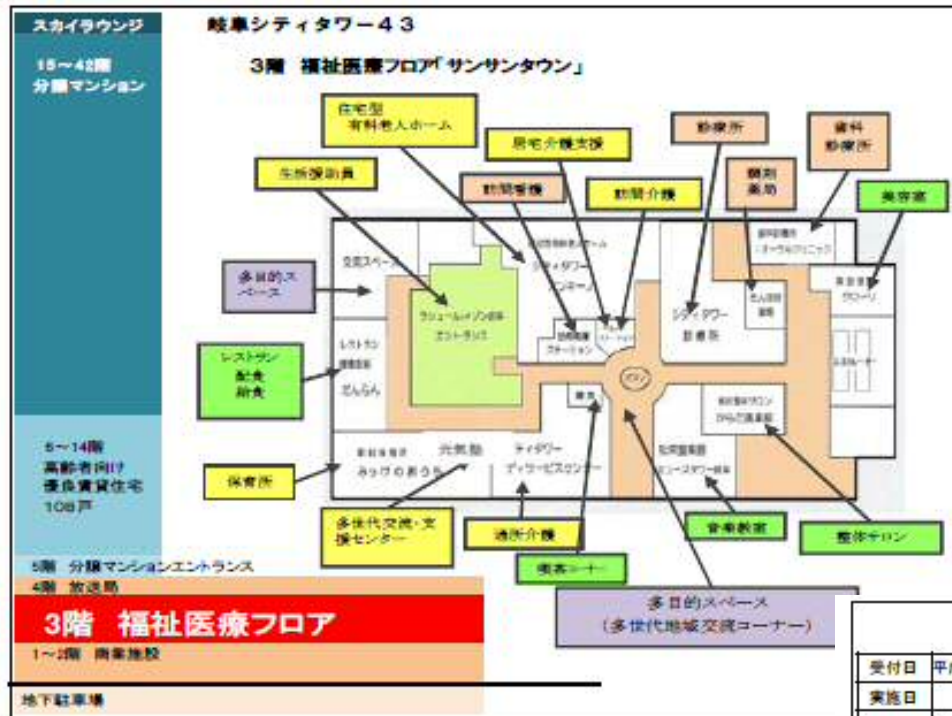
利用者氏名		性別	年齢	世帯構成	要介護度	記入日	
日常生活自立度			認知度		記入担当者		
自立性		実施状況			能力		
No	大項目	小項目	自立性	現状	能力評価	意欲	結果
1	起床・移動	自分で屋内を移動している	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
		毎日外気に触れている	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
		車椅子に乗ることができる(転車、乗り降り)	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
		1日1回は離床している	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
2	食事	自分で食べている	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
		1日3食の確保ができています	① はい ② いいえ	① 栄養が足りている ② 栄養が足りていない			1

○チームエントリーによる多職種連携アセスメント研修の実施(県内全域)

第1回: 事業導入(8~9月)~「介護ラ・針盤」を用いたアセスメントすりあわせ、チームとして共有する具体的な目標設定等

第2回: 事例検討(11~12月)~医療と介護職種間の連携強化(主治医からの提案等)、中間総括を踏まえたケア計画

第3回: 事例報告(1~2月)~各地域での取り組み報告、今後のチームケアに向けた課題解決、次年度へのステップアップ



カリキュラム

受付日	平成 22 年 09 月 09 日		受付者	研修コーディネーター				
実施日	平成 22 年 09 月 13 日～15 日				連絡先	058-266-4333		
研修の流れ	時間	研修生④ NS	時間	研修生① OT	時間	研修生③ CW	時間	研修生② Dr
9月13日 (月曜日)	14:30 16:00	訪問看護 (A) ケース	13:30 16:00	アンキーノ	13:30 16:00	往診 (B) ケース	14:00 14:45	訪問介護 (C-D) ケース
9月14日 (火曜日)	9:00 11:00	LSA	9:00 11:00	ディサービス	9:00 12:00	診療所	9:00 9:15	訪問介護 (D) ケース
	11:30 12:00	訪問看護 (E) ケース	11:30 12:00	訪問介護 (G) ケース	12:30 13:00	訪問介護 (B) ケース	9:30 12:00	アンキーノ
	12:30 13:30	休憩	12:30 13:30	休憩	13:00 14:00	休憩	12:00 13:00	休憩
	14:00 14:30	訪問介護 (F) ケース	13:30 15:30	ディサービス	14:00 15:00	訪問看護ST (B) ケース	13:00 14:00	訪問介護 (H) ケース
9月15日 (水曜日)	15:00 17:00	元気塾	15:30 16:30	訪問看護 (G) ケース	16:30 17:00	訪問介護 (J) ケース	16:00 17:00	訪問看護 (H) ケース
	9:00 12:00	ディサービス (E) ケース	9:30 11:00	訪問看護 (A) ケース	9:00 12:00	LSA	9:00 9:15	訪問介護 (D) ケース
							11:00 11:30	訪問看護 (D) ケース

例:ホームホスピス「かあさんの家」

出所:ホームホスピス宮崎理事長市原美穂氏作成資料



「かあさんの家」の目標:

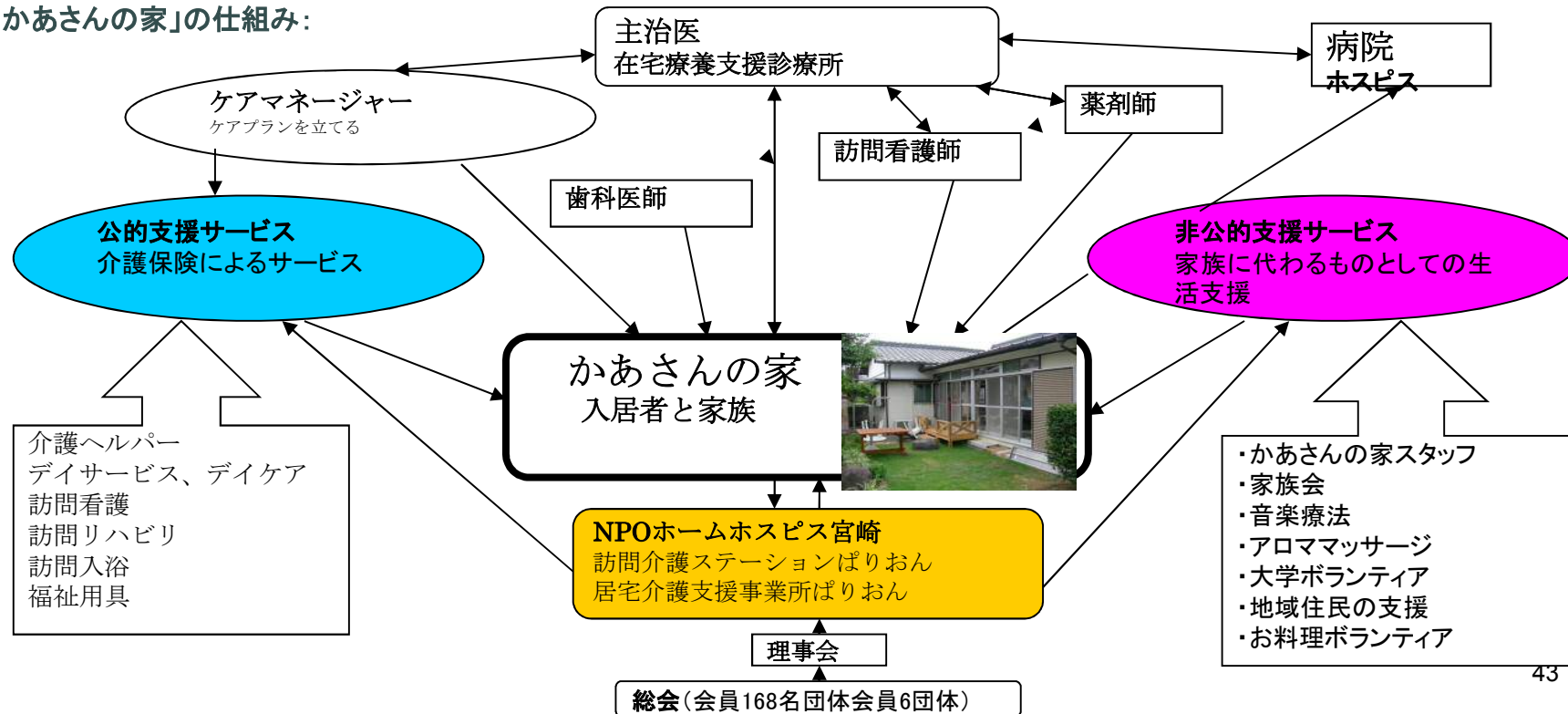
- ☆最後まで、暮らしと『いのち』を支えること
 - ..病人ではなく、生活をする人、朝目が覚め、顔を洗い、食事をし、排泄をし、眠る(当たり前生活)を支える
- ☆見えなくなった死を、看取りを介し生活の場へ取り戻す
 - ..家族が悔いのない看取りが出来るように支え、その時間と空間を提供する
 - ..いのちを次世代につなぐ⇒**家族の絆を確認する**



「かあさんの家」の特徴:

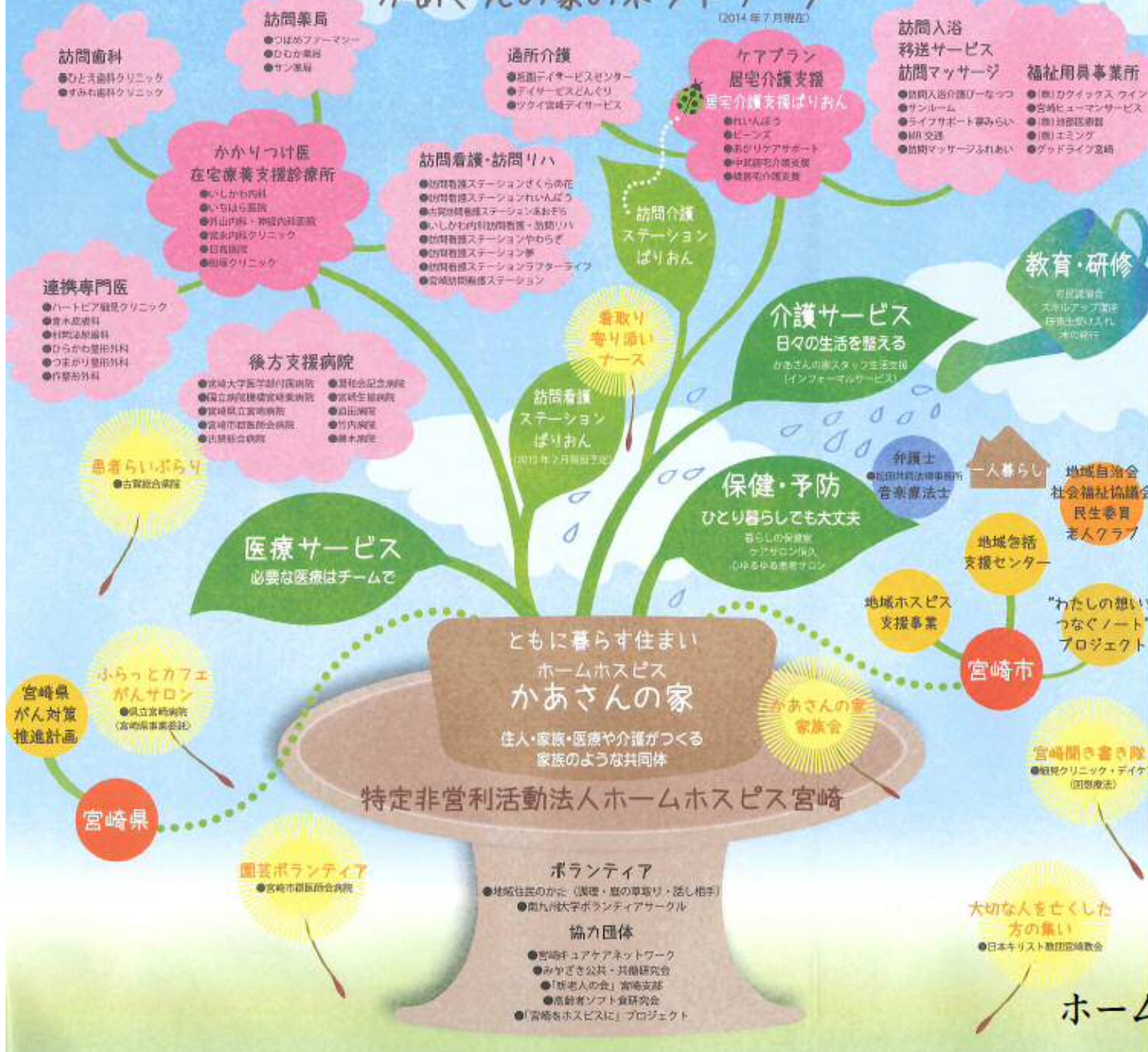
- ・「家」に擬似家族としてルームシェアして暮らす
 - ..1軒あたり5名が擬似家族になれる経験値
- ・地域の空いている民家を使う
 - ..自治会・ご近所の方のボランティア受け入れ
- ・多様性・多機能性をもつ
 - ..どんな病気でも、泊まりだけ、食事だけなど
- ・医療機関や福祉サービスとの連携
 - ..在宅医療と在宅介護サービスと**チーム**を組んで
 - ..地元の大学生・看護学生の研修の受け入れ

「かあさんの家」の仕組み:



ともに暮らす住まい かあさんの家のネットワーク

(2014年7月現在)



ホ
ー
ム
ホ
ス
ピ
ス
の

包
括
的
支
援

ホームホスピス宮崎作成

例:NPO法人ゆいの里「街中サロン なじみ庵」

<http://www.yuinosato.gr.jp/index.htm>

代表 飯島恵子さんご挨拶を抜粋

地域高齢者の皆さんの生きがいつくり・介護予防と商店街の活性化を目指してスタートしましたなじみ庵は、高齢者のみならず、子供から老若男女が共に暮らす地域の縁側になりつつあります。

新しい出会いの場であり、旧交を温める場にもなっています。

この1年余の活動を振り返って、あらためて高齢者の皆さんや地域が持っている力を実感しました。

活かさなければもったいない！そのパワー！

すばらしい「社会資源」「地域資源」が、この町にたくさんあることにあらためて気がつきました。

会員(高齢者)の皆さんの力を活かし「**支えあいのまちづくり**」の"担い手"と"場"が育ってきた感があります。

☆ この1年余の間に、なじみ庵に集った皆さんたちがここで手づくりしてきた事☆

★ 日替わりランチ(お袋の味ランチ、開拓鍋セット、秘伝手打ちそば、ブランチセット)

★ 伝習会(しもつかれ、釜のふた饅頭、おはぎ、昔の遊び、蛸かご編み等など)

★ 自主グループ(ハーモニカ、踊りを楽しむ会、男の料理教室、般若心経の会、浪曲を聞く会、歌声喫茶等など)

★ コンサート(オカリナ、ギター、ハーモニカ、手話ダンス、キーボード、歌など)

★ 各種講演会や講習会

★ 「転ばぬ先の知恵教室」「物忘れ知らず教室」

地域で暮らすみなさん方、いろんな方々がつながる「場」になっています。

民生委員さんや地域包括支援センター、ケアマネジャーとの協働、実習生の受入れ、小学校や中学校との連携、

他市町村や他県の方々の来庵(見学や視察、研修など)、たくさんの方々がなじみ庵を訪れ、集い、一緒にお茶を飲んだりおしゃべりしたり、ランチを食べたり、レンタルボックスや駄菓子の買物をしたり・・・と街中サロンなじみ庵を活用しています。

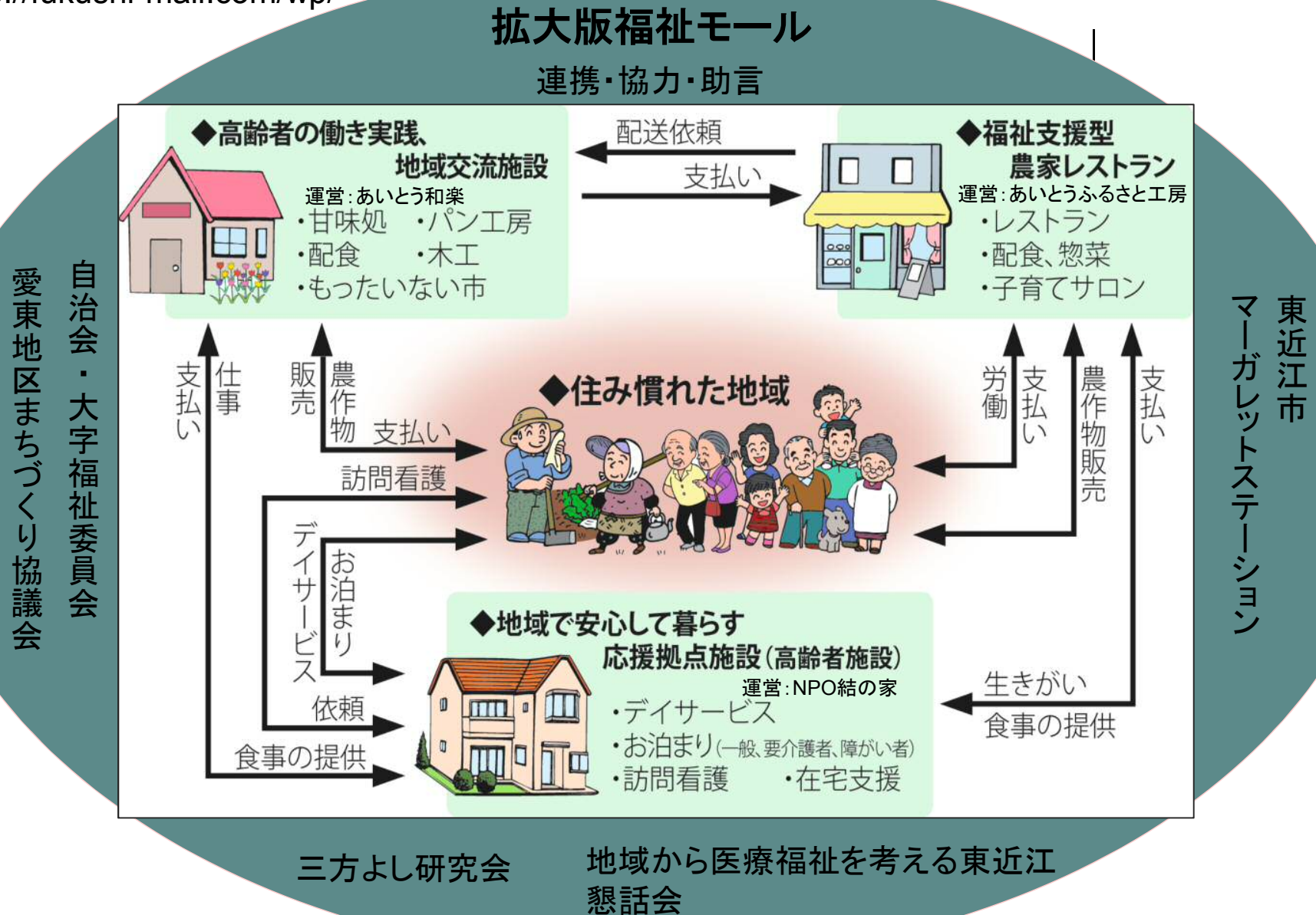
これからも、ほっとする場であり、さりげなく支えあえる場として、なじみ庵が地域の人たちと共に、育っていくことを願っています。どうぞ、なじみ庵をよろしくお願いいたします。



あいとうふくしモール構想図

<http://fukushi-mall.com/wp/>

資料提供: あいとうふくしモール運営委員会





花戸貴司医師提供

例：目黒区認知症家族会「たけのこ」の活動

出所：たけのこ世話人竹内弘道氏作成資料



啓発イベント「たけのこ広場」 2004年～

- 6月第1日曜日午後
- 区役所の大会議室など
- 無料
- 区との共催事業
- 区から講師料助成

150～200人参加

- テーマ
認知症を知る
家族支援／セーフティネット
- 対象：認知症家族、一般、専門職ほか
- 内容
・フォーラム
・小グループの交流会
・個別相談
・ミニデイサービス



ミニデイ併設家族交流会 1998年～

- 毎月第1・3金曜日午前
- 中目黒の公的集會室
- 年会費制
- 区、社協との協働事業
- 社協ミニデイ助成

25～30人参加

- テーマ
家族の自立支援／セーフティネット
- 対象：認知症家族
- 内容
・本人⇒見守りミニデイ
・介護者⇒情報交換／学習／懇親会
ピアカウンセリング
勉強会



Dカフェラミヨ 2012年～

- 毎月第2日曜／第4土曜日午後
- 市民交流スペース ラミヨ(竹内宅)
- 各回参加費制
- 自主事業
- 社協サロン助成

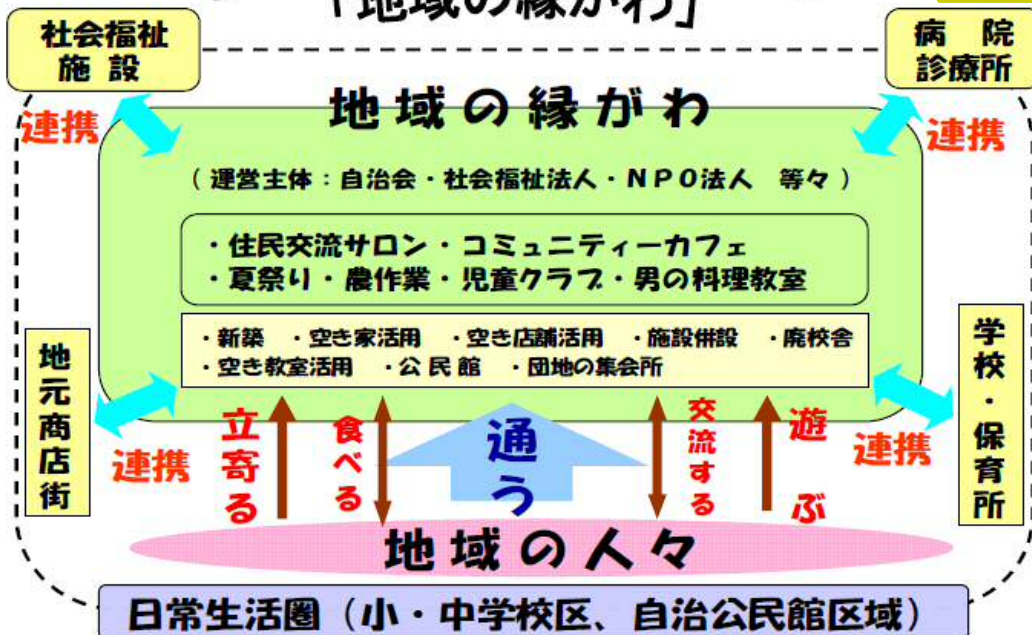
10～15人参加

- テーマ
レスパイト／認知症関係者交流
／介護準備／コミュニティ創造
- 対象 介護者、一般、専門職ほか
- 内容
・調理&談話
・音楽&談話
・異世代交流



誰もが気軽に集い支え合う
「地域の縁がわ」

例：地域の縁がわ(熊本県)



あったかふれあいセンター*

地域住民の交流の場・支えあいの拠点



例：あったかふれあいセンター(高知県)



認知症の人にやさしいまちづくり 例1 (UK) Plymouth Dementia Action Alliance

- Plymouth市の認知症の人 2012年3,000人、2021年4,200人
- ヴィジョン: Plymouthを認知症のひとにやさしい市にする(認知症の人や介護者の個々の多様性を認識し、彼らが地域生活のあらゆる領域で包摂されることを促し、彼らの決定や暮らし方の選択を尊重し、変化する彼らの認知症に関するニーズや選考に柔軟に対応する)。
- 参加組織: Plymouth市における認知症の人と家族のQOLを高めようとする30以上の組織
- なりたち: Plymouth大学が2010年~2011年にわたって早期診断研究の一環として実施した認知症の人と家族に対するインタビューから、地域支援が緊急課題であることが判明。当初想定したよりも日常生活にかかわる幅広い組織体(買い物、娯楽、銀行、宗教、移動、旅行、電話...等)に関係すること。
→研究メンバーから市長に、これらの組織体をDAAIにすべて巻き込んでいくよう提案、あわせて行動計画策定に向けてボランティアの小グループで検討、市長を座長として計画案に基づき90の組織を招き、結果的に鍵となる30組織が参加。
- 進め方: 参加組織それぞれが認知症の人と家族のニーズに関する理解に基づき改善に向けて継続的なアセスメントを行う。改善プロセスに認知症の人と家族に意味ある形で参加してもらう。
例) 家族介護を行っている従業員への配慮、認知症の顧客のニーズに効果的に対応するための従業員教育等を含む。
- 参加組織のメリット: 認知症専門家ネットワークとの関係づくり、認知症に関連するプロジェクトに関する最新情報を得る、PDAAが組織する年間会議やイベントへの参加、認知症にやさしいまちづくりに関する助言を得る、ベストプラクティスをめぐる議論に参加、市内における協働、コラボレーションの推進、情報・助言
- 目標:
 - PDAAへの参加メンバーを探す(慈善団体、刑事裁判、救急、デジタル通信、ヘルスケア、娯楽・旅行、自治体、小売、輸送、電力、財政・ビジネス、教会、メディア等)
 - 効果的でサポータティブな地域づくりとその維持についての情報共有ネットワークの構築
 - フィードバックツールの提供
 - すべてのプロセスにわたってPlymouth市における認知症の人の声が反映されることの保証(参加組織への情報提供)
 - PDAAの進捗状況の報告とモニタリング



認知症の人にやさしいまちづくり 例2 (Scotland) Dementia Friendly Communities

<http://www.adementiafriendlycommunity.com/>

- 認知症の人、介護者、行政、地域活動家が創設
- ヴィジョン: 認識・包摂、啓発及びアクティビティやサービスの開発・提供をつうじた先入観の打破
 - DFC Awareness programme
 - Social inclusion
- 地域資源を発見、掘り起こし、つなぎ、協働、ヴィジョンの共有
 - DFC Collaborative
 - Alzheimer Scotland
 - Scottish Dementia Working Group
 - National Dementia Carers Action Network





誰がケアを担うのか： 「主体」「客体」を越えて



ケアの担い手をめぐって

ここでケアの担い手: フォーマル／インフォーマル、有償／無償(二分化できなくなってきたが)、対象の別を問わず広くケアを行う者

1. まずインフォーマルケアラーへの着目

- アメリカ・スウェーデン・イギリス等の研究者によるケア・ケアラーの歴史への着目(1920年代頃~)と政策対応を要する事柄としての明確な位置づけ
- ケアラー団体の運動
 - ケアラー支援の制度化(1960年代後半~萌芽的に)
- ケアラーを視野にいれる政策領域の広がり
- 近年EU等では社会的排除との関連からケアラーを位置づけ
ケアラーの社会的保護と社会的包摂をはかる政策検討

[Room et al.(1992), European Commission(2008)等]

(参考)Eurocarersにおける ケアラー支援にかかる10の原則



- ① ケアラー認識: コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識、この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映
- ② 社会的包摂: ケアラーが社会生活を享受する権利
- ③ 機会平等: ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき
- ④ 選択: ケアラーになりたいか/負担の程度を選択、ケアを必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき
- ⑤ 情報: ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドボカシー、訓練
- ⑥ 支援: 経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス
- ⑦ ケアから離れる: ケアラー・ケアを必要とする人双方にニーズに応じたレスパイトケア等
- ⑧ ケアと仕事の両立: ケアと有給雇用両立の可能性(労働政策の前提)
- ⑨ ケアラーの健康増進
- ⑩ 経済保障: ケアの結果としての貧困化を避ける

出所: <http://www.eurocarers.org/index.php>



2. ケアワーカーへの注目

- 欧米で高齢・障がいのみならず保育も包摂する
ケアワーカーにかかる研究活発化(1980年代以降)
 - 多様なケアワークの射程、概念構造、実践の精緻な把握、福祉レジームと結びつけた配置・雇用、教育・コンピテンスの検討[Moss and Cameron(2002)等]
- とりわけ長期ケアに携わるケアワーカーの確保定着が
各国の政策課題に(2000年代以降)
 - 規模、属性、確保定着策にかかる国際比較の蓄積[Fujisawa and Colombo(2009)等]

3. 多様化するケア提供主体の把握と支援

- フォーマル/インフォーマル、有償/無償といった二分法を越え
多様化するケア提供主体の概念整理
[Ungerson(1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds.[2005)等]
- 家族・世帯、市場、国家、コミュニティ・ボランティア：
ケアダイヤモンドによる供給バランスの把握[Razavi(2007)]
- とりわけ長期ケアについてはケアの担い手の全体像の
実態把握と充実に向けた方策展開[Colombo et al.[2011]]

4. ケアの担い手(主体)としての患者・利用者

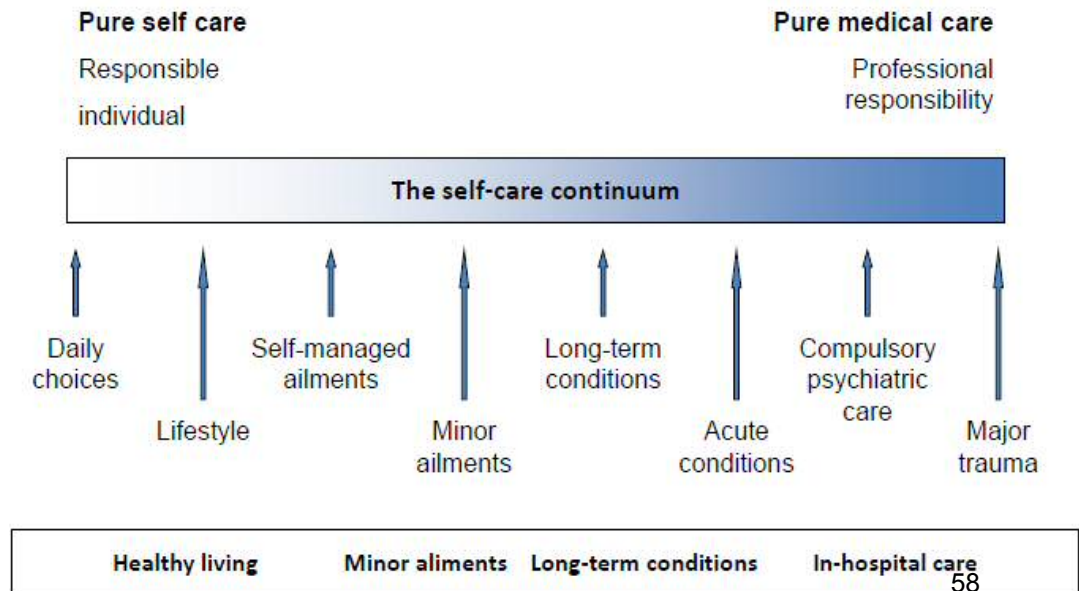
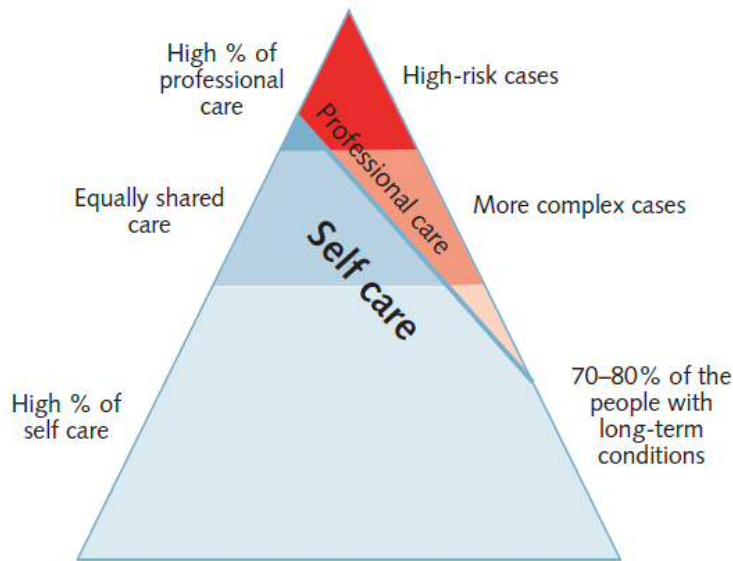


- 1950年代の「患者役割論」[Parsons(1951)]: 社会的役割の免除、医療者の指示に従い援助を受け入れる患者
～「病院の世紀」[猪飼(2010)]における専門職のイニシアティブに基づく治療の「受け手」としての患者像
- 高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増するにつれ患者像が転換: 先を見越した行動をとるケアチームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像へ [Wagner et al.(1999,2001)等]
- セルフマネジメントを高める施策の展開、その効果に関する研究 [Lorig et al.(1999), Expert Patients Programme Community Interest Company(2010)等]
 - 米・スタンフォード大学で1980年代に開始されたChronic Disease Self Management Programme (世界20カ国で展開)
 - 英・保健省とNHSが主導するExpert Patient Programme [松繁(2010)]: 「LayExpert (素人専門家)」という概念
- ただしもちろん依然として医療者に従属的でありたい患者も多い [Wiles and Higgins(1996), Gabe et al.(2003)]

(参考)NHS改革とセルフケア



- ケアを必要とする多くの人にとってセルフケアが重要、セルフケアはQol及び患者満足度↑医療資源節減につながる→セルフケア振興が不可欠 [イギリス保健省(2005)『セルフケア白書』]
- 「self-care continuum」という概念を用いて、セルフケアと専門職ケアの配分や焦点が心身状況に応じて変化していくことを示すとともに、セルフケアサポートのあり方を整理する。

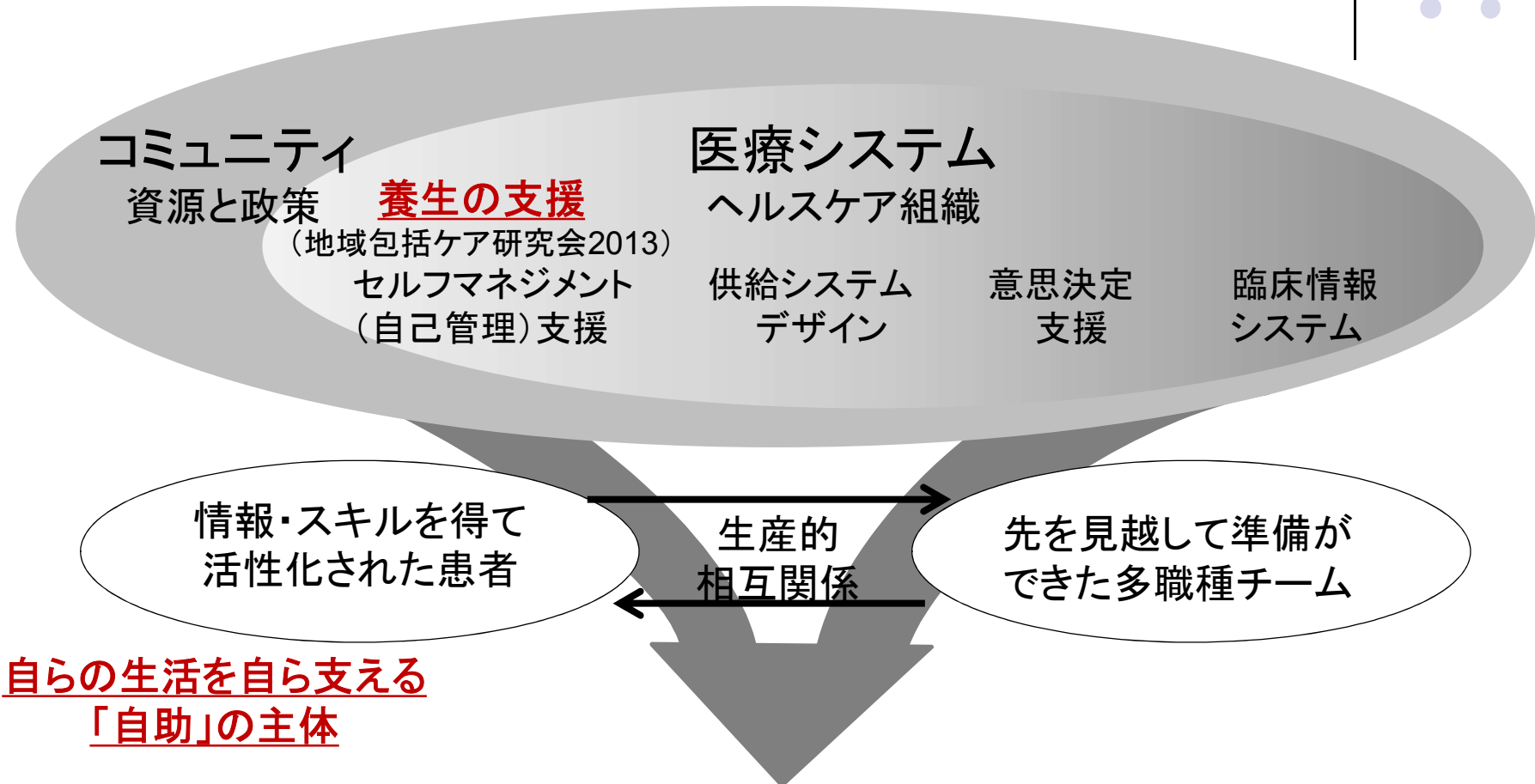


出所: Department of Health (2006) Our health, our care, our say: a new direction for community services

出所: <http://www.selfcareforum.org/>

Wagnerらの慢性疾患ケアモデル(CCM)

「客体」から「主体」へ/患者－専門職関係を越えて



自らの生活を自ら支える
「自助」の主体

本人・家族の選択と心構え 機能・臨床的アウトカムの向上
(地域包括ケア研究会2012)

慢性疾患ケアのための コアコンピタンス



1. 患者中心ケア

- 効果的なコミュニケーション
- 健康行動変容のサポート
- セルフマネジメント支援
- プロアクティブアプローチ

2. 協働 (Partnering)

- 患者と
- 他の提供者と
- コミュニティと

3. 質向上

- プロセス・成果の測定
- 学習→変化
- エビデンスを実践に反映

4. ICT

- 患者の登録
- パートナーとのコミュニケーション
- コンピュータ技術の活用

5. 公衆衛生視点

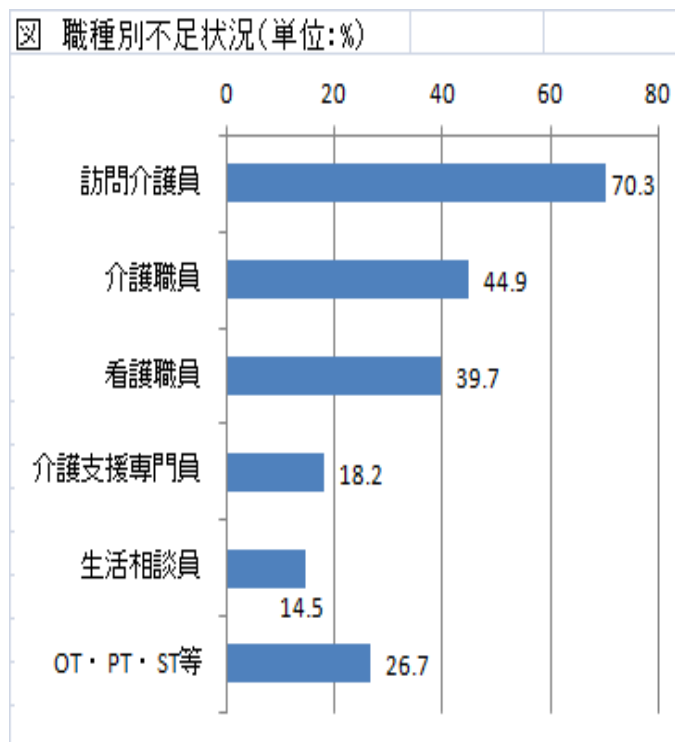
- Population-based care
- 予防重視とケアの連続を横断する働き
- プライマリケア主導のシステム

出所: WHO (2005)、Nolte and McKee (2008)



(参考) 地域に開かれた事業所づくりと人材確保

- 職種別人材過不足状況: 訪問介護員の不足感が高い
- 人材不足の理由(従業員全体でみて不足の事業所、MA):
 - ① **採用困難**(66.0%)、② 事業拡大したいが人材確保できない(26.2%)、③ 離職率が高い(19.8%)
- 離職率分布: 訪問介護員・介護職員の離職率は0%の事業所が多くを占め、10%未満まであわせると約5~7割 (離職率30%以上の事業所も約2~3割)



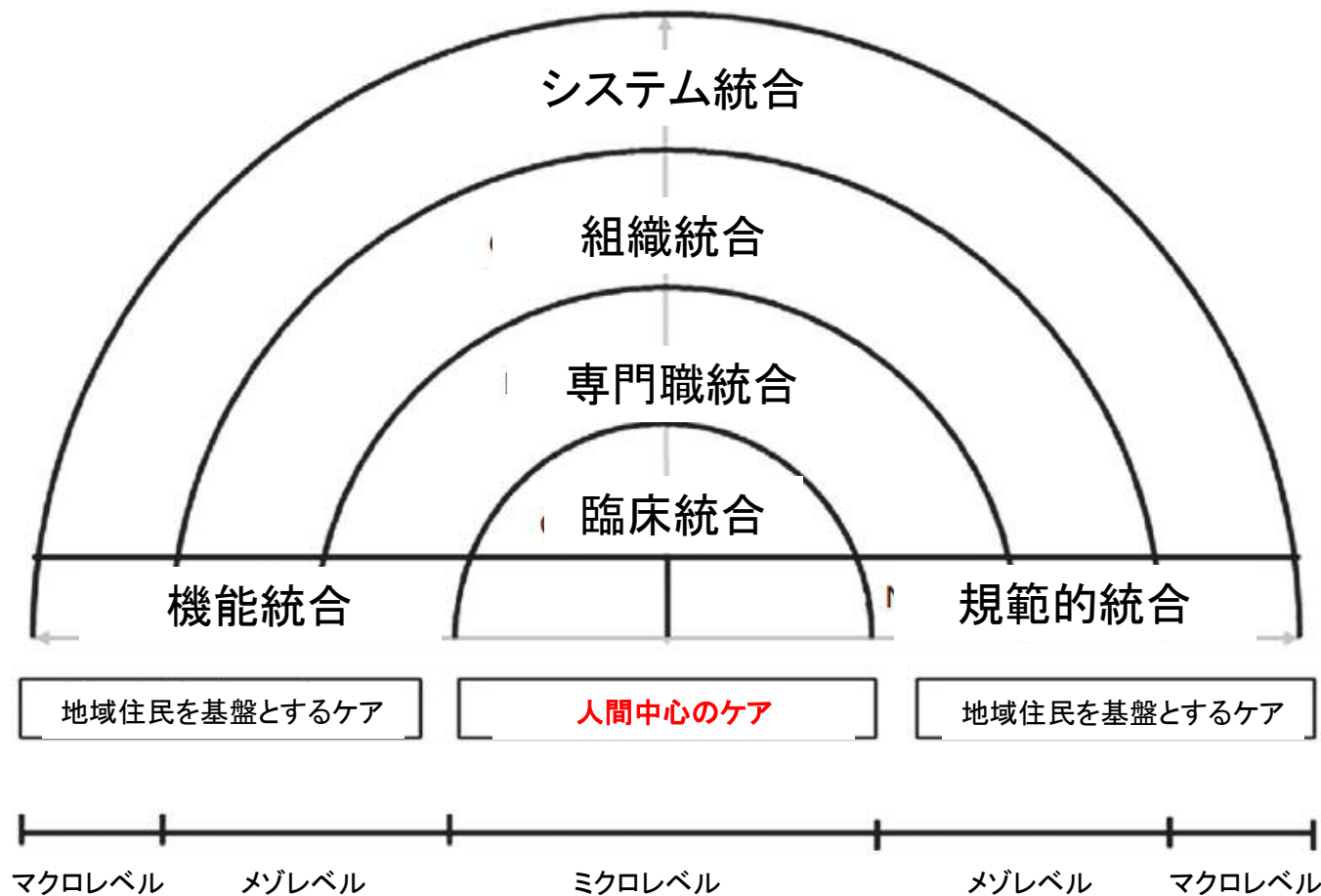
出所: 堀田聡子「介護労働市場の現状と課題
—採用・離職と過不足感をめぐって」労働政策
フォーラム(2012年9月)資料

- 訪問介護員を人数・量とも採用できている事業所の特徴(訪問介護員がいる事業所全体との比較)
 - 法人規模、事業展開、事業所規模の特徴見られず
 - 民間少なく社協以外の社福やや多い、地域区分「その他」が多い、事業所開設・介護事業開始が約1年早い
 - 人材育成の取り組み充実度(自己評価)が高い
 - 研修計画立案等高い
 - 稼働日毎に一度事務所立寄りが多い
 - **地域に開かれた事業所づくり**
 - 事業所の設備や建物等を地域に開放、祭りなど地域行事に事業所として参加、民生委員・関係機関等とともに地域の見守りのネットワークに参加、他の事業所等と連携した利用者の支援について手順やマニュアルを整備(連携パス等)、地域や学校において介護や健康づくり等に関するセミナー・教室を開催・支援、職員派遣、介護者の集いを開催・支援、職場見学・職場体験や実習の受け入れ、ボランティアの受け入れ



持続可能な地域ケアモデルに向けて

プライマリ・ケアの統合的機能 に基づく統合ケアの概念枠組み





移行期のムーブメント! 地域包括ケアイノベーションフォーラム

目的:

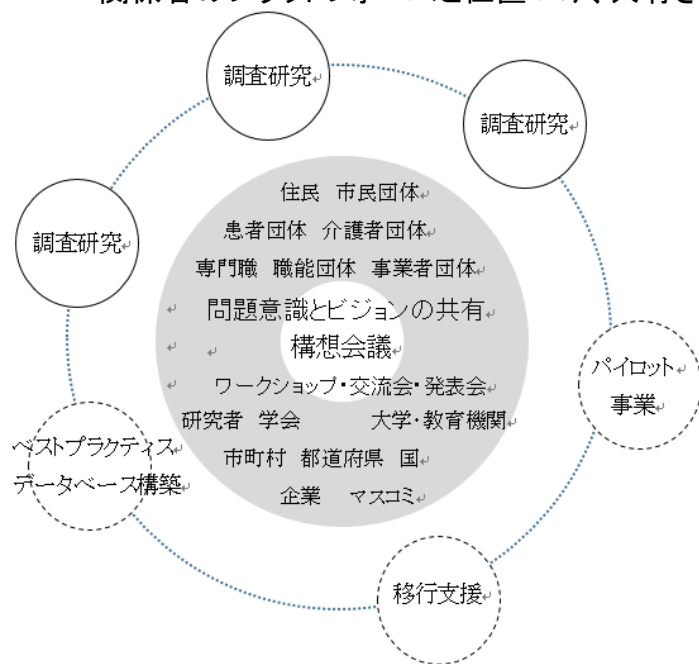
医療と介護の連携・統合にかかわる現場発のイノベーションを推進することにより、
全人的で継続的な住民本位のケアの実現、ひいては地域包括ケアシステムの構築に資すること

事業: 上記に関連する

1. 多様な関係者間の問題意識と目指すべき方向性の共有
2. 国内外の実態把握に向けた調査研究
3. 国内外の政策に関する調査研究
4. 国内外のベストプラクティスの収集と地域特性を踏まえた分析
5. ベストプラクティスの蓄積・共有、パイロット事業の実施
6. 本人中心の健康医療情報収集とケア領域におけるアカウンタビリティ向上にかかる調査研究
7. 以上に基づく政策提言、普及啓発、助言の提供 等

体制:

医療介護福祉政策研究フォーラムを事務局として設置する「地域包括ケアイノベーションフォーラム 構想会議」を関係者のプラットフォームと位置づけ、共有された問題意識とビジョンに基づいて、必要な事業を計画・実施する。



構想会議メンバーリスト(五十音順、*呼びかけ人):

- 委員 秋山由美子(前 世田谷区)
井部俊子(聖路加国際大学)、
大島伸一(国立長寿医療研究センター)
唐澤剛(厚生労働省)
田中滋*(慶應義塾大学)、
中村秀一*(国際医療福祉大学大学院/医療介護福祉政策研究フォーラム、事務局兼務)
西村周三*(医療経済研究機構)
松田晋哉(産業医科大学)、
山田尋志(地域密着型総合ケアセンターきたおおじ「リガーレ暮らしの架け橋」グループ)
- 事務局 秋野もえぎ(医療介護福祉政策研究フォーラム)
梶本章(明治大学専門職大学院/医療介護福祉政策研究フォーラム)
川越雅弘(国立社会保障・人口問題研究所)
堀田聰子(国際医療福祉大学大学院/医療介護福祉政策研究フォーラム)



オランダの在宅ケア組織Buurtzorg:

http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02986_04

医学書院『訪問看護と介護』2014年6月号で大型特集、同『病院』2014年6月号で寄稿

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト(2015年3月~2016年3月)実施概要:

http://www.orange-cross.org/wp-content/themes/theme_clm2/images/cs.pdf

(話題) 地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクト



(事例) 急成長するオランダの在宅ケア組織Buurtzorg

<事業者概要－BuurtzorgNederland>

- **地域看護師**が2006年に起業した**非営利の在宅ケア組織**
- 2007年に1チーム4人でスタート
→全国約800チーム、約8,500人のナース(看護・介護・リハ職)約7万人の利用者(2014年)
- バックオフィス45人
- 利益率約8%、間接費8%
(他の在宅ケア組織の平均は25%)
- **利用者満足度トップ**
従業員満足度全産業トップ
利用者あたりのコストは他の在宅ケア組織の半分

Better Care, Better Work, Lower Cost!

- スウェーデン、米国、中国、日本!?

<特徴:地域ナースによる統合ケア>

- **約70%が地域看護師**
- あらゆる年齢・疾患・障害をもつ利用者には
 - ① アセスメント・ケアプラン作成
 - ② インフォーマルネットワークの活性化
 - ③ 専門職ネットワーク(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
 - ④ QOL向上に向けた**看護・介護・ガイダンス**の提供
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
 - ⑤ **共感的・社会関係支援**の提供
 - ⑥ **セルフケアの支援** を実施
- **地域看護師が全プロセスに責任を持つ**
 - ケースマネジメントとケア・サポートの分業をしない
 - 全人的ケア・サポート提供(機能別分業しない)
- 本人・家族・地域と協働(専門職によるケアを次第に置き換え)
- **地域に根ざす予防プロジェクトも推進**



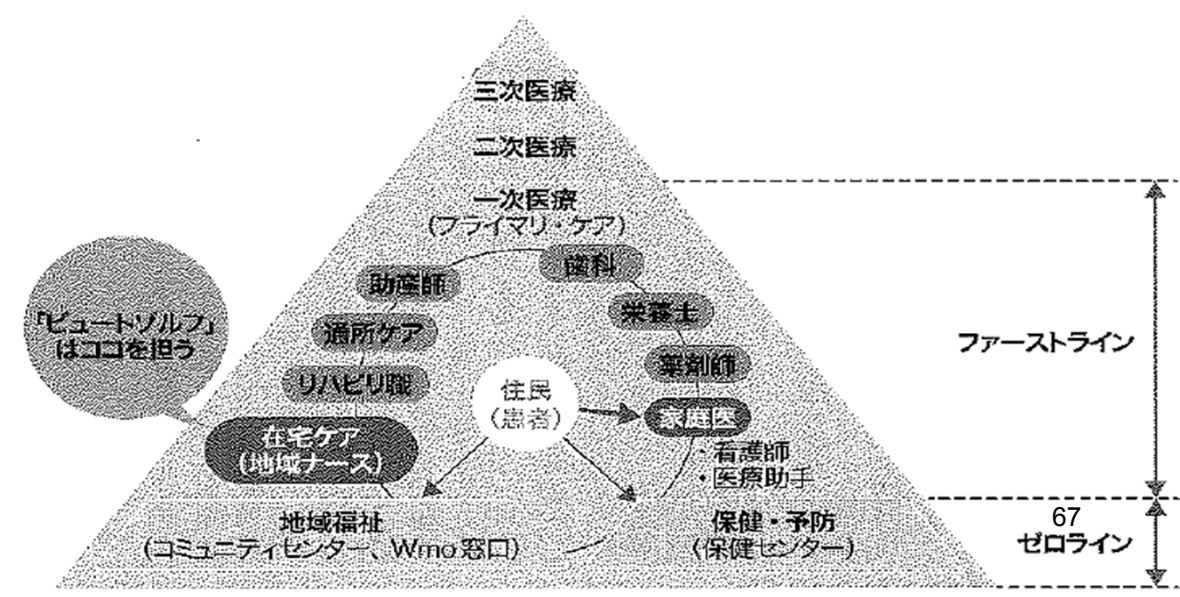
フラットな組織とICT: 人間的なケアに向けて

<シンプルでフラットな組織>

- 1チーム最大12人のナース、チームに管理者や事務職はいない。
- 利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等**全てに裁量**
- チームミーティングで役割の確認とリフレクション。
- 利用者との対話、リフレクションとBuurtzorgwebをつうじた継続的で能動的な相互学習
- 小さなバックオフィスはヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与支払等。
- コーチ15人

<Buurtzorgweb: ナースとともに進化するICT>

1. コミュニティ~ナレッジマネジメント”ba”
 - ミッション共有と連帯感醸成
 - 事例やイノベーションの相互学習
 - チームとバックオフィスのコミュニケーション
 - 組織の意思決定
2. OMAHAシステム: ケアの見える化
3. チームコンパス: 生産性見える化
4. 業務管理





移行に向けた冒険：多様な関係者との継続的な対話・創発

Buurtzorg → **Community nursing, GP,**

テーマ：2011年1月ビュートゾルフ→2012年4月・10月・2013年2月 +それを支える仕組み

Multidisciplinary **Primary care**

2013年10月 +家庭医療、多職種協働プライマリ・ケア、ディープリーダーシップ

→self management team, **Team Spirit**

2014年3月 +チーム論、ケア内容の見える化、

→**Accountability** → **Transition**

質と生産性のアカウンタビリティ、トランジション（移行・転換）...2014年10月

Public, Open, TV, Radio, Papers..

対象：一般、公開/非公開 新聞・ラジオ・テレビ

continuous dialogue

継続的な多様な立場の人々との対話

Professionals closed discussion,
さまざまな専門職、職能団体、事業者団体
(health/social), professional org.

policy people, academics, Patient,

厚労省、自治体 研究者 患者

nursing school, study visit, exchange knowledge

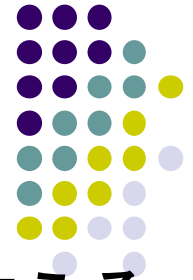
看護学校 研修受入 ナレッジ共有

various **gatherings, field visit** for discussion **in the community**

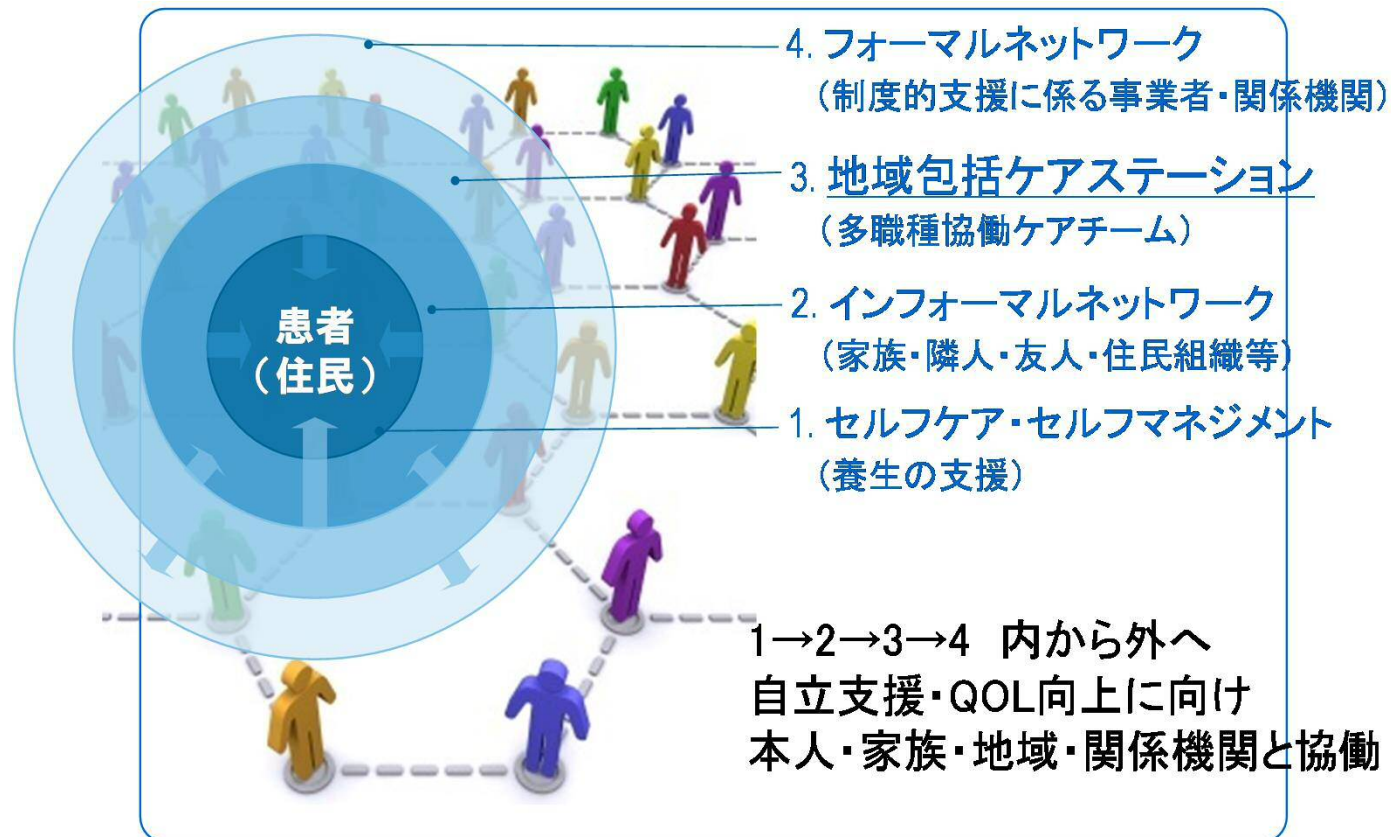


2010年秋 福祉、2011年1月/2012年1月/10月：介護・医療保険事業、2013年2月：保健・福祉、10月、2014年3月：まちづくり...

(紹介)地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのミッション



住み慣れた地域でのその人らしい暮らしの継続を支える
持続可能な地域ケア(玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた
患者中心／住民本位の統合ケア) の実現を目指す



地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのビジョン



- 地域包括ケアにかかわる国内各地の参加主体におけるパイロットステーションと、世界的に成功事例のひとつとされるオランダのBuurtzorg(ビュートゾルフ)のナレッジを共有し、
- 専門職、研究者、関係団体、行政等による継続的な対話・議論・評価を行いつつ
 - ①より質の高いケア (Better Care)
 - ②より働きがいのある仕事と働きやすい職場 (Better Work)によって③コストを下げる (Lower Cost) ことができる

持続可能な地域ケアの中核をなすことが期待される
多主体多職種協働ケアチーム(以下、「地域包括ケアステーション」)
を実証的に開発



「地域包括ケアステーション」 パイロットステーションのイメージ

- 玉ねぎモデルに基づき
- 年齢や疾患・障害の別を問わず、生涯を通じて
- (少なくとも)「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合的なケアをめざす
- フラットなチーム

<事業の背景と目的>

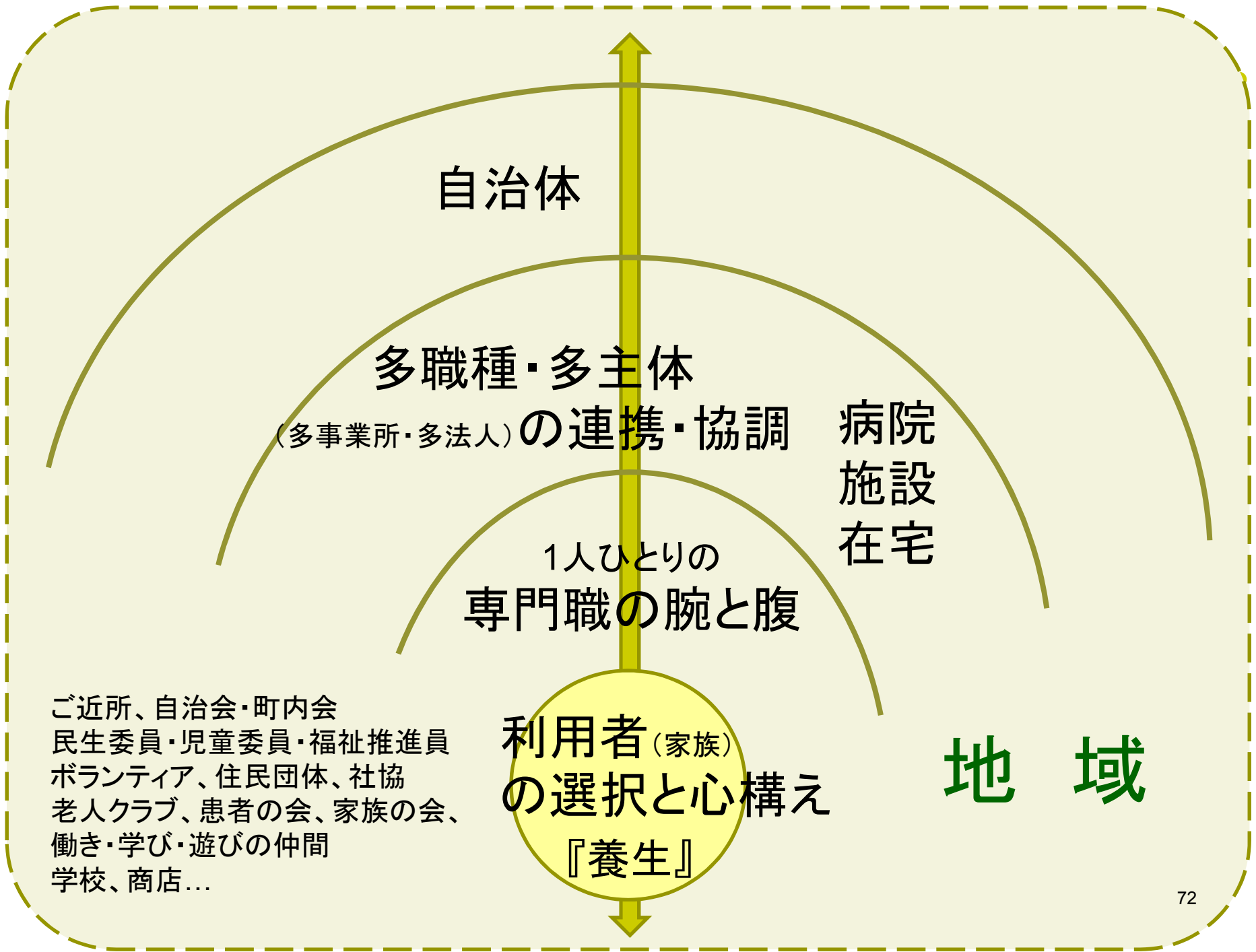
- ・事業の背景／チームの問題意識(地域の人口構成や資源の現状と将来像、住民意識、それらを踏まえた地域の課題等)
- ・目的

<事業内容>

- 各地域・チームにおける、問題意識や目的を踏まえた玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた患者中心／住民本位の統合ケアの実現に向けた事業内容(新たな取り組み、実践の進化)について、
- ・パイロットステーションのイメージ(どのように「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合をはかるか)
 - ・チーム内の情報共有、地域住民や関係機関・ステークホルダーとの意識共有や連携のあり方

<スケジュール>

<期待される成果とその把握方法>



自治体

多職種・多主体

(多事業所・多法人)の連携・協調

病院
施設
在宅

1人ひとりの
専門職の腕と腹

利用者(家族)
の選択と心構え
『養生』

地域

ご近所、自治会・町内会
民生委員・児童委員・福祉推進員
ボランティア、住民団体、社協
老人クラブ、患者の会、家族の会、
働き・学び・遊びの仲間
学校、商店...