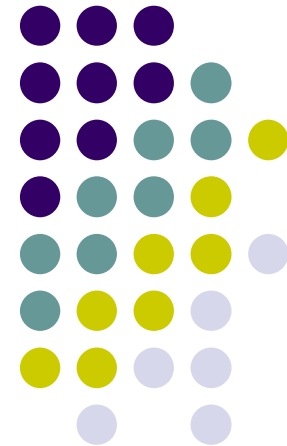


2014年7月11日

# ここから始まる！ 地域包括ケアとまちづくり

労働政策研究・研修機構 研究員 堀田聡子



# 構成

- 地域包括ケアをめぐる潮流
- 地域包括ケア研究会2012・2013
- 慢性疾患ケアモデルとケアの担い手
- 3つのチャレンジ
- 各地の事例を手がかりに





# 地域包括ケアをめぐる潮流

# なぜいま地域包括ケアシステムか



- 複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加
  - 急性期医療を中心として構築されてきたヘルスケアシステムにおける長期ケアにかかわるサービスの断片化、医療的ケアと社会的ケアの連続性の欠如が、「患者にとってのサービスの質」、「資金や資源の無駄遣い」の両面から大きな問題に
- 健康概念の変化、支援観の変化
  - 「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質(QOL)が最大限に確保された状態」を中心とするものに
  - 「治す」から「支える」へ



「**住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続(Aging in Place)**」  
「**生活の質の向上**」をサービスのアクセス・質・利用者満足度  
・効率性を改善しながら実現するかもしれないシステムへの「**期待**」

# (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

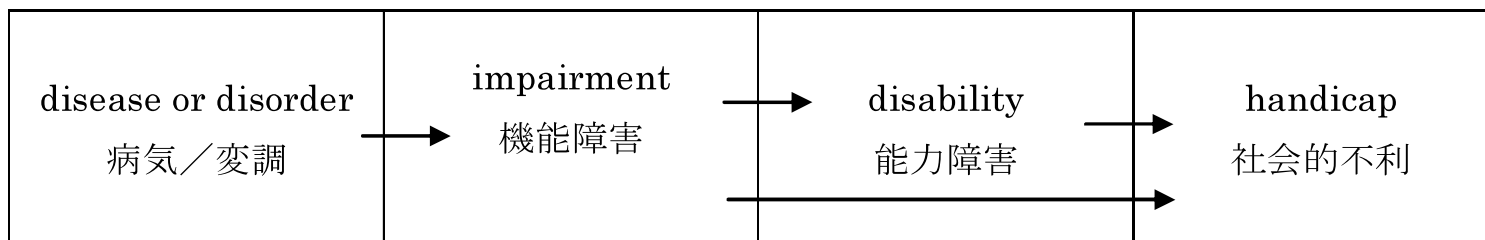
出所:一橋大学猪飼周平教授作成資料



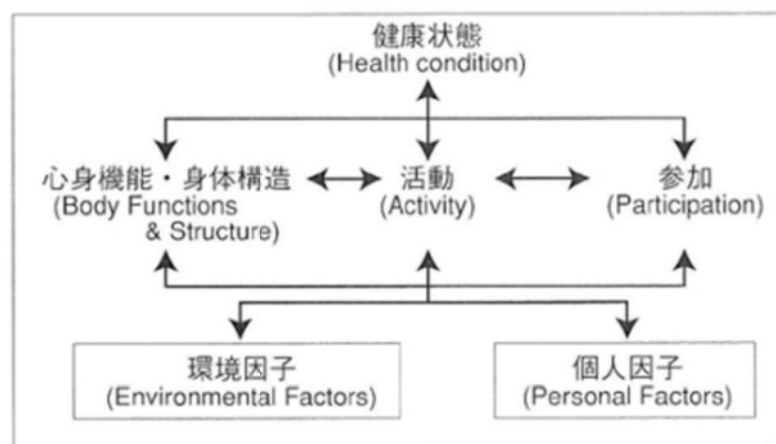
## 特徴

- 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



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_130423)

[http://www.murc.jp/thinktank/rc/public\\_report/public\\_report\\_detail/koukai\\_140513](http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_140513)

# 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。

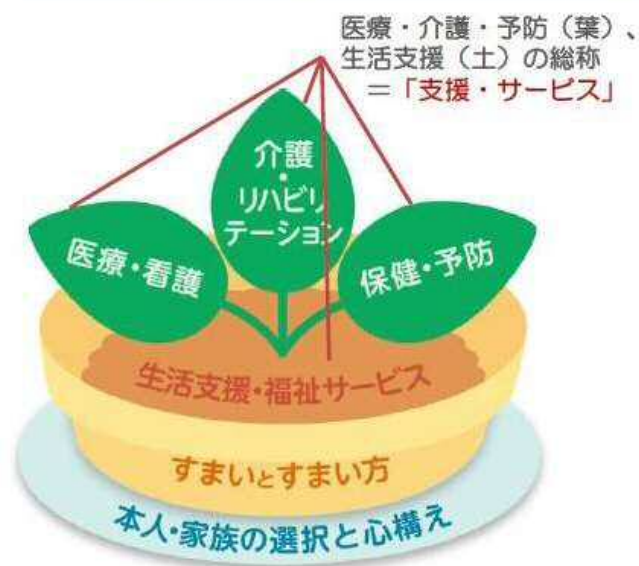
### 高齢者の「自立生活の支援」

- 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、本人の希望になった「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ぬ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やすくなる「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。

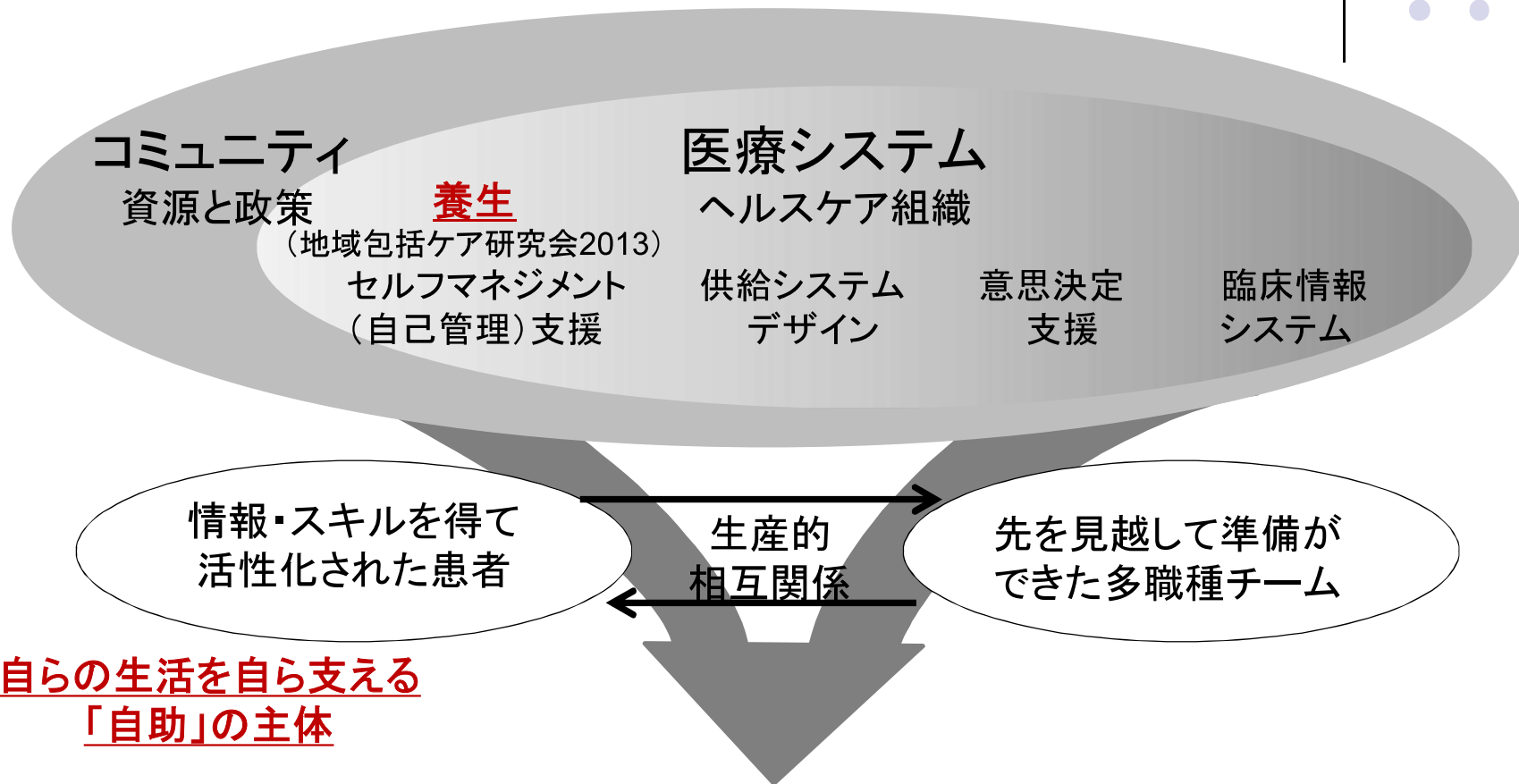
### 統合的なケアの提供に必要な仕組み

- 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。



# 慢性疾患ケアモデルとケアの担い手

# Wagnerらの慢性疾患ケアモデル(CCM)



自らの生活を自ら支える  
「自助」の主体

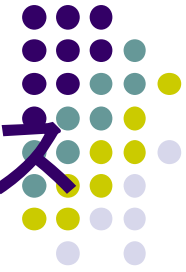
本人・家族の選択と心構え 機能・臨床的アウトカムの向上  
(地域包括ケア研究会2012)

# ケアの「担い手」としての患者



- 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)〕

# 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

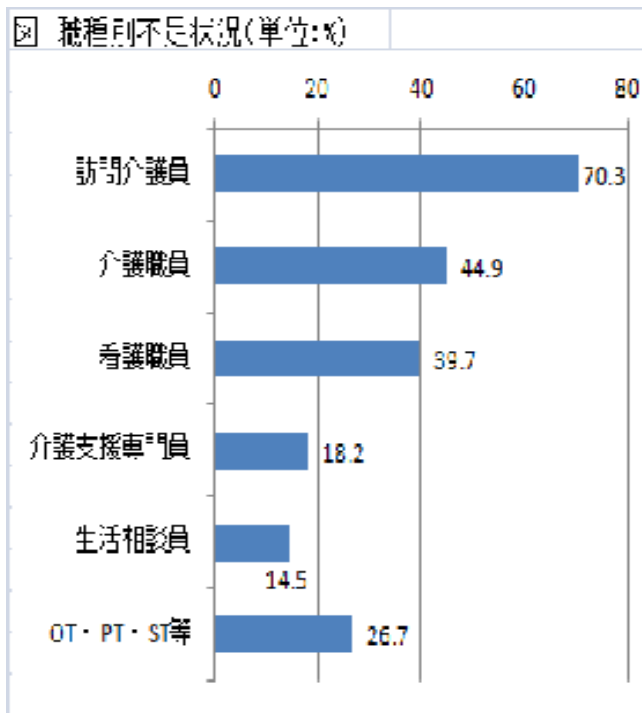
出所: WHO (2005)、Nolte and McKee (2008)



## (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)

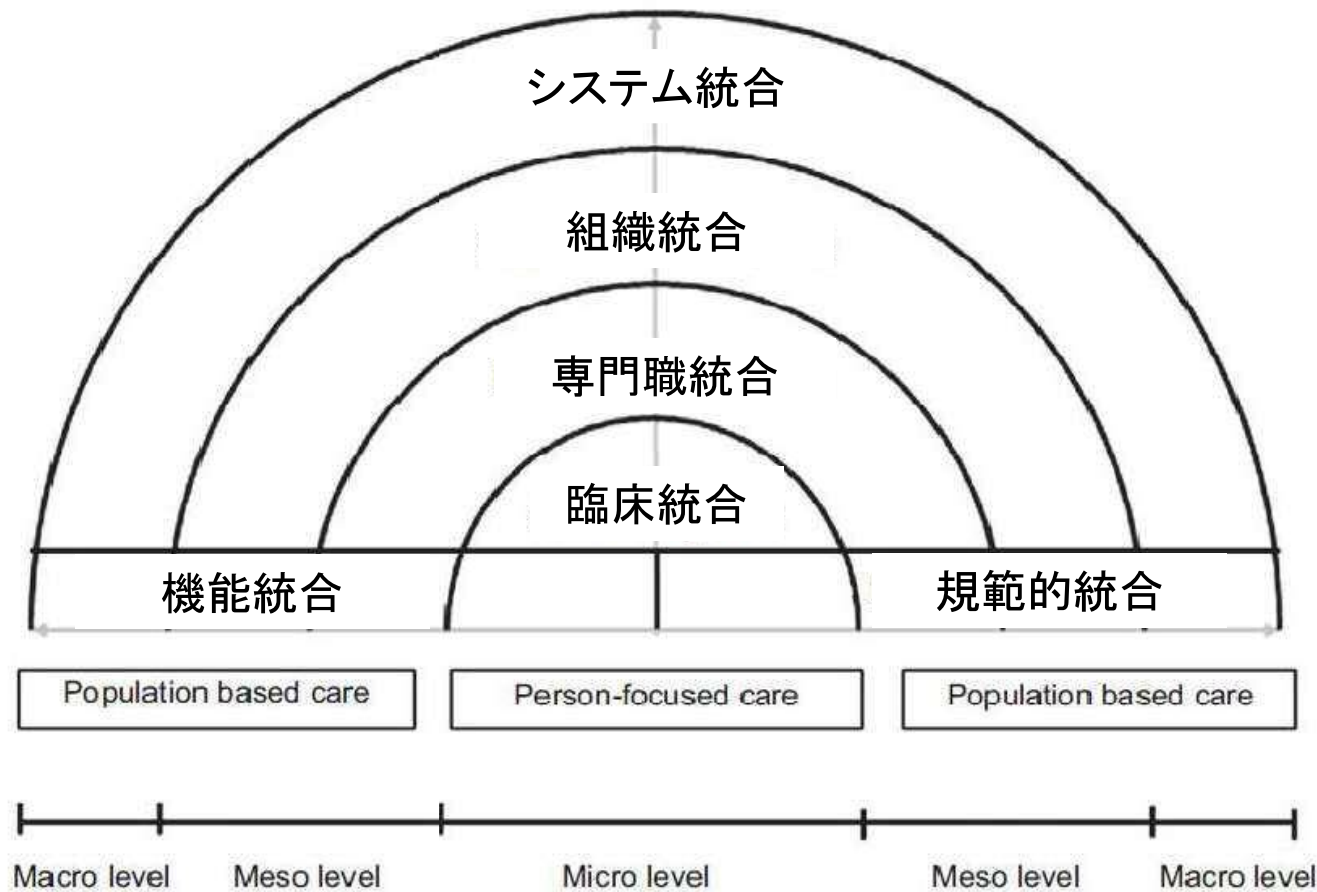


出所: 堀田聡子「介護労働市場の現状と課題—採用・離職と過不足感をめぐって」労働政策フォーラム(2012年9月)資料

### ● 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

# (参考)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





## 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
  - 多職種協働の深化・促進
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
  - 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)
  - 地域包括支援センターの機能強化
  - 地域ケア会議の活用
  - 自治体職員の育成やローテーションのあり方の検討
  - 市町村の客観的評価
    - 都道府県による後方支援
    - 介護政策評価支援システムや介護保険給付分析ソフト等の活用
- 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?
  - 圏域単位でのサービスの質、パフォーマンス評価の枠組みの検討
- 当事者主体の政策形成
  - 患者・利用者・消費者・居住者、介護者、専門職…の参加、対話

## 1-2 多職種協働の深化・促進



- 我が国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
  - 地域住民の伴走者、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、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
- ～地域看護(Social Community Nursing)機能  
× 家庭医療機能

## 1-2 多職種協働の深化・促進



- 多職種協働と多職種教育  
: 質が高いケアの効率的提供の基盤
  - 顔が見える関係づくり×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が組めないか
  - 地域の学校・事業所等との協働
  - 健康教育
  - 社会保障教育 ...

# 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

### (参考)オランダの例

1990年代 パートタイム労働をベースとして性別役割分担見直し

1996年 労働時間差別禁止法

2000年 労働時間調整法

2001年 就労とケア法



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](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)：栃餅づくり講座
    - 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

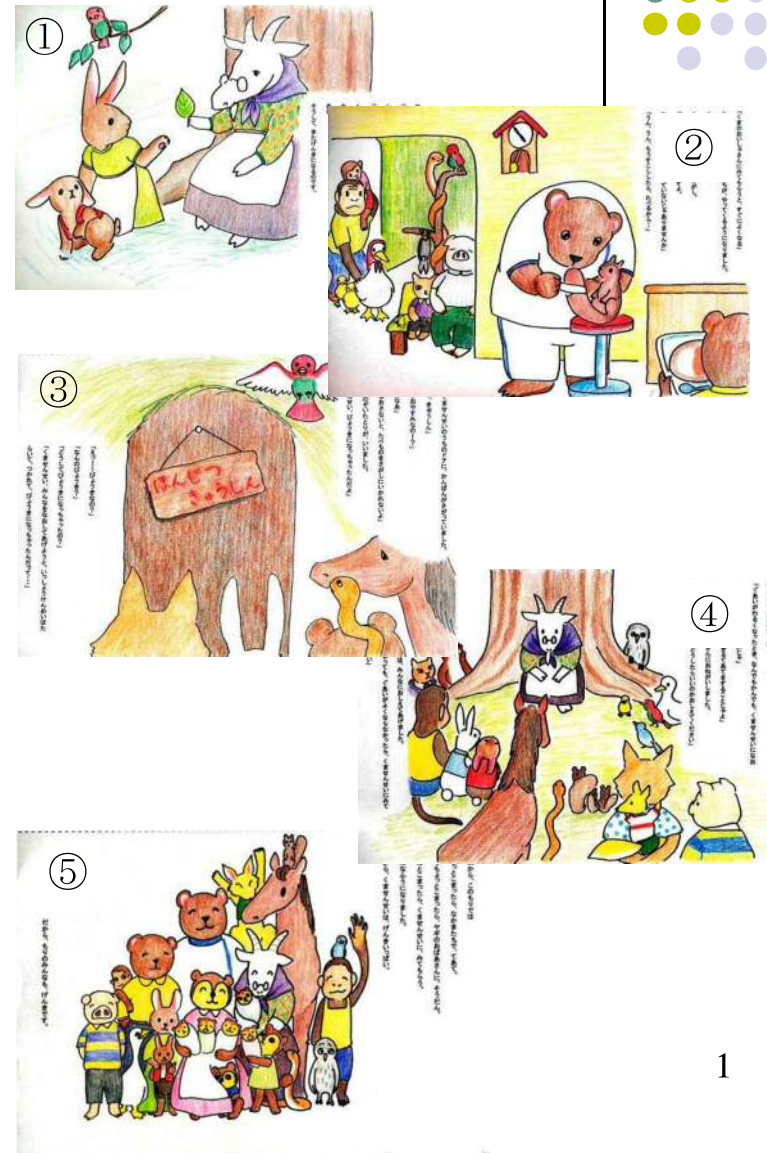


例:「病院コンビニ受診」の弊害を解決した地域活動  
絵本『くませんせいのSOS』



- 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組みを行った。
  - ・ そうした取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。



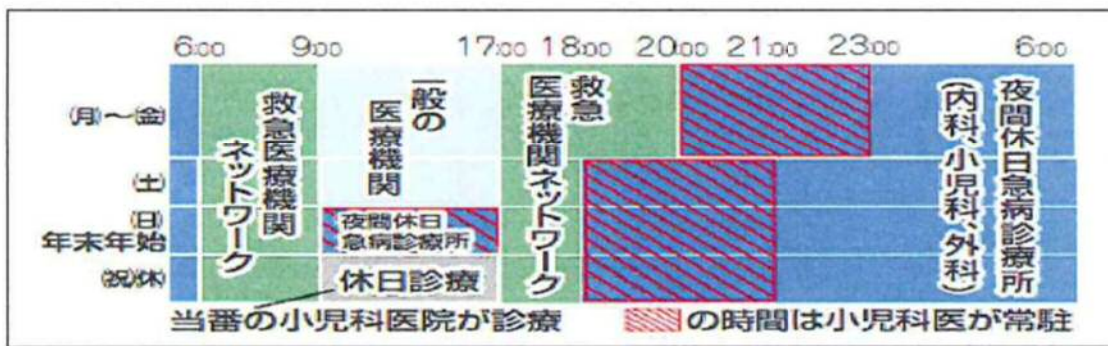
# 船橋の救急医療体制

## 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。

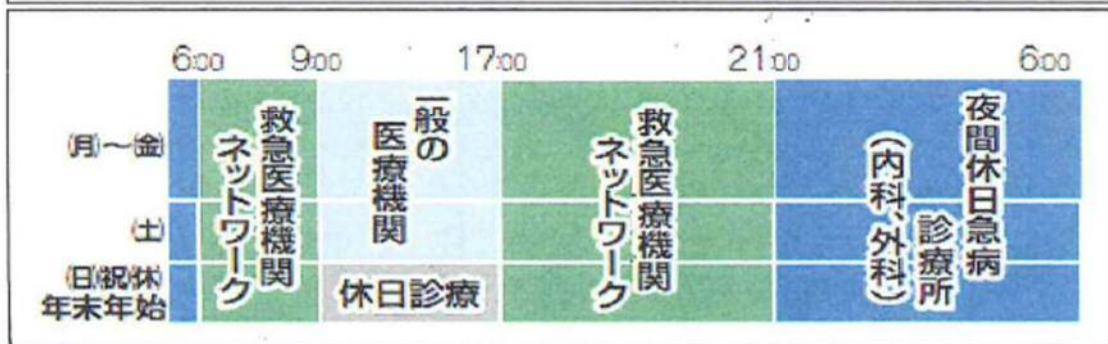
### 小児

(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）

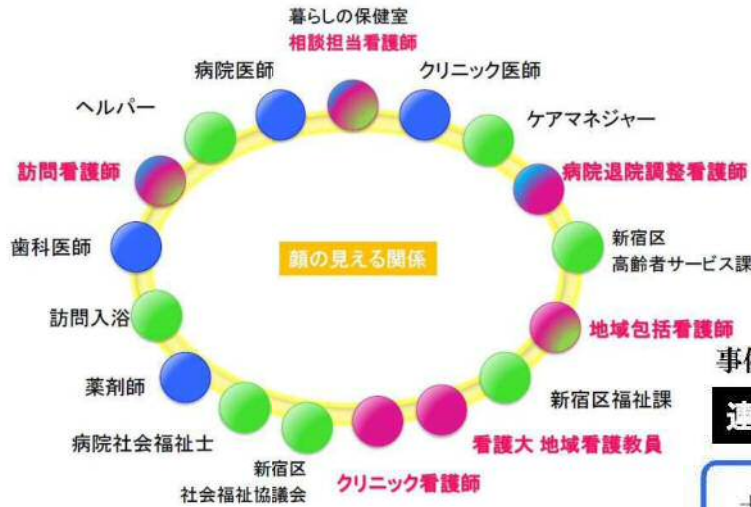
● 平日（月～金） 20時～23時（受付時間は22時30分まで）

【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）



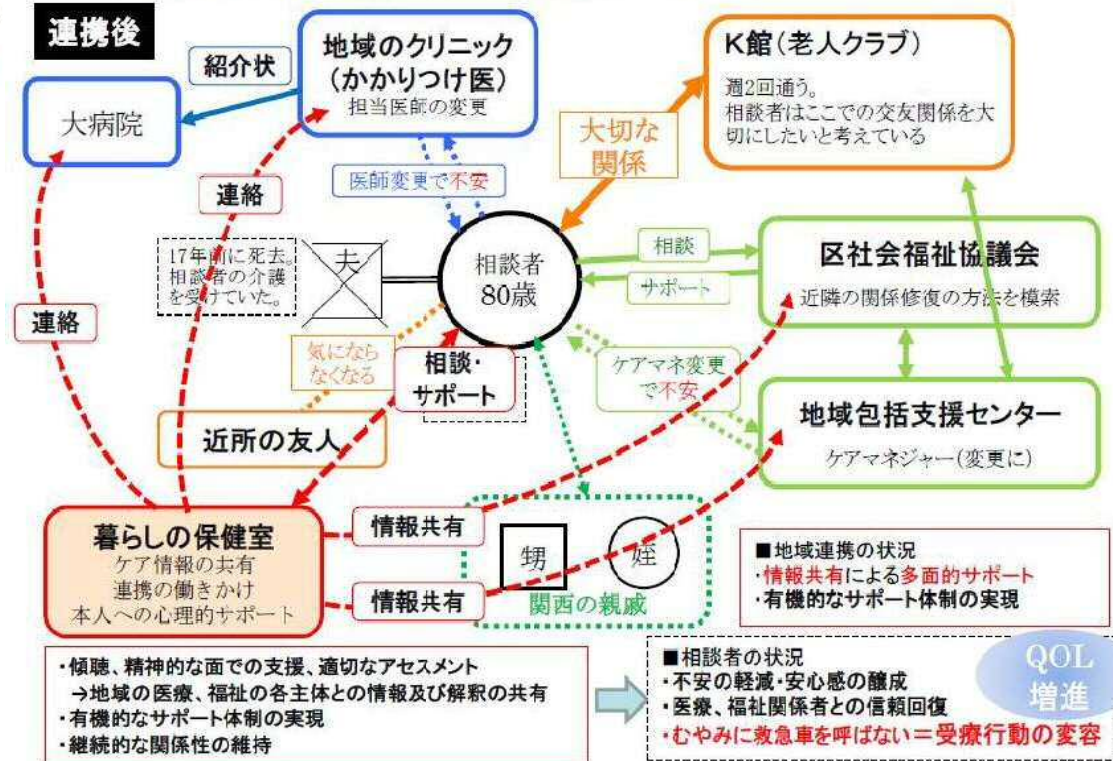
# 例:暮らしの保健室(東京都新宿区)

出所:暮らしの保健室 秋山正子氏作成資料



㈱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



# 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 |       |                         | 認知症                               |   | 記入担当者                             |                         |    |
| 自立性     |       | 実施状況                    |                                   |   | 能力                                |                         |    |
| No.     | 大項目   | 小項目                     | 自立                                | 状況  | 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<br>② 自分でしているが問題がある<br>③ ①②以外 | ① 行っていない<br>② 一部介助を受けて行っている<br>③ 全介助を受けて行っている | ① 自分でできる<br>② 一部介助が必要<br>③ 全介助が必要 | ① あり<br>② なし<br>③ わからない | 2  |
|         |       | 毎日外気に触れている              | ① 自立<br>② 自分でしているが問題がある<br>③ ①②以外 | ① 行っていない<br>② 一部介助を受けて行っている<br>③ 全介助を受けて行っている | ① 自分でできる<br>② 一部介助が必要<br>③ 全介助が必要 | ① あり<br>② なし<br>③ わからない | 3  |
|         |       | 移動に際して壁がにぶれている(肘、膝、股関節) | ① 自立<br>② 自分でしているが問題がある<br>③ ①②以外 | ① 行っていない<br>② 一部介助を受けて行っている<br>③ 全介助を受けて行っている | ① 自分でできる<br>② 一部介助が必要<br>③ 全介助が必要 | ① あり<br>② なし<br>③ わからない | 2  |
|         |       | 1日1回は起床している             | ① 自立<br>② 自分でしているが問題がある<br>③ ①②以外 | ① 行っていない<br>② 一部介助を受けて行っている<br>③ 全介助を受けて行っている | ① 自分でできる<br>② 一部介助が必要<br>③ 全介助が必要 | ① あり<br>② なし<br>③ わからない | 3  |
| 2       | 食事    | 自分で食べている                | ① 自立<br>② 自分でしているが問題がある<br>③ ①②以外 | ① 行っていない<br>② 一部介助を受けて行っている<br>③ 全介助を受けて行っている | ① 自分でできる<br>② 一部介助が必要<br>③ 全介助が必要 | ① あり<br>② なし<br>③ わからない | 2  |
|         |       | 1日3度の確保ができています          | ① はい<br>② いいえ                     | ① 栄養が足りている<br>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



# 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：

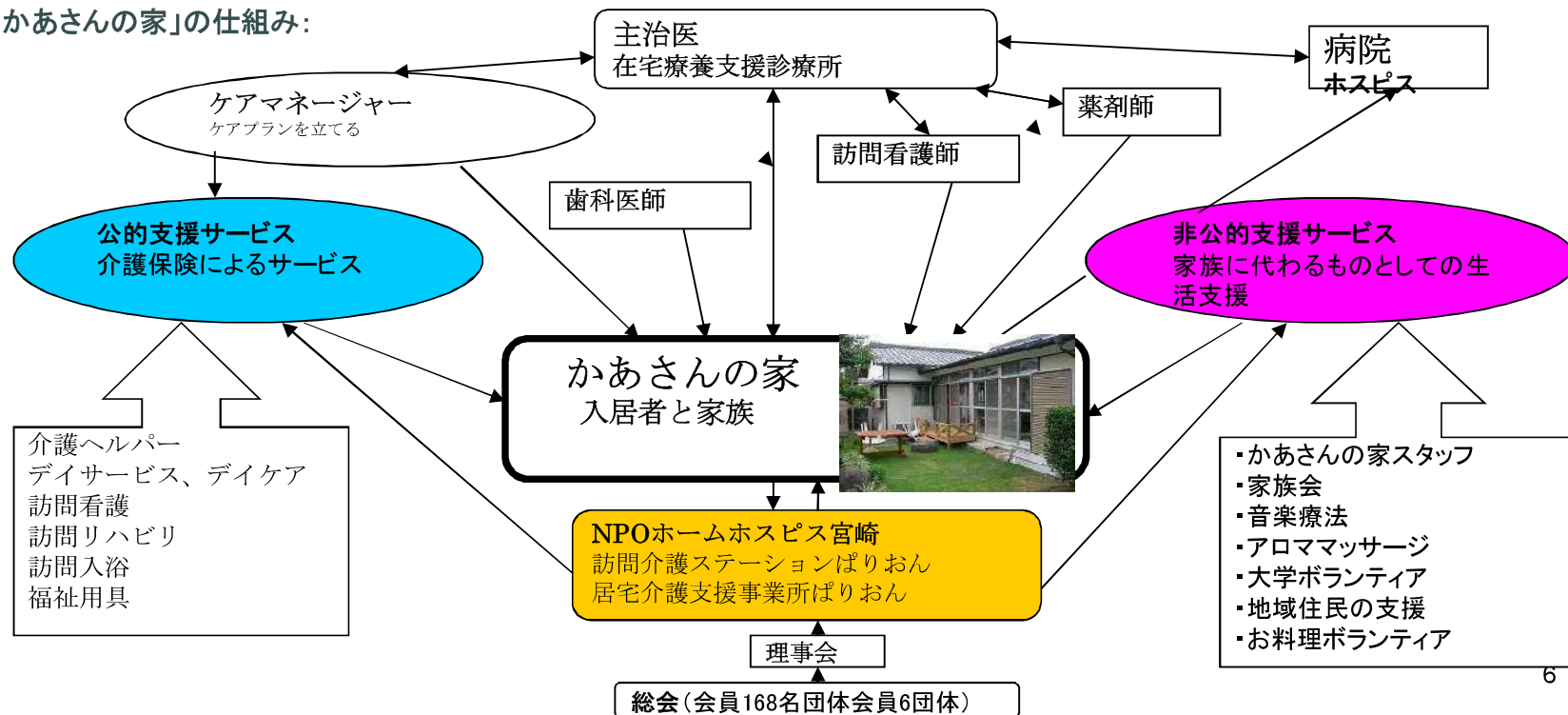
- ☆最後まで、暮らしと『いのち』を支えること
- ・・病人ではなく、生活をする人、朝目が覚め、顔を洗い、食事をし、排泄をし、眠る(当たり前の生活)を支える
- ☆見えなくなった死を、看取りを介し生活の場へ取り戻す
- ・・家族が悔いのない看取りが出来るように支え、その時間と空間を提供する
- ・・いのちを次世代につなぐ⇒家族の絆を確認する



## 「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：



## 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きづくり・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、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を買物をしたり・・・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。







## 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
- 中目黒の公的集会室
- 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DAA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)
  - 効果的でサポーター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

