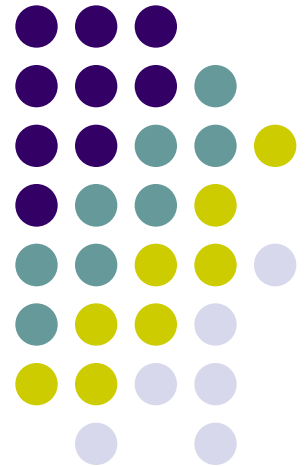
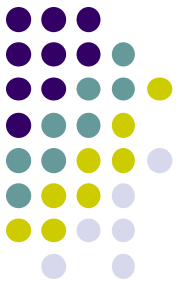


地域包括ケアの担い手を考える： 支えあい育みあう地域づくりの加速に向けて

堀田聰子(国際医療福祉大学大学院教授)

hotta@mcw-forum.or.jp





認知症を手がかりにした領域・世代を越えたまちづくり

DEMENTIA ACTION ALLIANCE (英国)の理念と戦略



世界の潮流：認知症であってもよりよく生きる

- 認知症の人と家族のQOLの向上
(を手がかりにしたすべての人に
居場所と出番がある持続可能なまちづくり)
 - 予防・医療・介護のレベルを高め、統合する仕組みづくり
 - 人づくり
 - 地域づくり
 - これらを支える研究

本人にとってのベストインタレスト(最たる利益)追求

日本では：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）



認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

英国の認知症国家戦略



- 『認知症とともにによりよく生きる：認知症国家戦略』
(2009~2014)
 - 認知症の人の数：
英国全土で約70万人→30年後に約140万人
 - 認知症のコスト：
170億ポンド→30年後に500億ポンド
(2009年時点の推計)
 - 策定経緯：
2007年に超党派議員団結成、政治的関心の高まり→策定準備を宣言→保健省内に「認知症国家戦略策定委員会」設置、全国50以上のステークホルダー団体4,000人以上と意見交換(アルツハイマー協会の一貫した関与)

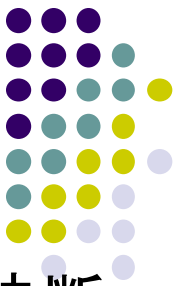
3つの基本理念と17+1の政策目標



1. 医療・介護に携わる専門職、一般市民を含む非専門職、双方への認知症に関する正しい理解の普及
2. 適切な診断を早期の適切なタイミングで受けられ、その後、質の高い包括的な支援・治療が受けられるようなサービスモデルの整備
3. 当事者ならびにケアラーのニーズに基づいた幅広いサービスの実現

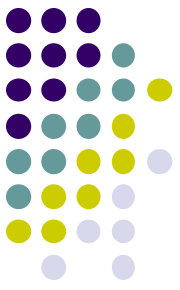
- ① 一般市民及び専門職の認知症の気づきと理解を改善する
- ② すべての認知症の人々に良質な早期の診断・支援の機会を提供する
- ③ 認知症の診断を受けた人とそのケアラーに良質な情報を提供する
- ④ 診断後のケア・支援・助言へのアクセスを容易にする
- ⑤ 認知症の人とその家族を地域で直接的に支援するピアサポートの仕組みとネットワークを構築する
- ⑥ 個別ニーズに柔軟かつ適切に対応できるよう在宅サービスを改善する
- ⑦ ケアラー支援戦略を実施する
- ⑧ 総合病院における認知症ケアの質を改善する
- ⑨ 認知症の人のための中間ケアサービスを改善する
- ⑩ 認知症の人とケアラーを支援するための住居支援、居宅関連サービス、テレケアの可能性を検討する
- 11 ケアホームにおいて認知症とともによい生活が送れるようにする
- 12 認知症の人の終末期ケアを改善する
- 13 認知症の人にかかわる可能性のあるスタッフに基礎的な研修や継続的な教育機会を提供する
- 14 認知症のための共同コミショニング戦略を行う
- 15 医療・介護サービス及びそれらの連携が機能しているかどうかについての評価とマネジメントを改善する
- 16 研究によるエビデンスとそのニーズを明らかにする
- 17 国及び地方において国家戦略実施のための効果的な支援を行う
- 18 (追加)抗精神病薬処方率を低下させる

9つのアウトカム (I statement)



- ① 私は、早期に認知症の診断を受けた
- ② 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た
- ③ 私の認知症ならびに私の人生にとって最良の治療と支援が受けられている
- ④ 私の周囲の人々、とくにケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている
- ⑤ 私は、尊厳と敬意とともに扱われている
- ⑥ 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている
- ⑦ 私は、人生を楽しんでいる
- ⑧ 私は、地域の一員であると感じる
- ⑨ 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じている

National Dementia Declaration



- ① 私は、私に関する決定について選択とコントロールもしくは影響を有する
- ② 私は、私と私のニーズに基づいてサービスが組み立てられていると知っている
- ③ 私は、私らしい暮らしを助けてくれる支援がある
- ④ 私は、私が必要なものを得る知識やノウハウがある
- ⑤ 私は、価値があり理解されていると感じられる支援的な環境のなかで暮らしている
- ⑥ 私は、家族・地域・市民社会の重要な一部であると感じる
- ⑦ 私は、現在の私の生活をよりよくするとともに、将来の希望をもたらすための研究が行われていることを知っている

国家戦略推進におけるDFCの位置づけ



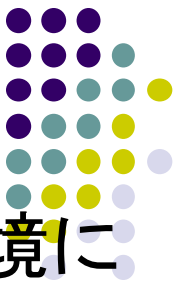
5つの最重要課題

- ① 早期の適切なタイミングでの診断・支援のための体制整備
 - 市民啓発活動強化
 - 家庭医の認知症診断能力・対応力の改善
- ② 総合病院における認知症ケアの改善
- ③ 介護施設における認知症ケアの改善
- ④ ケアラー支援の強化
- ⑤ 抗精神病薬使用の低減

Prime Minister's Challenge 2012 …→2020 継承

- ① さらなるケアの質の向上
- ② 認知症の人にやさしい地域づくり (Dementia Friendly Community)
- ③ 研究の推進

2020年のDFC関連の目標(2015年2月)



- 全病院・介護施設が認知症の人にやさしい療養環境にかかる指標に合致している
- アルツハイマー協会によるDementia Friendsが300万人増える
- アルツハイマー協会とBSIが作成した手引きに基づき、約半数のコミュニティがDFC認証に向けて取り組んでいる
- 全産業が認知症の人にやさしい憲章を策定、リーダーの個人的コミットメントとともに認知症の人にやさしいビジネスとなるよう促され、支援を得ている
- 国・地方政府は政府・公的機関が認知症の人にやさしいものとなり、地方政府の全階層が地域のDAAに加盟している

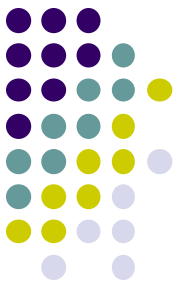
DFC推進に向けた施策



- アルツハイマー協会がPrime Minister's Champion Group、2010年より開始したDementia Action Allianceとともに活動
 1. 認知症の人と介護者から地域においてより質の高い暮らしを享受するためになにができるかを尋ね、これをもとにニーズにあわせて情報やツール等を整備する。
 2. 認知症の人にとってやさしくあろうとする場や組織を認識できるシンボルをつくる。
 3. 全国にローカルなDAA(認知症行動同盟)をつくり、関係者が協働してよりよいまちづくりをめざす。
 4. より多くの人々が認知症について理解し、よりよくするために何ができるかを考えられるための市民教育。Dementia Friends Programmeが中心をなす。

以下 社会全体の意識啓発、認知症のひとにやさしいまちづくりに取り組む地域の認証に向けた実証実験、認知症の人の社会的孤立に関するエビデンスの作成、ローカルなDAAの形成に向けたアルツハイマー協会と国家DAAによる支援、宗教団体との協働、学校との協働、Dementia Friendsの養成、スポーツクラブとの協働、救急との協働、技術革新

Dementia Action Alliance

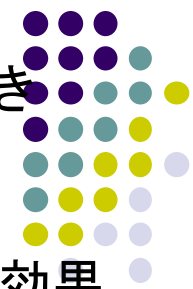


- The Dementia Action Alliance brings together organisations across England **committed to transforming the lives of people with dementia and their carers.**
 - Picture Local Dementia Action Alliances as a **vehicle**, with as many passengers on board. The **passengers** are organisations who have committed to improve the lives of people with dementia and their carers. The **destination** is becoming a dementia friendly community, gaining national recognition for work achieved.
 - Think of a Local Dementia Action Alliance as a **leading university** in the field of dementia, with many organisations enrolling to be educated about dementia to improve the lives of people living with this condition and their carers. Being awarded the '**Working to become Dementia Friendly**' symbol is like the **degree** in becoming a dementia friendly community.
 - 2015年11月現在約3,600のメンバー、約200のローカルアライアンス、約13,000のアクション

(例)プリマス市

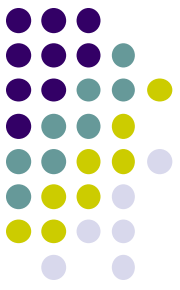


- Plymouth市の認知症の人 2012年3,000人、2021年4,200人
- ヴィジョン:
Plymouthを認知症のひとにやさしい市にする(認知症の人や介護者の個々の多様性を認識し、彼らが地域生活のあらゆる領域で包摂されることを促し、彼らの決定や暮らし方の選択を尊重し、変化する認知症に関するニーズや選好に柔軟に対応する)。
- 参加組織:
Plymouth市における認知症の人と家族のQOLを高めようとする30以上の組織で開始
- 設立経緯:
 - Plymouth大学が2010年～2011年にわたって早期診断研究の一環として実施した認知症の人と家族に対するインタビューから、地域支援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参加組織を募る



- 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(アクションプランの策定)。
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

(例)ヨークシャー州

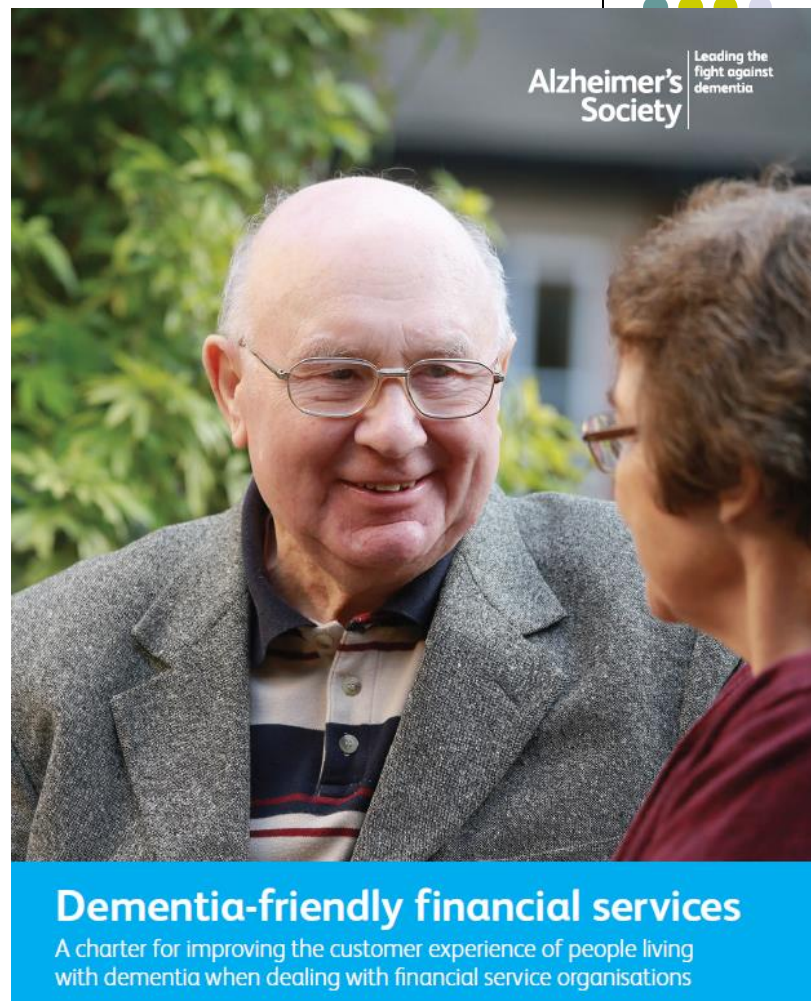


- 参加機関が多様、特に鉄道、警察、消防、州犯罪被害防止部局等 医療介護部門以外の公共セクターが積極的
- 取組みは州・市・生活圏域の3階層に分かれる
- 公共セクターの協力を得るため、**州→市→生活圏域の順番で整備**
- 市、生活圏域レベルの取組みの深さは差があり
- 取組み初期から研究機関が関わりエビデンスを収集しながら活動を推進
認知症の人の声を聴く機能も果たす
- **DAA同士をつなぎ、運営ノウハウを共有、方向性の検討を行うコーディネーターが存在**
- 推進コンテンツは啓発よりも行動に力点（研修等）

産業界との協働

- アルツハイマー協会と各産業界の協働で進められている憲章づくり
- 産業界においてできることを自ら議論、認知症に関する取組みの推進について、トップが署名

- 金融憲章
- 技術
- 流通
- 交通
- 観光...



イングランドにおけるDFC認証に向けた自主基準

- 保健省予算に基づきアルツハイマー協会がスポンサーとなり、関係団体の協働によりBritish Standards Institutionのライセンスを得て発行

- Building blocks

- **People, place, process**

- 行動領域

芸術・文化・娯楽・レクリエーション
ビジネス・店舗

子・若者・学生 →次頁から取組例

地域・ボランティア・宗教団体

消防・警察

医療・介護

住宅

交通

- DFCの認証

- 評価

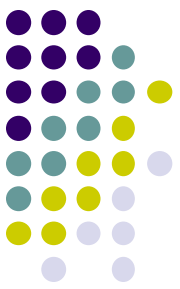
Code of practice for the recognition of dementia-friendly communities in England



Leading the fight
against dementia
Alzheimer's
Society

bsi.

世代を越える: Dementia Awareness & Intergenerational Exchange in Schools



事例1 Swanshurst School, Birmingham

Swanshurst School found that fitting extra lessons on dementia into an already overcrowded curriculum was not going to be easy, and decided that the best option would be to carry out a series of **three one-hour PSE lessons for all Year 9 pupils**. The project is summarised to the right, with further details below.

Lesson 1: Understanding dementia

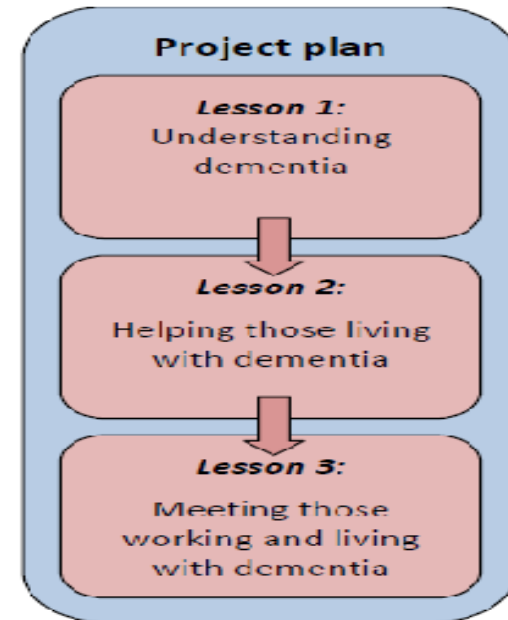
Aim to raise awareness of dementia, develop knowledge and understanding about types of dementia, and understand how to reduce the risk of developing dementia.

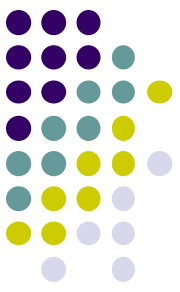
- Introduce pupils to old age by guessing who digitally aged celebrities are (Worksheet)
- Understanding dementia (Power point presentation)
- Living with dementia (DVD clip)
- What do you know about dementia? (Worksheet)
- Appreciating what it is like to have dementia – communication difficulties and word-finding using the THAI game (Worksheet)

Lesson 2: Helping those living with dementia

Aim to appreciate the difficulties of being a carer, support available for carers, and types of assistive technology and how they can support people with dementia.

- Helping those living with dementia (Power point presentation)
- Different perspectives of dementia - Living with dementia (DVD clip and worksheet)
- Helping those living with dementia – different types of assistive technology (Worksheet)





Lesson 3: Meeting those working and living with dementia

Aim to be able to empathise with people with dementia and their carers, appreciate that a diagnosis of dementia is not the end, and know how to help and support people with dementia and their carers.

To support the lesson, the teachers chose two pupils from each class to become Dementia Champions.

- Meeting those working and living with dementia (Power point presentation)
- Responses to the 'Memory Lane' poem (Part of Power point presentation)
- Dementia Champions 'meet and greet' people with dementia, their carers and professionals who have been invited into school
- Pupils get the chance to talk to the people with dementia, their carers and professionals, and ask questions.



事例2 The Gloucestershire schools

As one element of their wider dementia projects, four schools in Gloucestershire worked together to share knowledge using a **peer-to-peer learning approach**. The approach is summarised to the right, with further detail provided below.

Step 1

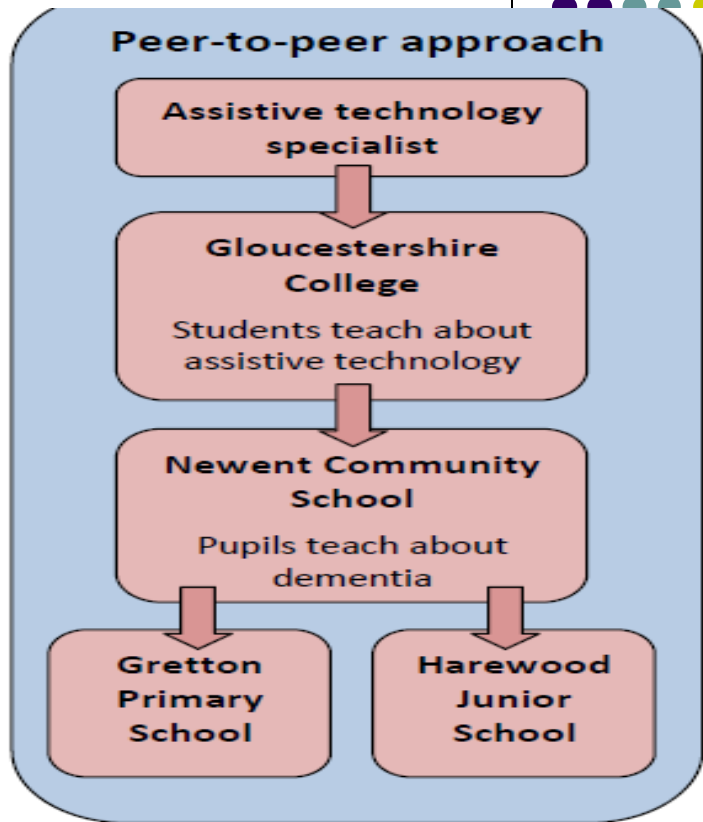
A specialist in assistive technology was invited to Gloucestershire College to teach its Year 13 Health and Social Care pupils about different types of technology and how they help people with dementia.

Step 2

Some of the Year 13 pupils go to Newent Community School to teach one Year 8 group of pupils what they have found out about assistive technology. They also use a memory game to give an idea of what it is like to have dementia.

Step 3

The group of Year 8 pupils split into four smaller group and prepare lessons containing basic information about dementia. Two groups go to teach these lessons to Year 6 pupils at Gretton Primary School, and two go to teach Year 6 pupils at Harewood Junior School. Example activities they used were the memory game they had been shown by Gloucestershire College, getting pupils to tie their shoelaces with the wrong hand, imaging what it is like being in a foreign country but you don't know anyone or where you are, and acting out how dementia blocks messages in the brain.





Whole school approach

English – creative writing competition

Business Studies – fund raising activities

Science –the biological side of dementia, diet & food plans

Media – working with people in care homes to find out about reminiscence, then creating ‘Memory Sticks’

Maths – designing a memory card game

Drama – creating and performing a play about the effects of dementia

Health & Social Care – working with people in care homes to create ‘Picture memory boards’

PE – bowling alongside elderly people

Music – drumming performance around mental health & well-being. Song competition. Music for dementia play

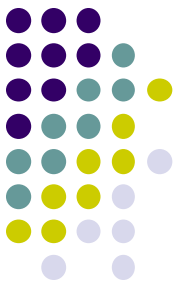
Media – creating a video and leaflets to raise awareness

Art– designing posters to advertise a dementia-friendly community

Humanities/RE – looking at services helping people with dementia

Languages – designing a memory card game in different languages

Careers – volunteering, working in memory cafes



地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクト

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・2016年5月号で大型特集、
同『病院』2014年6月号で寄稿

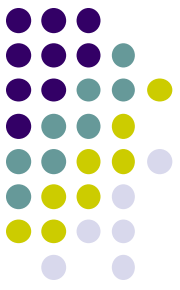
地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト(2015年3月~2016年3月)
実施概要:

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

報告書は7月頃には一般財団法人オレンジクロスのホームページで公開予定

<http://orange-cross.org/>

(事例) 急成長するオランダの 在宅ケア組織BUURTZORG



医学書院『訪問看護と介護』2014年6月号・2016年5月号で大型特集、同『病院』2014年6月号で寄稿

<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850チーム、約10,000人の
ナース(看護・介護・リハ職)約7万人の
利用者(2016年)
- バックオフィス50人、コーチ16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

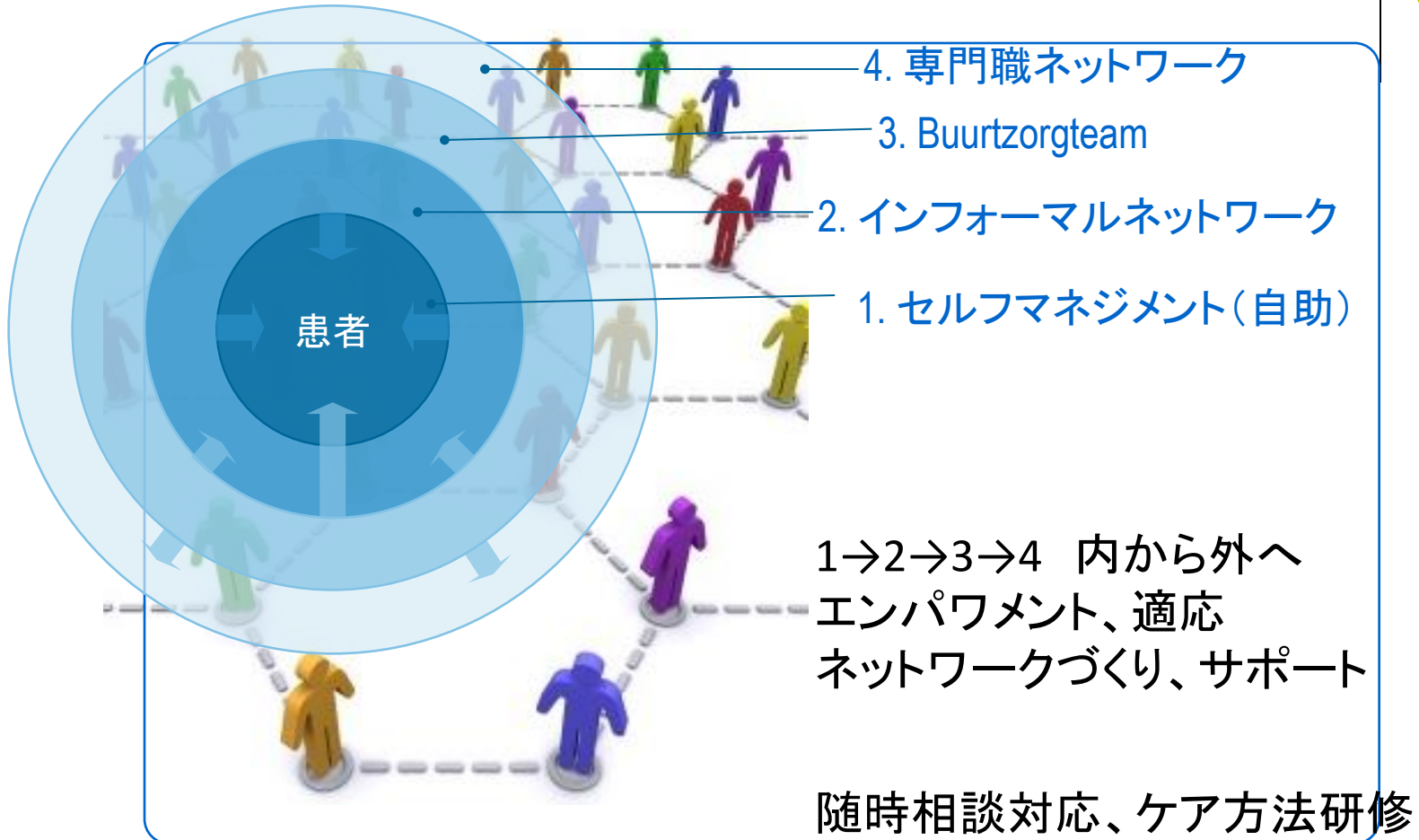
Better Care, Better Work, Lower Cost!

- スウェーデン、米国、中国、日本、韓国
、シンガポール...

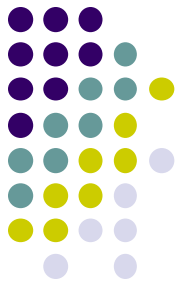
<特徴: 地域ナースによる統合ケア>

- **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も
 - 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**

BUURTZORGの玉ねぎモデル



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16人

＜Buurtzorgweb: アジャイル開発＞

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: **生産性の見える化**
4. 業務管理

アカウントビリティ

The image displays several screenshots of the Buurtzorgweb system. The top screenshot shows a user profile for 'De Heer S. Choling' with navigation tabs for 'Onderwerpen', 'Zorgen', 'Zorgmomenten', and 'Overzicht'. Below this is an 'Interventieplanning' (intervention planning) screen with a calendar view showing 'Hart zorg' and 'Wondzorgverband veranderen' on 'Maandag'. The bottom screenshot shows a detailed patient overview for 'De Heer S. Choling' with sections for 'Ademhaling' (respiration) and 'Circulatie' (circulation), each containing status signals, keris (vital signs), and gading (performance) data for dates like 04-2014, 22-2-2014, 18-12-2012, 11-12-2012, and 27-11-2012. On the right side, there is a 'Bericht uit Almelo' (message from Almelo) section with a 'Principe-akkoord in zorg-cao' (principle agreement in care CAO) article and a 'Wel vindt u van het principe akkoord?' (What do you think of the principle agreement?) survey.

地域に根ざす生涯を通じた住民本位の統合ケアへ： オープンイノベーションプラットフォーム



一般財団法人 オレンジクロス

ソーシャル・コミュニティ・ナーシング研究会
～地域看護機能の発展～

家庭医療研究会
～地域のかかりつけ医と在宅医療機能の発展～

統合ケアマネジメントに向けた事例検討会（2団体との共催）
～統合的なケアの提供に向けたアセスメント・マネジメントの検討～
国立社会保障・人口問題研究所、地域包括ケアイノベーションフォーラム

地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクト

～新たな多職種協働・地域包括ケアステーションの実証的研究～ 世話人：秋山正子・西村周三・堀田聡子

全国各地の多様な
主体による実証的
ステーション

医療機関

一家庭医機能を目指す
在宅療養支援診療所一

密な連携

地域の各種サービス

訪問リハビリ

訪問看護

訪問介護

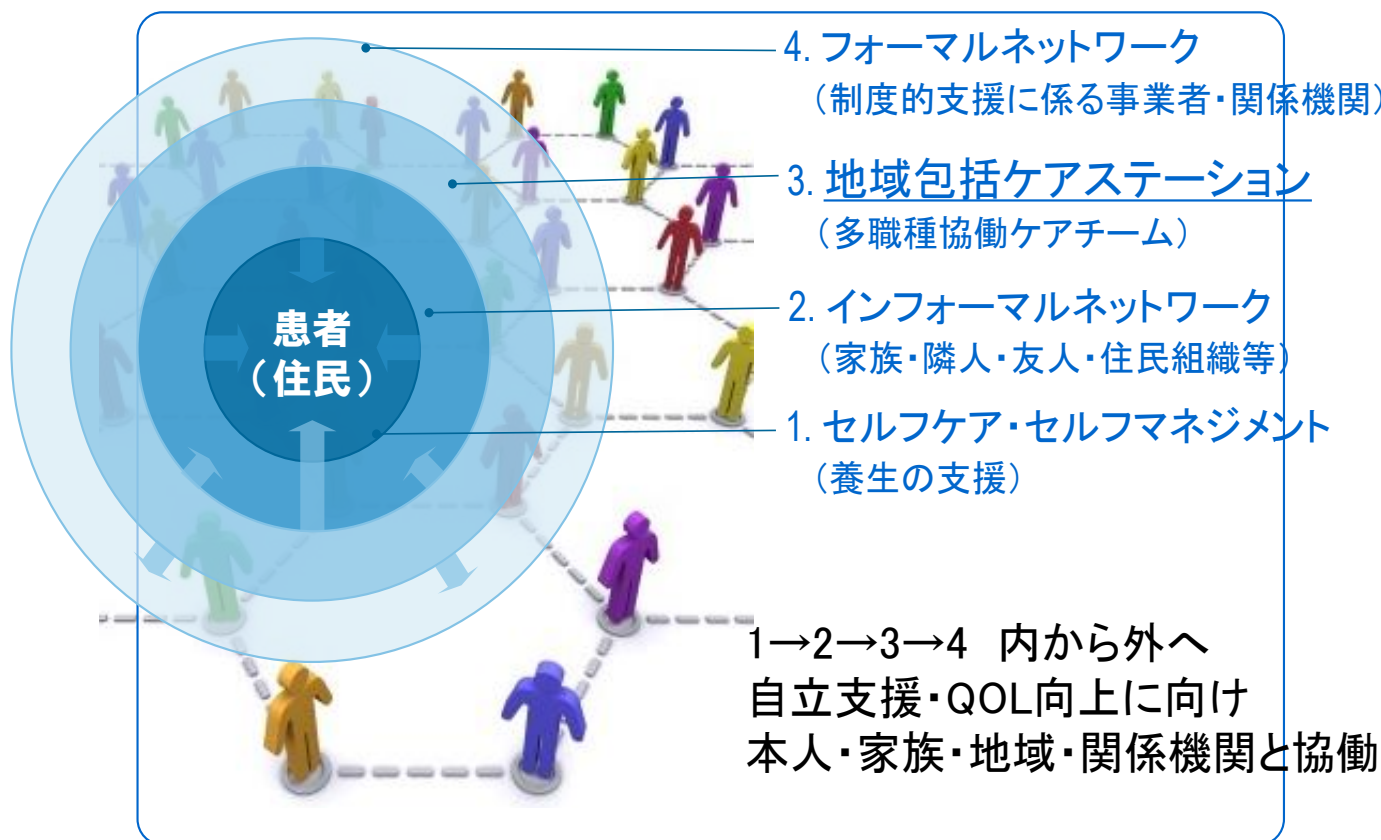
定期巡回

複合型
など

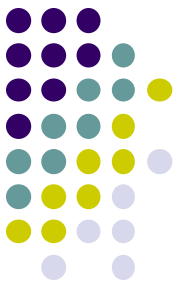
地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトのミッション



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)

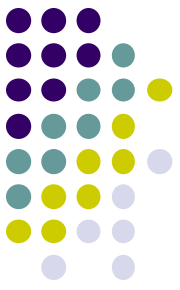
②より働きがいのある仕事と働きやすい職場 (Better Work)

によって ③コストを下げる (Lower Cost) ことができる

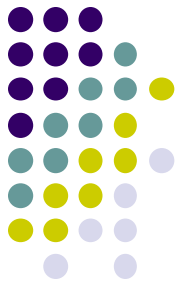
持続可能な地域ケアの中核をなすことが期待される

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**



21都道府県から38「チーム」が参加

各チームが事業計画を策定・推進



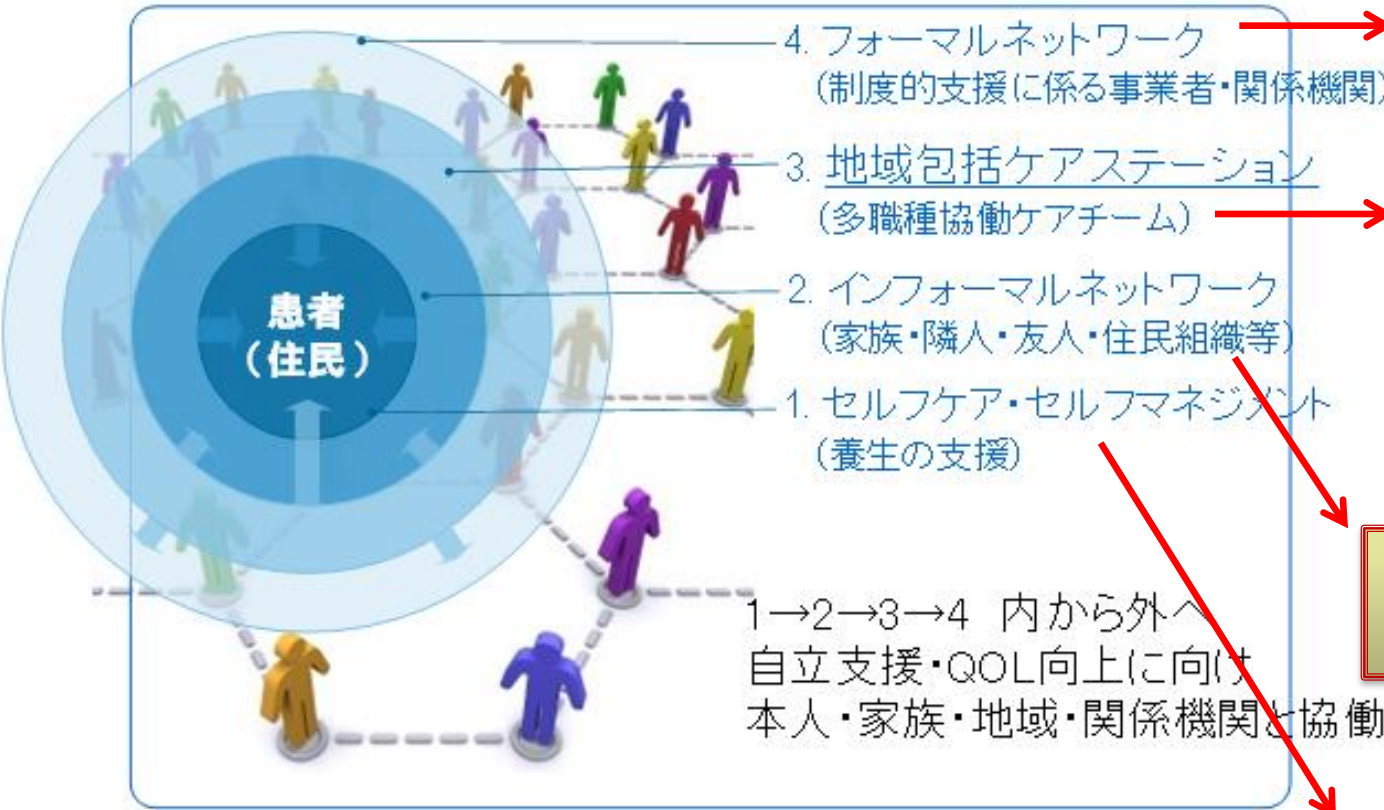
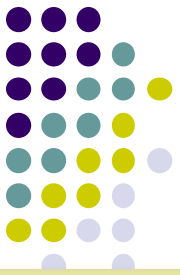
- 事業の背景と目的
 - 事業の背景／チームの問題意識(地域の人口構成や資源の現状と将来像、住民意識、それらを踏まえた地域の課題等)
 - 目的
- 事業内容
- 各地域・チームにおける、問題意識や目的を踏まえた玉ねぎモデルに基づく生涯を通じた患者中心／住民本位の統合ケアの実現に向けた事業内容(新たな取組み、実践の進化)について、
 - パイロットステーションのイメージ(どのように「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組みわせ、統合をはかるか)
 - チーム内の情報共有、地域住民や関係機関・ステークホルダーとの意識共有や連携のあり方
- スケジュール
- 期待される成果とその把握方法



「移行」プロセスと学びの場

日時	実施内容
2014年12月24日	○ プロジェクト参加チーム募集開始
2015年3月13日	○ キックオフミーティング
4月21～24日	○ ワークショップ1(ビュートゾルフ看護師3名)
5月17～28日	○ オランダ調査派遣(オレンジクロス研究員/看護師2名)
6月18日	○ ワークショップ2(ヨス・デ・ブロックさん)
9月13～20日	○ オランダ現地研修(プロジェクト参加者のうち希望者)
10月15～16日	○ ビュートゾルフ看護師・家庭医による参加チーム訪問
10月17～19日	○ ワークショップ3(ビュートゾルフ看護師2名、家庭医1名)
11月20日	○ ワークショップ4(ゲスト講師:川名理恵子さん)
2016年2月20日	○ ワークショップ5(ゲスト講師:澤登久雄さん)
5月21日	○ プロジェクト成果報告会

当初の事業計画



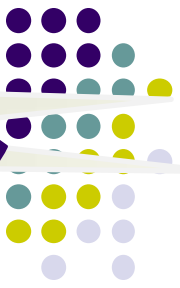
地域包括支援センター、他事業所とのネットワーク

看護・介護・ケアマネジメント・医師の情報共有のプラットフォームとしてKOMIチャートシステムを導入し、IPWの実践

寿四丁目町内会との絆づくり、ネットワーク

地域住民の方々の身体的・精神的・社会的フレイルの予防

事業計画の失敗、リフレクション



- 「地域住民の方々の身体的・精神的・社会的フレイルの予防」に取り組むため、町内会へ話をもっていくと断られた。

→初めの一步で痛恨の失敗！

- チームでのリフレクション

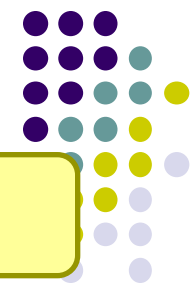
→「専門職としての目線の高さで地域に入ろうと
していた」



「専門職である前に一人の人間として地域に入ろう！」

「職種を超えて、一つのチームになろう！」

事業計画リチャレンジ



インフォーマルネットワークづくり

地域行事(三社祭)の手伝い



見えてきたこと

地域のニーズは
認知症！

ことよんカフェ(認知症予防カフェ)のスタート

広報

進む高齢化 課題の介護・医療
超高齢化(65歳以上の人が10人に1人以上)の我が国、わが市も高齢化先進区の当市東区は、27年1月1日現在、総人口105,053名、うち65歳以上の高齢者は、1,006名(9.6%)を占めて、高齢化率7.7%と、

区民新聞で町内会へ広報(平成27年5月)

「**まがいを**」
「**実現へ**」
「**まがいを**」
「**実現へ**」

近隣住宅へポスティング

**ことよんカフェ
~認知症予防カフェ~**

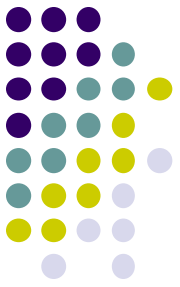
「**まがいを**」
「**実現へ**」

**始めた地域包括ケア
ステーション実現への計**

「**まがいを**」
「**実現へ**」

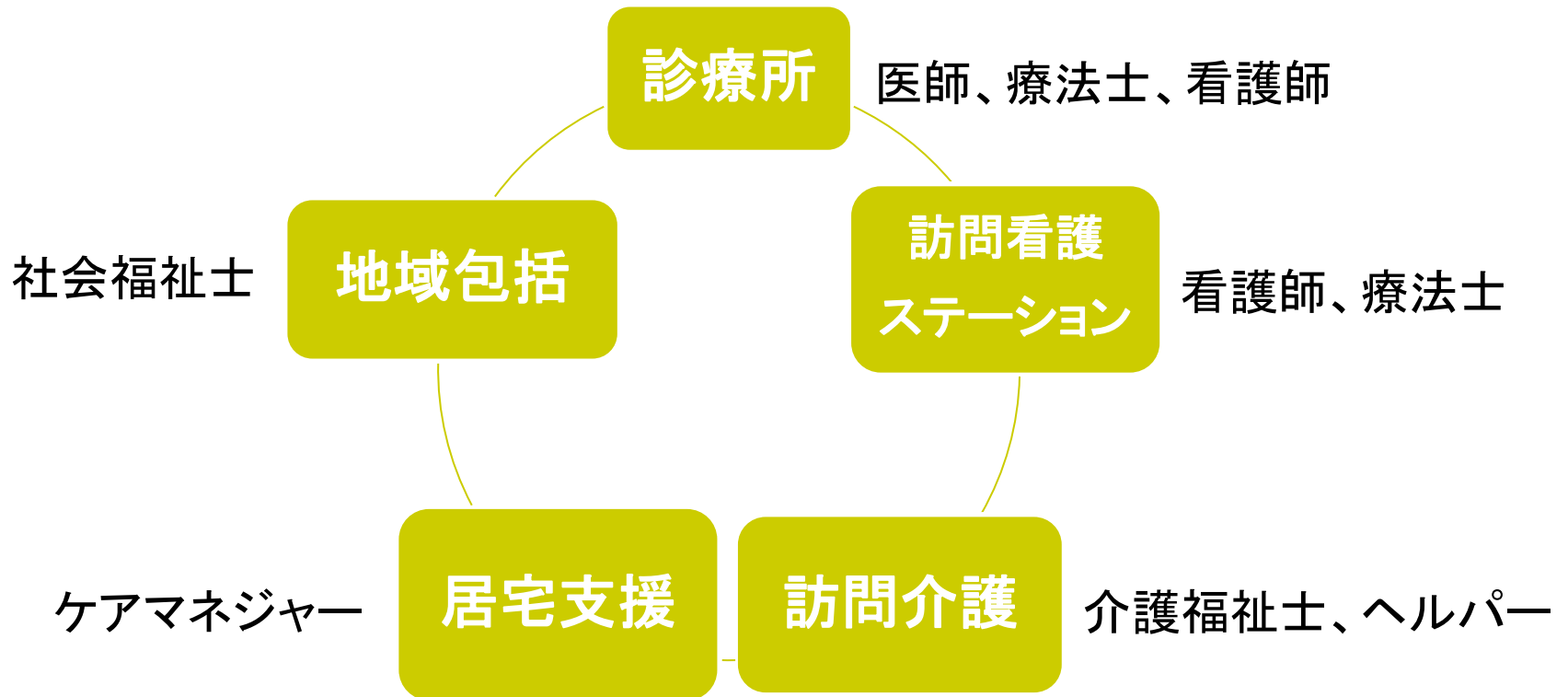
Facebookの
立ち上げ



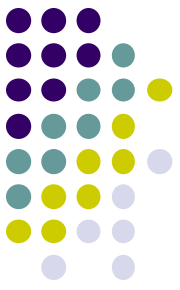


チーム三茶構成

- チームメンバーの特徴
 - ・ 運営主体の違う地域で顔の見える事業所で構成



当初の計画



- 事例検討（本人・家族・医療・福祉職）
職種間で行っている事例検討会を継続しつつ
多職種による横断的な事例検討会を開催する
- 担当者会議の組み立て方検討
事前にミニ担当者会議を行い課題の焦点を共有する
- 地域包括を念頭にした勉強会の開催
障害のある人、高齢者、家族（区民）へ医療・福祉
関係の情報提供
ワンコイン塾など勉強会
- 自主サークルへの支援

チーム三茶のアウトカム検討 (計画の見直し)



本人が主体的に参加する在宅ケアを軸に

- コーチングについて
本人と目標を共有するコーチングの研修
- 本人も含めて目標と進行状況を共有し合意を得る
在宅版パス作成
パスの内容と現状の照らし合わせにより
目標を見直す



在宅版パス作成

- 言葉の意味の理解 共通言語
基本情報・・・医療従事者と在宅従事者の理解
モニタリング・・・どんなこと？
- 時間の経過によって関わる内容の変更
状態の変化に合わせて内容を展開
本人、サービス担当者は共通のゴールを見ていたか
経過中にゴール見直し
担当者の判断を適宜必要な職種に相談し共有する



今後の活動

- コーチング実践とフォローアップ研修
- 他疾患の在宅版パス作成（試案）
- 在宅版パスの使用により内容の吟味と修正
- 上記を実務者に広げ、実務者の意識と保険費の変化を調査



●こまつおもいやりのまちづくりプロジェクト

事務局:コミュニティスペースややのいえ

* 石川県高度専門医療人材養成事業補助金

保健師・助産師・看護師・介護支援専門員
排泄ケアが専門:コンチネンスアドバイザー
保健学博士(排便ケアの人材育成)



●NPO法人いのちにやさしいまちづくりぽぽぽねっと

第67回保健文化賞! 新しい医療のかたち賞!

●ちひろ助産院院長

●合同会社プラスぽぽぽ代表

おまかせうんちっ子

平成27年石川県革新的ベンチャー

ビジネスプランコンテスト優秀起業家賞!

訪問看護ステーションややのいえ開設準備室

●NPO法人ホームホスピスこまつ(申請中)



コミュニティスペース「ややのいえ」



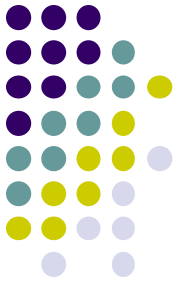
子どもも若者も大人も高齢者も病いや障がいを抱えても自分らしく主体的に暮らしていくことができるよう当事者の望みをまん中にして当事者や家族を含む地域の方々と多主体多職種の医療保健福祉・教育関係者や行政や企業が協働して助け合えるしくみを創造する



暮らしの保健室(よろず相談)

ちひろ助産院(産前産後ケア、おっばいケア)

おまかせうんちっ子(排泄のご相談・人材育成)



1)代表者 山城清二 医師 富山大学附属病院総合診療部 教授

2)チームメンバー

富山市保健所 次長 瀧波賢治 医師

富山市中央保健福祉センター 所長 石倉善子 看護師/保健師

富山県看護協会 専務理事 大上戸悦子 看護師/保健師

富山市介護専門員協会 理事 野村明子 介護専門員/薬剤師

富山大学医学部富山プライマリ・ケア講座 客員助教 三浦太郎 医師

医療法人社団ナラティブホーム 理事長 佐藤伸彦 医師

3)参加組織

富山大学附属病院総合診療部

富山市中央保健福祉センター

富山市福祉保健部

富山県看護協会

富山大学医学部富山プライマリ・ケア講座

とやま総合診療イノベーションセンター（バックオフィス機能）：富山大学



富山市中央保健福祉センター

保健師個々人の自律促進、フラットなチーム作り
住民へのマイスター養成講座

富山県看護協会

訪問看護ステーション管理者の負担の見える化

大学・ものがたり診療所

本人のものがたりをサポートするツールの作成

富山市・南砺市月例合同会議

知識の共有、お互いの立場を見える化

＜地域包括ケアステーション南砺＞



事業主体

1) 代表者: 南 眞司 医師

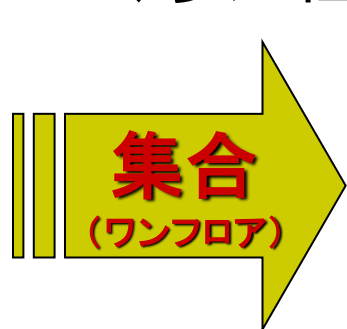
2) チームメンバー

南砺市訪問看護ステーション所長 重倉俊子

社会福祉法人福寿会本部教育担当責任者 村井真須美

富山大学付属病院総合診療部・教授 山城清二

3) 参加組織

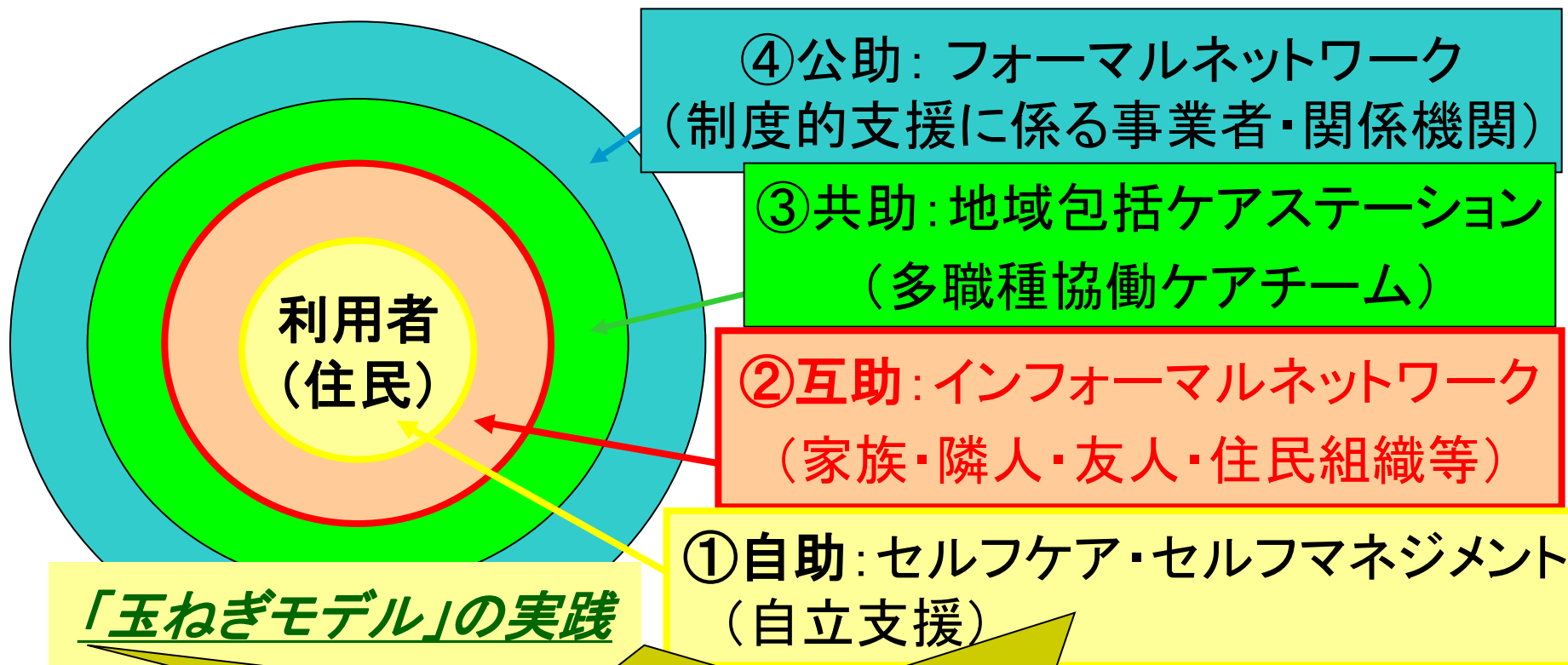


- ・南砺市訪問看護ステーション(看護・リハビリ)
- ・南砺市井波在宅介護支援センター(ケアマネ)
- ・南砺市井波ホームヘルプステーション(介護)
- ・南砺市民病院(医療)

- ・とやま総合診療イノベーションセンター(バックオフィス)
- ・その他、協力組織

そこで「地域包括ケアステーション南砺」

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、生涯を通じた患者中心／住民本位の**統合ケア**



チームで「活動目標の共有」

【活動内容】多職種協働の事例検討

- **対象**: 南砺市井波地域の住民に限定(パイロットステーション)
☞ 地域担当、看護師は井波・地域看護師として!!!
- **内容**: 一体的なケアマネジメント・看護・介護・リハビリなどによる地域包括ケアの提供
- **場所**: 南砺市井波在宅介護支援センター
(ケアマネ・看護・リハビリ・介護が一同に会するフロア)
- **実施日時**: 毎月第2(水)16時～
- **核メンバー**: 南砺市訪問看護ステーション(看護・介護)
南砺市井波在宅介護支援センター(ケアマネ)
南砺市井波ホームヘルプステーション(ヘルパー)
- **協力参加者**: 医師、薬剤師、栄養士、民生委員、自治会
社会福祉協議会、ご家族・関わる多くの方々

チーム内及び地域との理念・目標の共有や連携、日常の情報共有

「とやま地域包括ケアステーション南砺」の幹事会。代表者、チームメンバー以外に
住民代表(連合婦人会長、マイスターの会会長)も参加し会の運営を協議。
平成27年4月より毎月第1水曜日午後0時30分～1時30分

富山大学附属病院総合診療部
山城教授

南砺市政策参与・南砺市民病院
南前院長

社会福祉法人福寿園
村井教育担当責任者

なんと住民マイスターの会
大塚代表

南砺市訪問看護ステーション
重倉所長

医療課 小森課長

平成28年2月3日 定例幹事会
地域包括医療・ケア局会議室

南砺市医師会地域医療連携部会

平成22年6月より隔月、平成26年度毎月開催。第3水曜日午後7時30分～8時30分



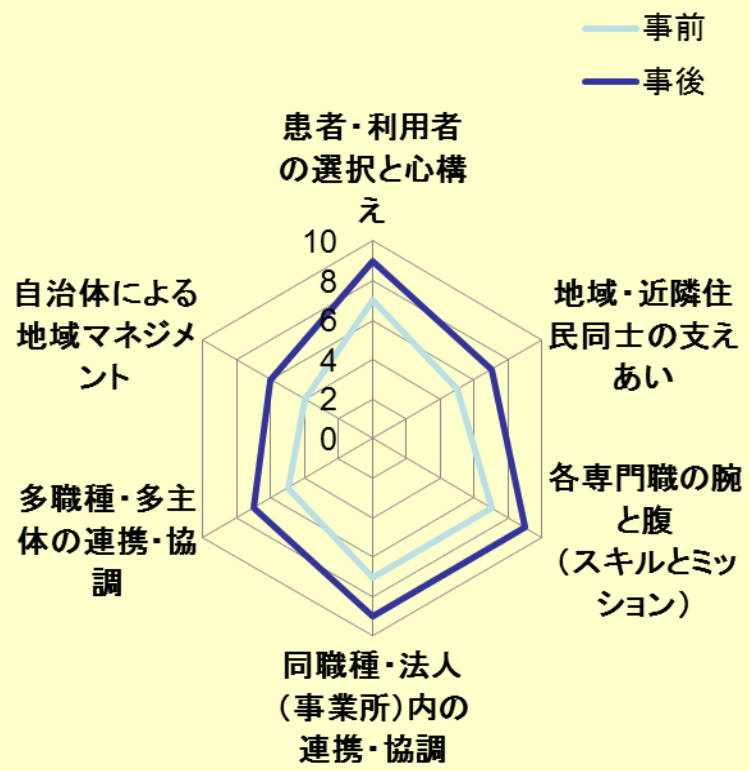
- 目標**
- ・困難事例検討を通し、各専門職の知恵を共有し解決能力向上。
 - ・各種専門職や組織が知り合い、在宅医療と介護の連携構築。
 - ・自助・互助育成への視点と適切な共助・公助の組み合わせ。
 - ・在宅生活の限界点の改善に繋げる。

参加者：開業医・病院勤務医、歯科医、薬剤師、保健師、訪問看護師、
リハビリ(PT・OT・ST)、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、訪問介護士、
医師会、地域包括支援センター、保健所、市社会福祉協議会など **南砺市全域**



平成27年4月15日午後7時30分開始
参加者50名、事例をグループワーク

今後の課題と展望



南砺市在宅ケアチームは、
パワーアップ、他部門と連携し
もっと地域で活躍したい！！

しかし地域包括ケアの主役は「**地域住民**」
★**住民、地域の力を引き出す事**が必須

「**市の役割**」→自治会、生活支援モデル事業
★「**地域の把握、つなぐのは
地域保健師の役割**」

→**地域包括ケアステーション**
今年度の活動拠点は

「**地域包括支援センター**」

(そこに実績を踏まえて**訪問看護**も参加！！)

これらがつながって南砺市の

「**地域包括ケア**」「**地域を基盤としたケア**」



地域包括ケアステーション、イメージ図

★オープン型ステーション

- ・コンセプトを伝える
- ・家族が集まる
- ・誰でも自由に過ごせる
- ・遊べる空間
- ・洗練されたデザイン

- 訪問看護統括機能
- (ステーション本体)
- ワーキングスペース
- イベントスペース
- 企業コラボ体験スペース
- カフェカウンター
- リラックススペース

+

- 保健室スタッフの声かけ

||

ちょっとおせっかいだけど
安心して過ごせる場所

★地域密着型ステーション

- ・いつでも相談出来る
- ・生活そのものを支える
- ・地域との距離が近い
- ・安らぐ空間
- ・地域内に根ざした存在

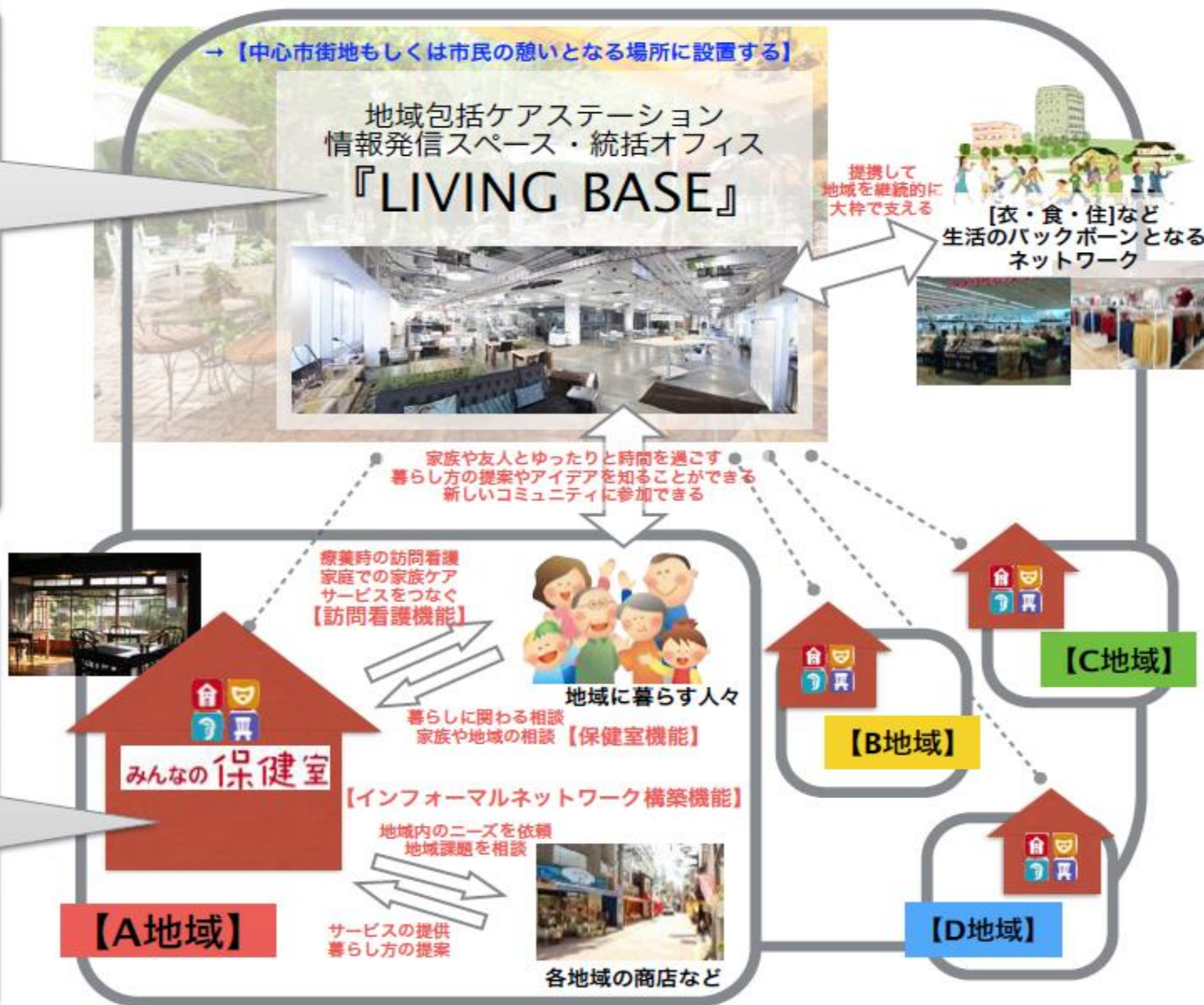
- 訪問看護 (サテライト型)
- インフォーマルサービス

+

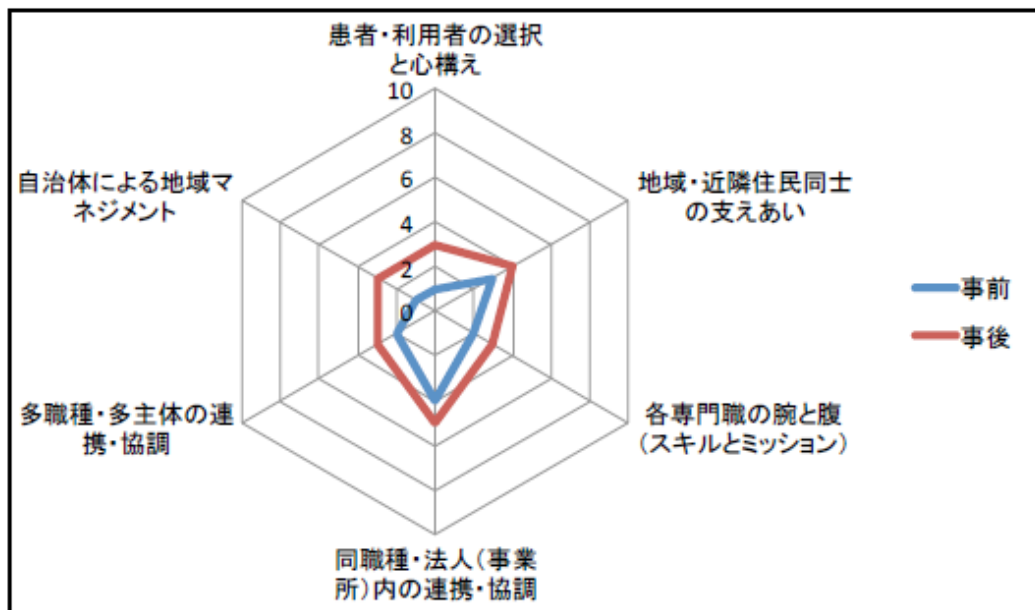
- 保健室
- 地域資源に対するハブ機能

||

住民の一員として支え
いつでも相談出来る場所



地域でできるエンパワメント



すべての項目で評価は
“ささやかにup”
ささやかに、でも
着実に継続することが
なにより重要

住民：自分のことを選択できる住民に

学生：未来を支える学生が“つながる”ことをサポート

企業：地域を支える企業をインフォーマルサポーターへ！

**専門職：出しゃばらずエンパワメントする専門家へ
安定でなく変化を受け入れ支える
「決めてくれる専門家から一緒に悩む専門家へ」**

**自治体：縮小しながら発展する（老いる）ことを
受け入れていく**

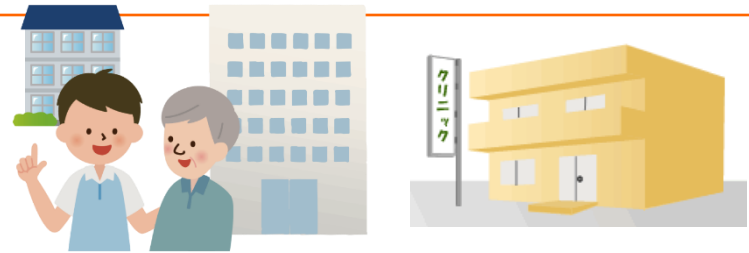
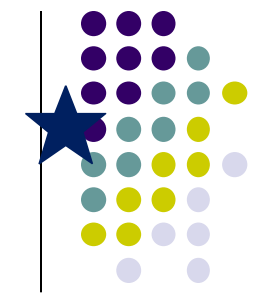


★ 目的 ★

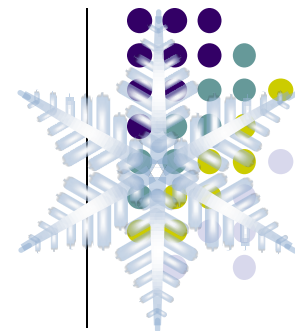
「急性期病院として住民を中心とした地域包括ケアシステムにどのように貢献できるか」を模索すること

- ① 急性期病院から在宅生活までの、迅速かつ柔軟で連続性のあるサポート体制の構築
- ② 住民のセルフケア向上、地域のインフォーマルネットワークの向上にどこまで関われるかを検討

★ 玉ねぎモデルを目指して



④ 急性期病院側から地域の医療・介護スタッフへ



★ 事業計画での行動目標 ★

1. 早期退院の協働実現

「おせっかいチーム」

2. 地域住民向け健康増進事業

「ふれあい広場」

3. インフォーマルネットワーク構築

「ボランティア養成」

4. 地域住民主体事業サポート

「介護予防体操」

5. 地域医療・介護スタッフとの教育連携

「出張研修事業」



自治体

多職種・多主体

(多事業所・多法人)の連携・協調

同職種・法人/事業所内
の連携・協調

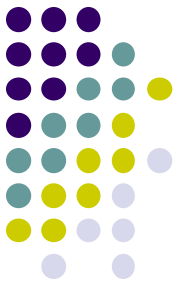
1人ひとりの
専門職の腕と腹

病院
施設
在宅

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...

本人(家族)
の選択と心構え
『養生』

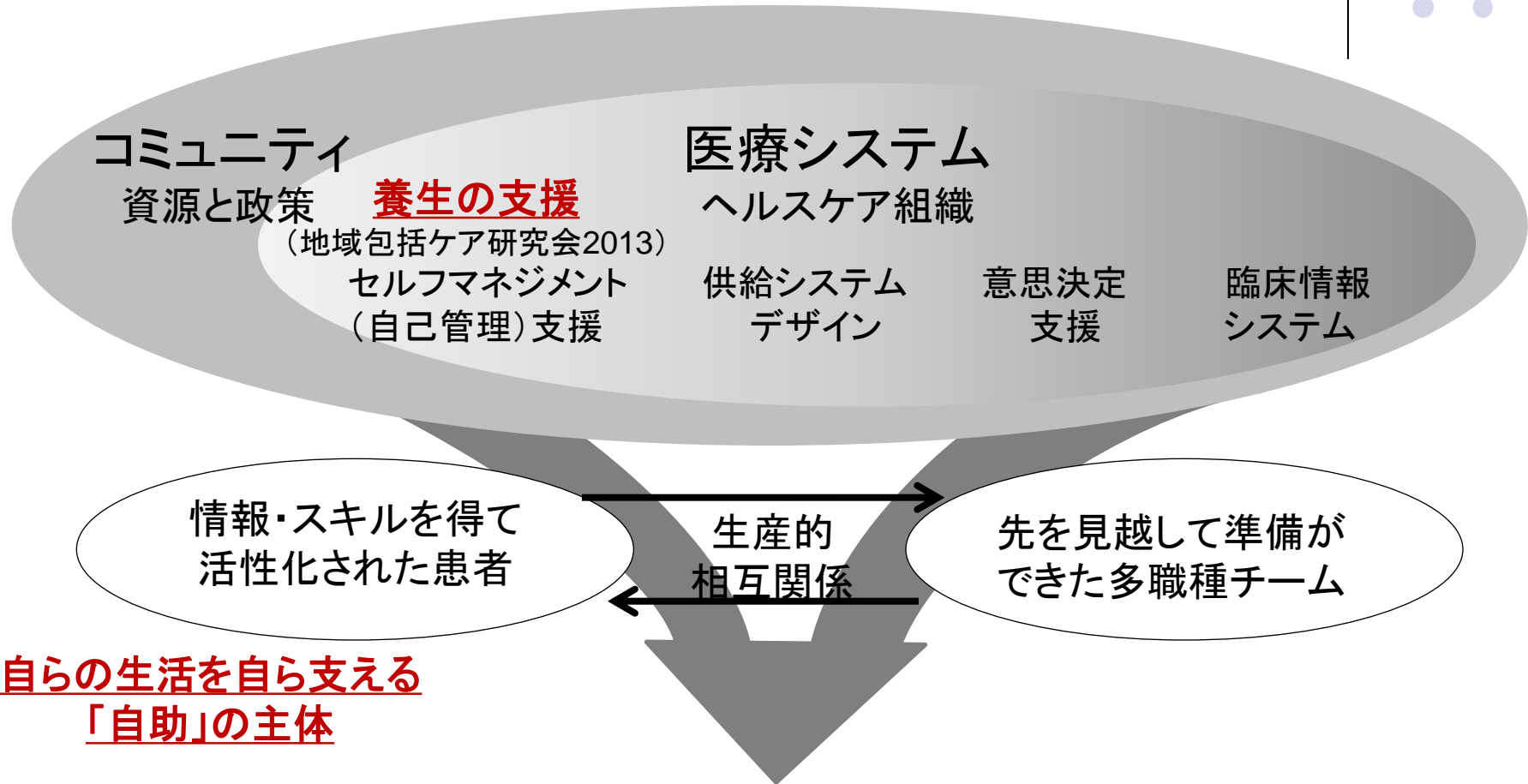
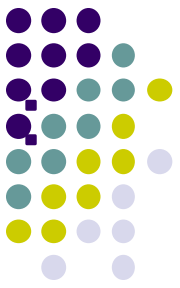
地域



誰がケアを担うのか： 「主体」「客体」を越えて

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

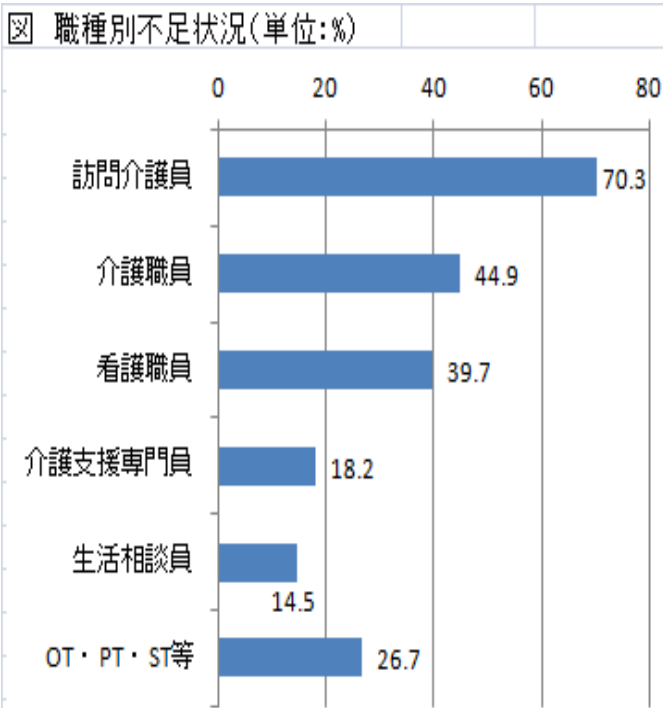
- Population-based care
- 予防重視とケアの連続を横断する働き
- プライマリケア主導のシステム

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）



- 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

経済・財政再生計画に沿った社会保障改革の推進②

(平成28年第8回経済財政諮問会議 塩崎臨時議員提出資料 2016年5月11日)



地域包括ケアの深化に向けた新たな施策展開

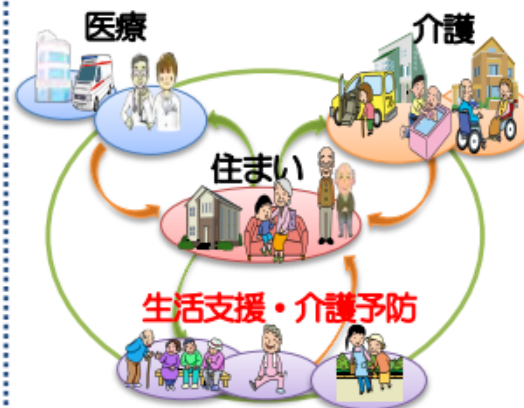
基本的な考え方

地域包括ケアシステムは、高齢者等の多様なニーズに応え、自立し充実した地域生活の実現を目指すもの。これまで、**地域医療介護総合確保法等に基づき高齢者施策を軸に推進**。

今後はさらに、地域の生活支援サービスの育成・支援を図る仕組みを整備しつつ、医療、介護等の公的サービスとの適切な組み合わせにより、**高齢者のみならず、地域で支援を必要とする方々の暮らしを支えられるよう、地域包括ケアを深化させていく**。具体的には、

- 医療・介護の**保険者機能を一層強化**し、そのリーダーシップの下で、**医療・介護の質の向上や予防等の取組を強力に推進**。
- 高齢者のみならず、地域住民の多様なニーズに応えるため、**地域コミュニティにおける「支え合い」の機能の充実**や**民間事業者による保険外サービスの育成・活用**を推進。対象者ごとに整備されている福祉サービスも、「タテワリ」から「まるごと」へと転換（**「地域共生社会」**の実現）。
- 医療分野等の**イノベーションを促進**する振興策を積極的に展開。また、公的サービスを補完する**民間の活力・資金を積極活用**（**ソーシャルインパクトボンドの活用等**）。

地域包括ケアシステム



新たな施策展開

保険者インセンティブ改革

- データヘルス・介護予防の横展開の加速化
- 保険者機能の強化

※第5回会議(4月4日)提出資料参照

「地域共生社会」の実現

- すべての人々が、1人ひとりの暮らしと生きがいを、ともに創り、高め合う社会の実現
- 福祉サービスを「タテワリ」から「まるごと」へ

※第6回会議(4月18日)提出資料参照

イノベーション促進と民間活力の積極活用【公的サービスの産業化】

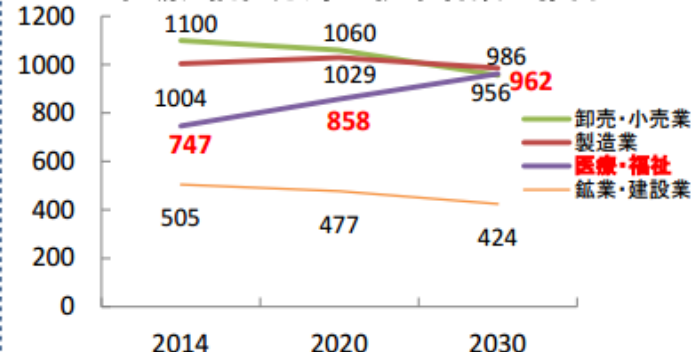
- ①介護ロボット等の**次世代型介護技術を活用した介護の質・生産性の向上**
- ②**医療系ベンチャーの振興による革新的創薬や治療法等の創出**
- ③**多様な保険外サービス等のヘルスケア産業の健全育成・利活用の推進**
- ④**ソーシャルインパクトボンドなど民間の活力・資金の活用**

医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し

【現状・課題】

- 医療福祉の就業者数は、2030年に卸・小売業を抜き製造業に比肩。
- 専門資格を持ちながら専門分野で就業していない潜在有資格者は、例えば、看護師・准看護師で約3割、介護福祉士で4割強、保育士で6割強と多数。
- 生産年齢人口が減少する中、今後の医療・福祉のニーズの増大に対応するためには、**潜在有資格者の掘り起こしとともに、多様なキャリアパス構築等を通じた人材の有効活用の視点が必要不可欠**。なお、これは、生産年齢人口が減少する中、他の高付加価値産業での人材確保にも資する。

(万人) 医療・福祉分野の就業者数の推計



※就業者数について、2014年度は総務省「労働力調査」。2020年及び2030年は、雇用政策研究会推計(平成27年12月)の「経済成長と労働参加が適切に進むケース」の値。

具体的な取組

- 医療・福祉の**複数資格に共通の基礎課程を創設**し、**資格ごとの専門課程との2階建ての養成課程へ再編**することを検討。
- **資格所持による履修期間の短縮、単位認定の拡大**を検討。

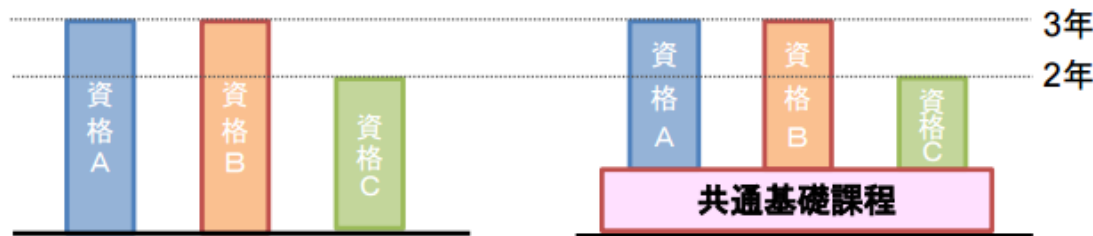
【対応の方向性】

- **複数の医療・福祉資格を取りやすくし、医療・福祉人材のキャリア・パスを複線化**。

【共通基礎課程のイメージ】(※具体的な制度設計は今後検討)

現在:資格Aの有資格者が資格Cをとる場合、原則、**新たに養成課程全体(2年間)を修了**する必要。

将来像:共通基礎課程を修了した資格Aの有資格者が資格Cをとる場合、**短い履修期間で資格取得**。



(参考)医療・福祉関係資格の例

【医療】

看護師
准看護師
理学療法士
作業療法士
視能訓練士
言語聴覚士
診療放射線技師
臨床検査技師

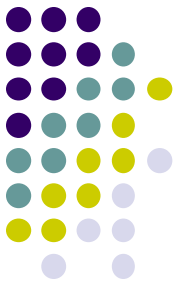
【福祉】

社会福祉士
介護福祉士
精神保健福祉士
保育士



(参考)オランダの職業資格整備・発展の仕組み

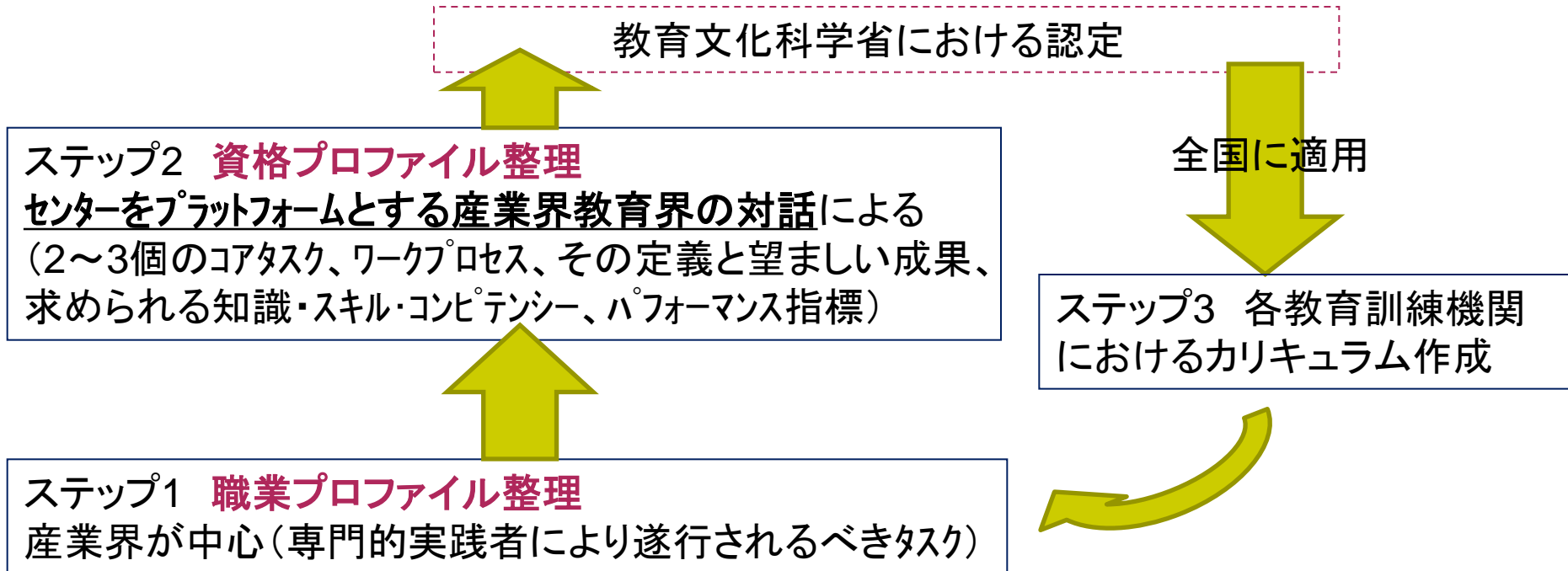
- 1996年職業教育訓練法
 - 背景:労働市場の急速な変化・グローバル化進行
 - 目的:労働市場ニーズと職業教育の結びつき強化、労働者の柔軟性とエンプロイアビリティ向上
 - 国レベルの資格枠組みと全国統一の職業資格の整備
 - 中等職業教育の一貫性改善、中等職業教育と成人教育の一本化(地域職業教育センター設置・・介護福祉、技術、経済、農業)
 - セクター別の職業教育訓練労働市場知識センターが中等職業教育レベルの全国統一職業資格の整備・発展の基盤
- 中等職業教育のレベルと教育訓練ルート
 - コンピテンシーベースの職業教育訓練(EU)
 - 部分資格制度(モジュール認定)
 - レベル1 アシスタント教育 半年~1年
 - レベル2 基礎職業教育 2~3年
 - レベル3 専門職教育 3~4年
 - レベル4 ミドルマネジメント教育 4年
スペシャリスト教育 1~2年
 - 職業教育ルート 実地訓練20~60%
見習い訓練ルート 実地訓練60%以上



- 職業教育訓練労働市場知識センターの機能

- 産業界(使用者団体・専門職団体・労働組合)、教育界(中等職業教育評議会・教育訓練機関)のステークホルダー協働による資格構成整備・発展
- 実地訓練受入機関認定・質モニタリング

※ケアに関連するセンターはヘルスケア、福祉、スポーツセクターを横断するもの





● 保健福祉スポーツセクターの職業教育訓練労働市場知識センター

2011-2012資格構成

	ヘルスケア		福祉	スポーツ
	ヘルスケアアシスタント	看護・介護		
レベル 4	薬剤師補助者 医師補助者 歯科医補助者	看護師	障がいソーシャルワーカー、専門保育士、青少年ケアワーカー、ティーンケアアシスタント、コミュニティワーカー、社会サービスワーカー等	スポーツエクササイズコーディネーター
レベル 3	—	ヘルスケアワーカー	ソーシャルケアワーカー、保育士	// ワーカー
レベル 2	—	介護福祉ヘルパー		// ヘルパー
レベル 1	—	ケアヘルパー	—	—

出所: Calibris提供資料をもとに堀田作成。中等職業教育レベルのみ掲載。OT/PT/ST等は高等職業教育レベル。

- 課題は多いものの、産業界教育界が常に対話を繰り返し、**環境変化に対応して職業プロフィールに基づく資格プロフィール更新・カリキュラム改訂を続ける** (硬直化させない) **ヘルスケア・福祉・スポーツ領域を横断するプラットフォーム**
- ただし高等職業教育レベル(レベル5学士 以上)は 教育訓練機関が資格構成の発展を担う