

2. 地域包括ケアシステムの構築について

(第2回研究会(平成27年11月17日)におけるプレゼンテーション)

1) 地域包括ケアの考え方

産業医科大学公衆衛生学教室 教授 松田晋哉氏



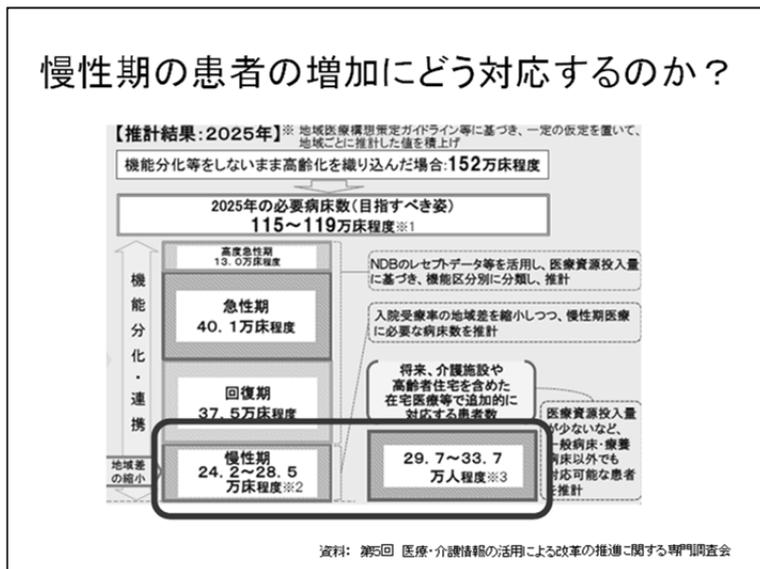
地域包括ケアの考え方

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

始めに、余談になるが「小さな池の大きな魚」という話がある。これは、全国で人口減少にある地域での急性期病院に関する問題を表している。

急性期医療を強化したいが患者が少なくなっていく中で、他県にまで患者をとりに行く——このようなことをどこの病院も考えている、という現実がある。

このような「小さな池の大きな魚」にならないようにしなければならない。



●慢性期患者への対応

地域包括ケアで一番大きな問題は、慢性期患者の増加にどのように対応するのか、ということである。

地域医療構想に関する患者数の推計では、慢性期患者の70%を外に出す、それから地域格差をなくした上で病床を残すこととしている。

仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

しかし、それ以外に約30万人の慢性期患者がいることから、地域包括ケアが非常に重要であることがわかる。

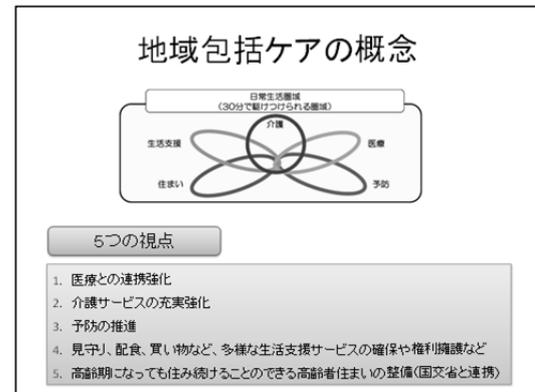
「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療介護のあり方を決める
→「地域包括ケア」体制の確立

●地域包括ケアの概念

地域包括ケア研究会に私も委員として参加しているが、研究会では規範的統合など、かなり難しい議論がされている。

それはそれで大切なことだが、一番大切なことは、地域の関係者がどうやってこの問題に、ある程度のハーモニーをもって対応していくのか、ということである。具体的にはサービス提供者が工夫してやっていくしかないのだろうと考えている。

皆さんご理解いただいていると思うが、地域包括ケアの概念は、日常生活圏域で、医療・介護・予防・生活支援・住まいの確保を行っていくということである。

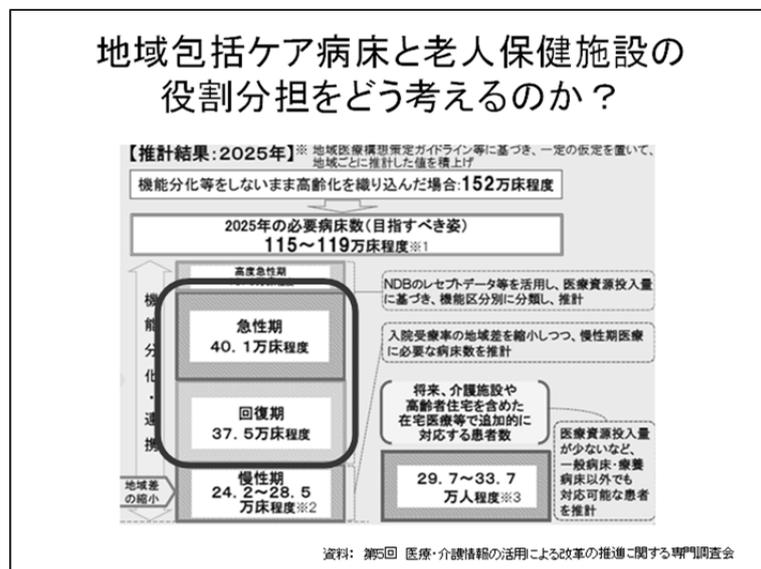
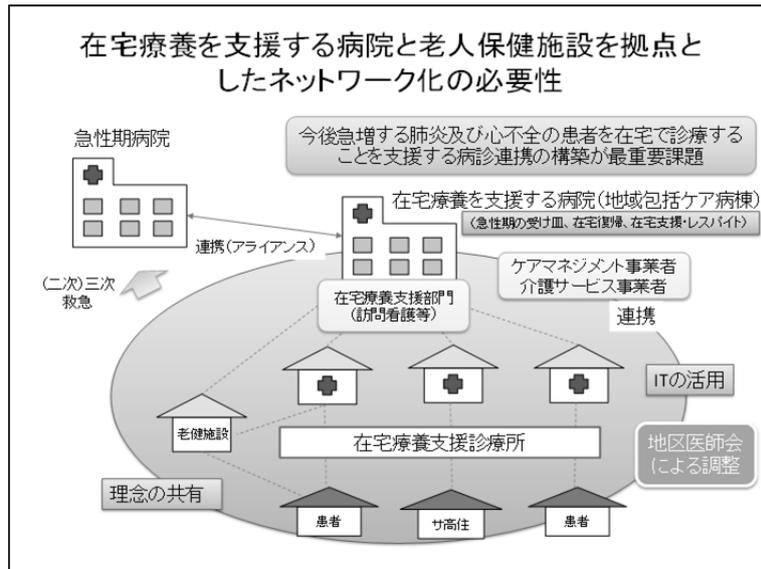


●在宅療養を支援する体制整備

基盤になるのは、在宅療養を支援する病院と老人保健施設の拠点をどのように整備していくかだと考えている。その地域によって様々だと思うが、急性期と在宅をつなぐ地域包括ケア病棟や介護老人保健施設がしっかりしていないと、在宅も急性期の受け入れもうまくいかないだろう。

なぜ、地域包括ケア病棟と老人保健施設なのかというと、全ての機能と職種が揃っているからである。これらが、どのように地域に展開していくかが大切で、質の高い地域包括ケア病棟と老人保健施設をどのようにつくっていくかが、地域包括ケアの医療における一番のポイントになる。

これからは、地域全体を病棟化していくことになるので、その観点からは地域全体のナースステーションが必要になる。考えなければならないのは、ナースステーションの規模である。例えば、フランスでは医療機関のナースステーションが訪問介護ステーションの機能を持ち、100人規模で動いている。ある程度の規模がなければ、エリアを押さえられないと思うので、大規模化も考える必要があるだろう。



ポイントは、高齢者施設で発生する肺炎や心不全にどのように対応するか——このように具体的な問題をベースにして考えていくことである。認知症をもった肺炎の患者、認知症をもった骨折の患者を、どのように地域で一貫性をもって診ていくのか、ということを考えていけば、おそらく良いネットワークが整備でき、また、地域包括ケアにおける医療の問題が解決するだろう。

ここで問題になるのは、地域包括ケア病棟と老人保健施設の機能分担である。回復期は急性期の受け皿になりえるが、福岡県、特に北九州地区で起こっていることは、地域包括ケア病棟の増加が著しいということだ。そうすると、お互いの機能が重なるため、老人保健施設の入所者が地域包括ケア病棟に流れて減ってしまっている。これでは、これまでにつくってきたシステムが壊れかねないため望ましいことではない。

そういう意味では、地域医療構想の中で、地域包括ケア病棟をもっている病院と老人保健施設の役割分担を考えていかなければ、地域の資源を上手に使うことができ

ない。

考えておくべき重要事項

- 高齢者施設で発生する肺炎・心不全にどのように対応すべきなのか？
 - 以上のような傷病の患者を急性期病院の救急部門に搬送することは妥当なのか？
 - 介護保険施設であっても、ある程度の医療は、そこで行えるようにすべきではないのか？
- 地域包括ケア病棟と老人保健施設に求められる3つの機能
 - 急性期からの受け皿機能
 - 在宅復帰支援
 - 在宅ケアの支援機能(含 レスパイト)
 - その上で老人保健施設と地域包括ケア病棟の機能分担をどのように考えるのか？

地域包括ケアを行っていく上で、大切になってくるのは看取りである。これは、広島県府中市医師会が行った調査結果である。全介護事業所を対象に、どうすれば看取りができるのかを調査した。

結論は、医療対応ができるという一点につきる。医療対応は何かというと、看護の裏付けがあるということで、これがあれば、どこの施設でも看取りができるという回答が得られている。

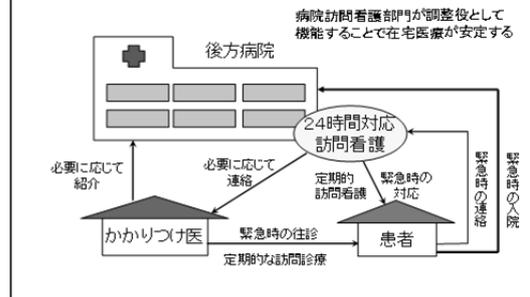
そういった意味からも、在宅医療を支える上での訪問看護をどのように整備していくかが大切である。

どのようにすれば、在宅で患者をギリギリまで診られるかということ、①かかりつけ医がいること、②後方病院があること、③

全体をコーディネートする24時間対応の訪問看護が病院にあること、の3点である。何かあった際に入院させてくれる、という体制がなければ、家族の不安もぬぐえない。このような仕組みを、どのようにつくっていくかが大切だと思っている。

かかりつけ医は、24時間365日拘束されるともたない。そこで、看護師と適宜役割を担っていくことで、在宅療養を支える体制が安定するのである。

在宅医療を支える上で非常に重要な病院訪問看護部門の役割



在宅療養を支援するフランスの制度

これは1970年代から始まっているフランスの在宅入院制度で、患者宅のベッドを病院のベッドとみなして病院の医療チームが入院医療をするというものだ。

在宅入院の場合は、調整ナースによるケアプランに従い、在宅入院チームと地域の

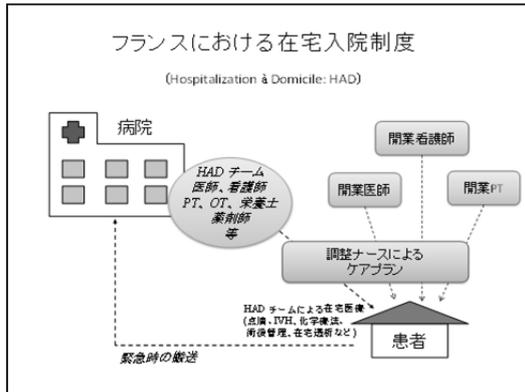
「看取り」が可能である条件の分析

サービス	標準化されていない係数		標準化係数	t値	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
デイサービス					
(定数)	.780	.129		6.027	.000
傷病的医療行為_看取り条件無	.387	.139	.452	2.778	.009
訪問介護					
(定数)	.381	.175		2.179	.041
医療合計	.052	.009	.794	5.850	.000
ケアハウス・サ高住・GH・有料老人ホーム					
(定数)	.719	.278		2.588	.017
医療合計	.046	.016	.533	2.952	.007
小規模多機能施設					
(定数)	1.444	.202		7.131	.000
傷病的医療行為_看取り条件無	.516	.213	.544	2.424	.030

看取りが可能であるためには「医療」対応が重要

開業医や地域の看護師が一緒になって在宅で患者のポストアキュート（急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態）やターミナルケアにあたる。

このような仕組みを日本に導入できないか、関係者と相談をしているところである。



●複合的な傷病を持つ在宅要介護高齢者

在宅医療は甘いものではない。これは福岡県のある自治体で、介護と医療のデータをつなぎ、在宅で介護保険サービスを受けている患者のうち、認知症があってがんの治療を受けている患者について調査した結果である。

直近では60名を超えており、増加している状況にある。

このような複合的な傷病をもつ患者を

在宅でどのようにケアしていくかは、現実的に大きな問題になっているということだ。このような患者は老人保健施設には入所しにくく、療養病床も空きがない状況では、どのように地域で診ていくかがポイントになるのである。

これは、岡山県のある自治体で同様の調査をした結果である。ある程度の規模の市だが、認知症とがんがあって、介護保険サービスを利用している患者数は100を超え、その約8割は在宅である。

複合的な傷病を持つ在宅要介護高齢者数の時系列変化 (福岡県の1自治体データ)

年月	認知症+がん	認知症+肺炎	認知症+呼吸器系疾患	がん+虚血性心疾患	糖尿病+慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
...
...
...
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

複合的な傷病を持つ要介護高齢者数の時系列変化 (岡山県の1自治体データ)

認知症とがんがあり介護サービスを受けている患者の数

年月	△利用件数	居宅利用件数	施設利用件数	地域密着利用件数
	1,227	919	93	292
201204	122	92	7	31
201205	123	93	7	34
201206	129	99	9	31
201207	129	100	7	31
201208	132	101	8	33
201209	142	105	11	33
201210	162	116	19	37
201211	147	109	13	33
201212	141	104	12	29

これからは、こういった患者の在宅をどう支援していくのか——。ここで課題になるのは、がん患者はギリギリまで自立している場合が多いため、要介護度が低いことである。そういう医療ニーズが高い患者の在宅を具体的にイメージしていかなければならない。

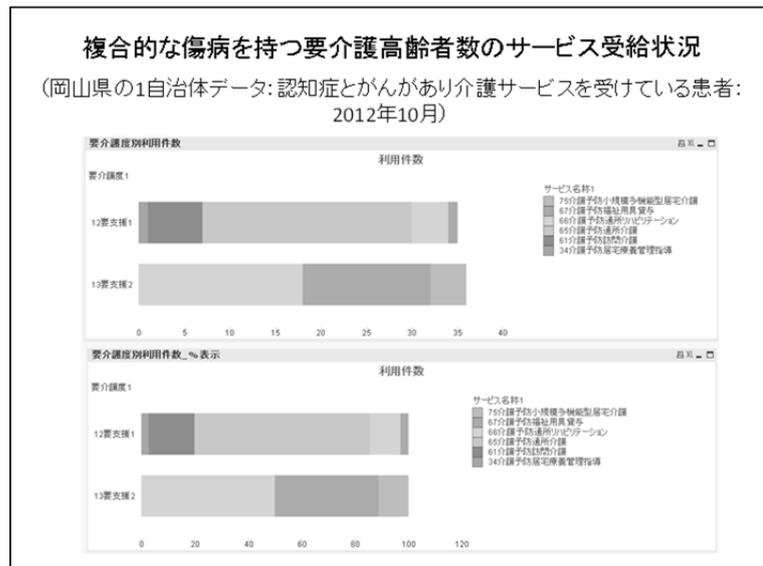
複合的な傷病を持つ患者がどういった介護保険サービスを受けているのかをみると、要支援1は介護予防通所介護や介護予防訪問介護が多く、要支援2になると医療や福祉用具貸与を利用しているという実態がみえてくる。

要介護1以上になると、利用しているサービスは様々であるが、基本は通所介護や

訪問介護があり、要介護度があがるにつれて福祉用具貸与が多くなっていく。

医療者からみると、訪問看護を利用したほうが良いと思われる患者に対して、訪問看護がない状況だ。これは、ケアマネジメントの問題である。

がんの患者は一見要介護状態が軽くみえるため、訪問看護がはいていないのかもしれないが、本来であれば、要介護2、3、4になってくると訪問看護が増えていなければ在宅生活は難しいのだろうと思われる。



●超高齢社会のケアマネジメント

これからのケアマネジメントを考えていく上では、複合的な傷病をもつ患者には、看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。

複合的なニーズをもった患者のケアマネジメントができる介護支援専門員を育てていかなければ地域包括ケアは困難であろう。

例えば、がんあるいは認知症の患者が典型だが、その人がもっているリスクを評価し、そのリスクが顕在化しないために予防的なサービスを盛り込むといった、看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。

介護保険施行当初の主なサービス利用者のイメージは脳血管障害や認知症、筋骨格系疾患だけだった。しかし、15年たった今、介護保険サービス利用者の傷病は多様化している。特に問題になっているのは、がん、心不全、呼吸不全、特に COPD（慢性閉塞性肺疾患）である。これらの傷病をもつ利用者は、要介護度は1、2であるが、実は様々なことを注意していかなければならない。そのようなケアマネジメントができる介護支援専門員を地域で整備していかなければ、慢性期の患者の70%を地域に戻すことはできない。

医療と介護の両方をみられる介護支援専門員を育て、ケアマネジメントを行っていく仕組みをつくらなければならないのである。

そもそも、看護診断・看護計画的なケアマネジメントというものは、全ての人に必要である。訪問看護が不必要な患者はいない、頻度が異なるだけである。こういった認識も必要となる。

●新しい地域包括ケアの概念

新しい地域包括ケアの概念は、ベースのところに「本人・家族の選択と心構え」がある。こちらは「養生」という言葉にしている。そして、「すまい・すまい方」があり、「生活支援・福祉サービス」がある。

特に住宅が重要となる。以前、福岡で療

超高齢社会のケアマネジメント

- ・ 入院医療の延長としての在宅医療
 - 地域のナースステーションが必要になる
- ・ 看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。
 - 利用者の持つリスクの評価(S O A)
 - リスクが顕在化しないための「予防的サービス」の提供(P)
- ・ (訪問)看護が不必要な利用者はいない
 - 密度が違うだけ

新しい地域包括ケアの概念



養病床や老人保健施設に180日以上入所している患者の全数調査を行った。病棟の看護師に退院できるかどうかの判断をしてもらい、できる人とできない人の違いを調べたものだ。

その調査結果からは、ADL や認知症のレベルではなく、生活安心感や生きがい、経済的支援が必要なため、退院できないというものがほとんどであった。いわゆる社会的入院だが、良く考えてみると、60歳の独居高齢者にとって病院に入院し続けるということは、1日3食があり、風呂にも入れる、リハビリも受けられる、何より大切なことは、毎日自分に話しかけてくれる若い人がいるので合理的な選択ともいえる。さびしい生活が待っていることがわかっていて、自宅に戻る人はいない。

そうすると、地域で暮らしていくことの安心感を保障しなければ、社会的入院は解決せず、地域包括ケアは実現できないということになる。

どれだけ安心した生活を保障できるかがポイントになるのである。

高齢者はなぜ退院したがるのか？
(独居者・60歳以上)

退院を希望しない高齢者は

- ADLレベルは悪くない
- 認知症のレベルは軽い
- 生活の安心感が不足
- いきがしい不足
- 経済的支援が必要
- 自宅がない

場合が多い。

福岡県医師会と福岡県の合同調査結果
平成18年「療養病用における入院患者調査」報告書, 2007

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)
性別						
男性	-4.75	.244	3.095	1	.081	.822
女性	-3.49	.322	1.177	1	.278	.705
年齢階級						
60-69	.015	.011	1.845	1	.170	1.015
70-79	.527	.245	4.505	1	.034	1.694
80-89	.002	.002	1.354	1	.243	1.002
90-99	-0.10	.011	.737	1	.391	.900
入院前所在						
在宅	.005	.002	4.401	1	.035	1.005
施設						
認知症	-3.39	.093	15.872	1	<.001	.712
ADL区分						
自立	-.784	.172	19.935	1	<.001	.455
医療区分						
在宅	-.257	.183	1.981	1	.161	.773
施設	2.025	1.071	3.585	1	.065	7.602
経済的支援						
必要	2.387	1.095	4.647	1	.031	10.883
不要	3.332	1.105	10.200	1	<.001	34.195
自宅						
あり	1.905	1.123	2.879	1	.090	6.720
なし						
安心感不足	-.585	.282	4.585	1	.031	1.751
いきがしい不足	.591	.312	7.824	1	.005	2.385
経済的支援不足	.840	.277	9.190	1	<.001	2.315
自宅なし	-.587	.245	5.715	1	.017	1.799
定数	-4.839	1.430	10.517	1	<.001	.010

社会的でない入院はありうるのか？
在宅での生活が不安定である高齢者にとって医療機関にとどまり続けることは「合理的な」選択と考えることもできる

高齢社会において医療介護機関が果たしている役割は何なのか？

- 狭義の医療・介護だけではない
 - コミュニティにとって福祉・医療関連施設は安心のための重要な拠点と考えられている(広井良典: 地域コミュニティ政策に関する自治体アンケート調査, 2007年実施)
- 医療介護施設が提供している「安心を保证する機能」を地域に開放していく(展開していく)という発想が必要ではないか
 - 「医療介護施設門前型」、「フォーマル部門によるインフォーマルサービスの提供」という発想

地域包括ケアの基盤

- 「住」→在宅ケアの基本
 - 地域の実情に合わせた多様な住の提供体制
 - サービス付き高齢者住宅
 - 小規模多機能施設
 - シェアハウス
 - 高齢者を孤立化させない「住まい」の政策
 - 生活を支える仕組み
 - 食の確保
 - 買い物支援
 - 移動手段の確保
 - QOL

●地域包括ケアにおける生活を支える仕組み

地域包括ケアの基盤は「住宅」である。その住宅とは、地域にあわせた多様な住宅の提供でよいだろうと思っている。生活を支える仕組みの確保、高齢者を孤立させない住まいが大切なのである。

私は、ある地域で施設の選択をする委員をしている。実際、サービス付き高齢者向け住宅がたくさんつくられた。その際のプレゼンでは、良いプレゼンテーションがされるが、11か所できた中で、1か所もプレゼンテーションどおりのことをしていない。そうすると、地域に浮島ができてしまう。地域との交流もない、一人暮らしをしているのと全く同じになってしまうのである。

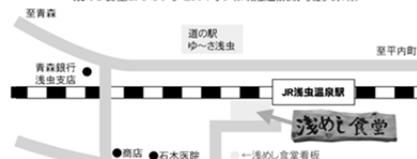
そういった意味では、この「浅めし食堂」は素晴らしい取組みである。浅虫温泉は以前に比べ、さびしくなってしまった温泉だ。その医師が「浅めし食堂」というコミュニティレストランをつくった。その医師は慈恵医大の循環器科の医師だったが、故郷に戻ったところ、通院以外は、高齢者が家に閉じこもっているため、リハビリテーションの意味がなくなってしまうという問題を抱えた。

そこで、1日1回の食事をする場をつくったのだ。1食450円で、時には小学生とも交流をする。元気な高齢者であれば、食堂で有償ボランティアをするといった生きがいづくりも行っている。高齢者からみれば、1日1回食堂に行き、しっかりしたご飯を食べればそれで十分であり、それが肺炎や骨折予防にもなるのである。

医療機関が持つ「生活保障機能」を 地域に開放できないか？ (医療施設門前町構想)



浅めし食堂までのアクセスマップ(JR津島温泉駅から徒歩約7分)



日本でも同様の取り組みは始まっている。
このような仕組みは、元気な高齢者が働ける場所の提供にもなる

要するに、こういったセルフリハビリテーションの場を提供するということだ。

最近、回復期リハビリテーションから聞くことは、在宅生活が可能になった利用者が退院して在宅で介護保険サービスを利用するようになると、ADL や IADL レベルが低下することが多いというデータがでてきているということである。維持期リハビリテーションや生活リハビリテーションが機能しているのか、ということが厳しく批判されている。

回復期リハビリテーション関係者の不満

- なぜ、回復期リハビリテーション病棟で「在宅生活が可能になった」高齢者が退院後「介護保険」のサービスに移るとADLレベル・IADLレベルが低下することが多いのか？
- 維持期リハビリ・生活リハビリは機能しているのか？

地域リハビリテーションという視点から考えたとき、老人保健施設はどのような役割を果たしているのか？あるいは期待されているのか？

私が長くかかわっている行橋駅周辺には、12 時頃に食事をしようと思っても、食べる場所があまりない。高齢化率が3割くらいだが、誰も歩いていない。

ヨーロッパなどは、昼間に高齢者がたむろしている。日本はどこに行っても高齢者

がいない。高齢者がたむろしているところといえば、病院の待合室になってしまっている。

一方で、巢鴨のとげぬき地蔵前商店街は巢鴨駅から歩いて10分、高齢者では15分くらいかかるところだが、多くの高齢者が集まっているのはなぜか——楽しいからである。何が楽しいかという、会話があるということだ。例えば、大型ショッピングモールでは店舗の人との会話はあまりない。それでは、高齢者にとって楽しい場所ではないわけだ。

要するに、高齢者にとって楽しい街をつくっていかなければ、リハビリテーションの効果が得られないので、地域包括ケアの実現ができないということになる。

行橋駅前のシャッター通り





これは、北九州市八幡西区茶屋の原団地で行っている非常に面白い取り組みである。ここには、地元のスーパーマーケットがあったが、近くに大型ショッピングモールができたため、閉店になった。途端に、高齢者が買い物難民になってしまったため、地域の自治会が集まって話し合い、毎週火曜日の朝に朝市を行うことにした。そうしたところ、高齢者が朝市に来て、一週間分の買い物をしていく。

実は、買い物難民の問題があがってきている。これは、まず生活する上で非常に困るということだ。そして、買い物に出るといことは、高齢者にとって重要なアクティビティであるため、それがなくなることでADL、IADLが低下してしまう。



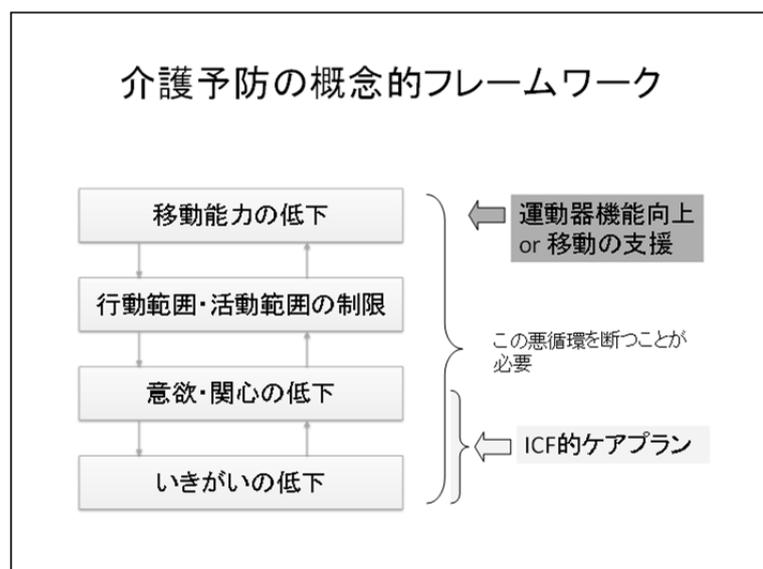
ご存知だと思うが、徳島で中山間地を巡回していた移動スーパーがフランチャイズで東京都内の団地で展開している。

地域包括ケアの中で、日常生活をどう支えていくのかという点でこの問題は大きい。

地域によって様々な工夫がされている。長野県の本巣病院は、病院の周囲にスーパーマーケットや郵便局などがあるため、医療機関に通ったついでに全部できるという環境になっている。こういったように、高齢者の動線にあわせて、日常生活に必要な全てを揃えていくことも非常に大切なことである。

●介護予防

介護予防とは、移動能力の低下が行動範囲・活動範囲の制限になり、意欲・関心の



低下につながり、ひいては生きがいの低下になっていくという悪循環を断つことが大切であることから、まずは運動機能向上プログラムを行うというもので、ICF 的ケアプランを作成していこうと始められた。

ところがいつの間にか、ICF 的ケアプランは忘れられてしまい、マシンを使ったプログラムが全国的にブームになった。しかし、ブームが去った今、そのマシンは物干しざおに使われているという状況になっている。これをどう考えるのか――。

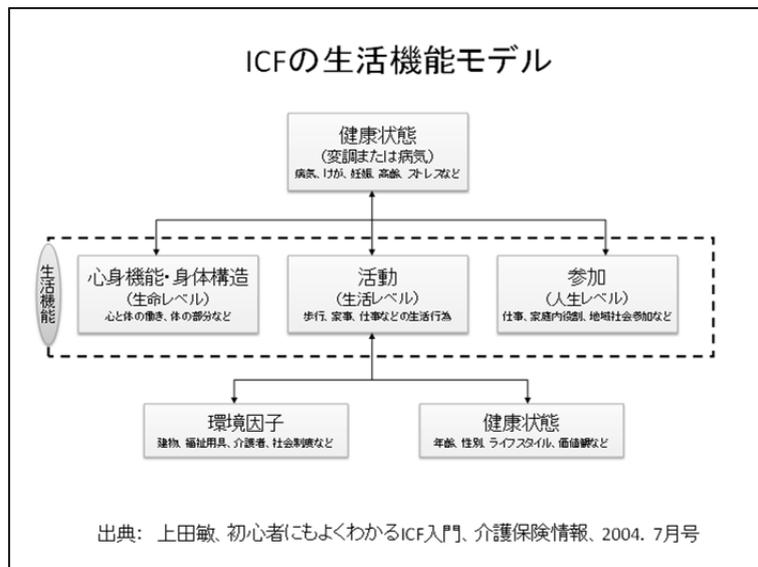
そもそも、ICF に基づくということは、参加レベル、活動レベル、心身機能・身体レベルの要素で考えたケアプランを作成していこうということだったはずだ。例えば、55 歳の女性がくも膜下出血で倒れてしまい、今、リハビリテーションをしていると。何のためにリハビリテーションをするのかというと、もう一度家庭の主婦として、参加レベルで家庭の主婦の役割を果たすということだ。そのための活動として、歩行や買い物、家事ができなければならない。それらができるようになるために、様々な訓練をする。という一連の意味づけができるようなプログラムやプランを作成しようということがICF の考え方なのである。

これは、私たちがフィールドワークを行った南の島である。そこで、介護保険担当課長から言われたことは「うちの高齢者はけしからん。みんな介護保険を申請して、電動車いすを取得する。それに乗ってゲートボールをしにいく」ということだった。

実際に調べると、8 割の高齢者が電動車いすの給付を受けており、そのほとんどが電動車いすのみの給付だった。

こちらのおばあちゃんは、電動車いすで自分の畑に行って、電動車いすに収穫した野菜を積んで颯爽と帰っていく。要するに、このおばあちゃんにとって、一番大切なことは移動手段の確保である。確かに、この人に運動機能向上プログラムを行って、速く歩けるようにはできるかもしれない。しかし、そうだとすると、このおばあちゃんが家から畑まで行くには片道 40 分かかかる。夏には気温が 40 度をこえる地域でそれができるのだろうか。好きなアクティビティをするために移動手段を確保することが大切なのである。バスもタクシーもないこの街では、自分で電動車いすを使って移動できることが重要なのである。

ところが、この年に厚生労働省は要支援が利用できる福祉用具から電動車いすを対象外にした。実際にこのおばあちゃんは



電動車いすを使えなくなってしまい、あっという間に要介護2、3になってしまった。

せっかく、ICFプランとっているのに、それを間違ってしまったのだ。介護予防そのものの理念を間違えると、こうした状況になってしまうのだと思う。



ある難島に住む要支援高齢者の事例(要支援、福祉用具貸与:電動車椅子を使用)



ある難島に住む要支援高齢者の事例(要支援、福祉用具貸与:電動車椅子を使用)



ある難島に住む要支援高齢者の事例(要支援、福祉用具貸与:電動車椅子を使用)

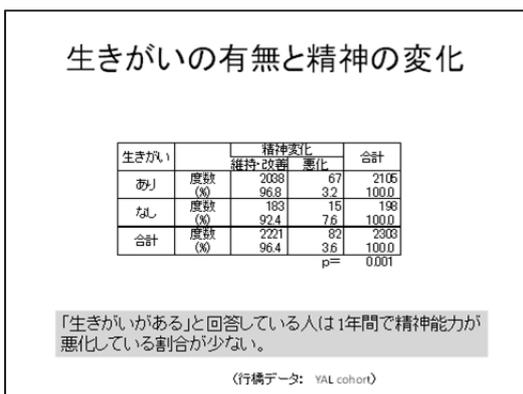
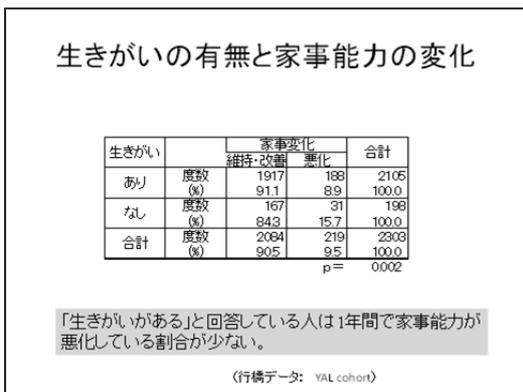
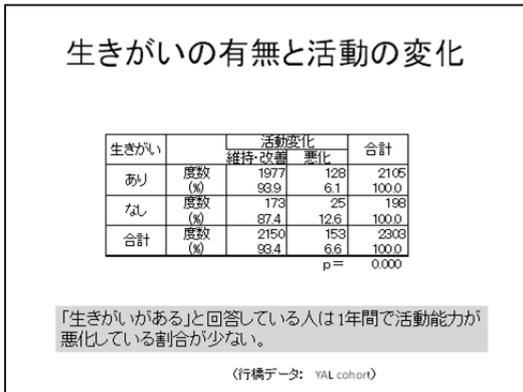


ある難島に住む要支援高齢者の事例(要支援、福祉用具貸与:電動車椅子を使用)



ある難島に住む要支援高齢者の事例(要支援、福祉用具貸与:電動車椅子を使用)

確かに、生きがいをもっている人は状態が悪化しにくい。2000年から取り組んでいる調査では、生きがいがあると答えた人たちは悪くならない。家事能力も、メンタルも同様である。

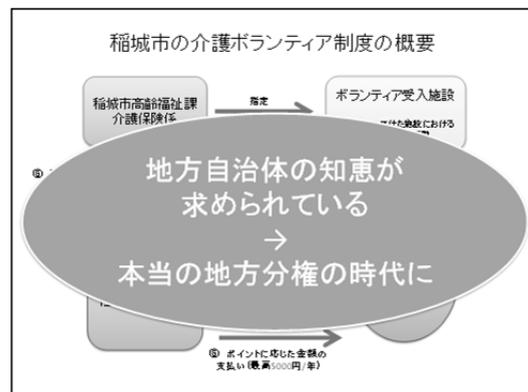


そうした時に、東京都稲城市の介護ボランティア制度はとても良くできている。稲城市では、社会福祉協議会に介護支援ボランティアとして登録し、手帳を受け取る。例えば、朝のラジオ体操のようなアクティビティでボランティアとして活動すると、

手帳にスタンプを押してもらえる。スタンプの数に応じてポイントになり、最大で1年間に5,000円のポイント還元（評価ポイントに応じた交付金）が受けられる。

また稲城市には、東京ヴェルディというサッカーチームがあり、孫と一緒にサッカーの試合に招待してもらえる。さらに、試合の前後で選手と触れ合える、写真も撮れるという特典もある。

この事業の何が良いかというと、要支援の高齢者が、自分がサービスを受けている時は利用者だが、自分がサービスを受けていない時にボランティア活動の場で認知症高齢者と話しをすると傾聴ボランティアをしたことになり、スタンプを押してもらえることだ。こうやって稲城市は、サービス利用者が担い手にもなれるという仕組みをつくって、東京都内で唯一、介護保険料が上がっていない地域になっている。



そういう意味で、このやねだんは興味深い。鹿児島県の鹿屋市柳谷という地区があり、そこで地域づくりの活動をしている方が、農業生産法人を立ち上げた。約束としては、利益がでたら給料を支払うと。当初は、桜島大根からはじめ、イモを育て、焼酎をつくり、最近は無農薬の唐辛子をつくったところ、それが韓国で流行っている。

ここが素晴らしいのは、80歳を超えると生きていだけでボーナスがもらえることだ。やはり、お金を稼げるといことは、いくつになっても元気のもとになるの

である。地域のほとんどの人が在職者で、亡くなると「退職」というかたちになる。



次に、ふらて会を紹介する。ふらて会はもともと急性期だったが、急性期病院はたくさんあるので、ポストアキュートをやろうと、一般病床もやっているが、回復期リハビリテーションと療養と、介護施設など、複合的に運営している。ここの先生も、さきほどの浅めし食堂の医師と同様の問題意識があり、病院に来る以外は家に閉じてもっている高齢者を見て、アクティビティの場を提供している。1年間の会費が3,000円で、どのアクティビティに参加してもよい。

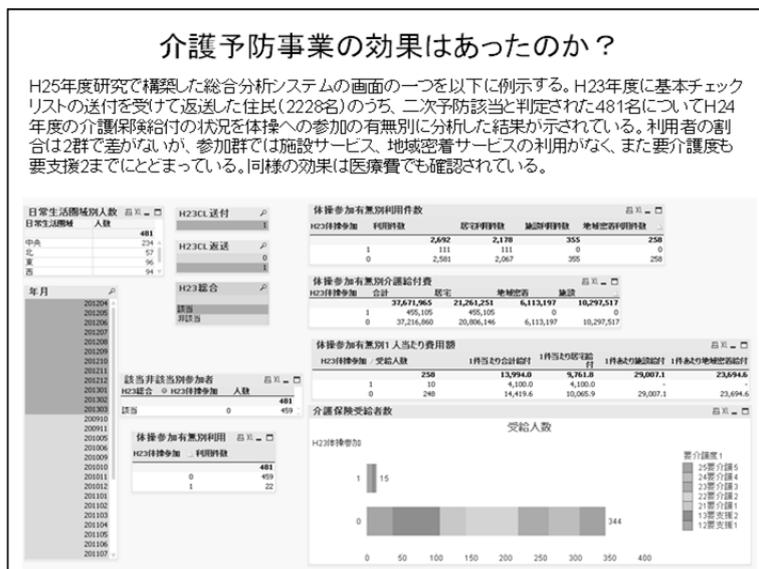
ピザ釜があるのでピザを焼いたり、ウォーキングをしたり。最近は、認知症高齢者の園芸療法ではじめた猪倉農園にも取り

組んでいる。農園をはじめると、地域の高齢者も参加しはじめ、参加者は脳血流が良くなり、なおかつ、SF-36を行うと、怒りとうつの得点が下がってきていて、非常に良い効果が得られているのだ。ここに1回来ると、半日で5,000歩程度歩くことになる。

今は、北九州大学の学生なども参加して、世代間交流も行っている。とても良い試みだと思う。



介護予防事業の効果はあったのか——。これは、岡山県のあるデータだが、体操に参加した人としなかった人を比較したものである。その後の1年間で、介護保険の利用率はかわらないものの、体操に参加した人には重度の人が少ないという結果になっている。



また、医療費も同様で、体操に参加した人のほうが外来は多いものの、入院は少ない。これは、もう少し長期的にみると様々な結果が得られるとは思いますが、介護予防事業にはそれなりに効果があったのだろうと考える。

地域包括ケアでも大切なことになるが、国や県が様々な事業を行うが、ほとんど評価がない。やはり、レセプト等を使いながら評価することは必要だと思っている。

●地域包括ケアにおける「場」と「機会」の提供

私たちの教室は、半農半患者構想に取り組んでおり、健康×農業プロジェクトというものを行っている。私やスタッフ、北九州市と福岡市の市民と一緒に田植えなどをする。米を育て、酒をつくるのである。

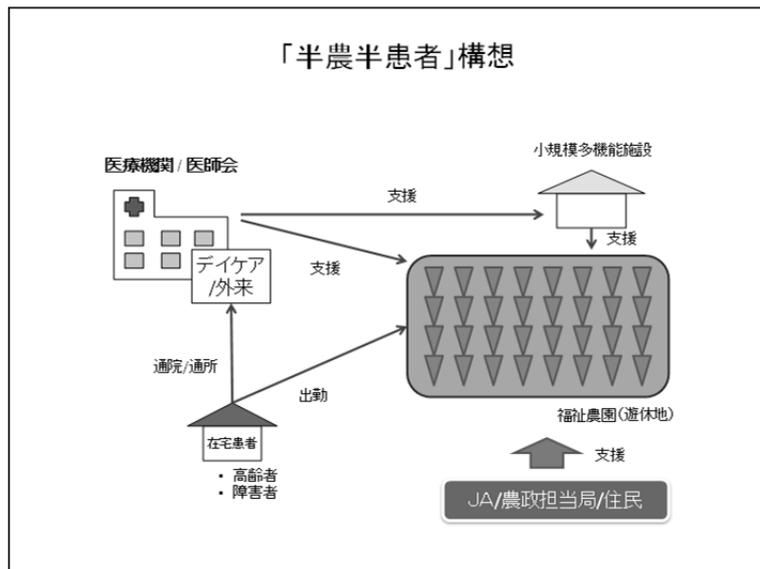


なぜ、酒をつくるのかということ、特定保健指導が理由にある。特定保健指導の重要な対象者は 40 代、50 代の男性である。その世代は事業になかなか参加してくれない。何をやれば参加するかということ、そば打ちか酒造りだ。そばも良いと思ったが、1か月に1回のアクティビティがなく、米作りは田植えや草取りなど、アクティビティが多様になる。近くに琉球ガラスの工房があるので、自分の杯をつくらせる。また、この地域は猪や鹿がいるので、それをハムにしてくれる人がいる。そばを打つ人もいる。自分がつくった器で、自分たちがつくった日本酒を飲みながら、ハムやそばを楽しんで帰るといいう取組みである。これにあわせて、適正飲酒の健康教室も行っている。

このプロジェクトの一番の目的は、福岡県内における都市部と中山間地域の交流促進である。

私は千葉県出身なので、小学校や中学校の時に、遠足や修学旅行で千葉県内をまわった。九十九里に行ってハマグリを食べて、木更津に行って潮干狩り、野田では醤油をもらう。

福岡で驚いたことは、福岡市や北九州市の人は筑豊はなじみがないという理由で行こうとしない。筑豊地域は昔、炭鉱があ



って、いろいろな問題があって、いろいろなうわさがあったので行こうとしない。

しかし、これから福岡県では、福岡市や北九州では介護施設や療養病床が足りなくなってくる。一方、筑豊は余ってくる。将来、高齢化が進んだ時に、筑豊地域の施設を福岡市の人が使えるようになれば、新しい建物が必要なくなる。

そういうことが必要になってから動いても遅いので、そうなる前から交流をしなければならぬ。元気な時から、都市部と農村部の交流関係を構築した上で、必要になった時に福岡市の人が中山間地域の介護施設を使えるという枠組みを作ることが大切である。

それを通じて、中山間地域の人には地域の自信を取り戻してもらい、福岡県版のCCRC（Continuing Care Retirement Community、都会の高齢者が地方に移り住み、健康状態に応じた継続的なケア環境の下で、自立した社会生活を送ることができるような地域共同体）を作ろうということだ。

私は、東京の人が北九州にくるわけがないと思っている。日本創生会議から、北九州市がCCRCの候補に選ばれたが、そもそも食べものの味が違うのでくるわけがないと思った。何よりも、あれは男性目線。男性は会社で働いているので、地域とのつながりはあまりないが、女性は地域でお母さん同士仲良くなっている。そういった人間関係を断ち切ってまで、地方に移り住もうとは思わないのではないかと。

でも、県内ならばどうだろうか——。例えば、岡山市の人が真庭に行く、津山に行く。1時間程度で行ける範囲がよい。そういったCCRCを福岡県で作ろうと取り組んでいる。こういった基盤づくりが必要になるだろう。

産業医科大学公衆衛生学教室・健康×農業プロジェクトの目的

- ・「継続性」のある特定保健指導の提供
 - 楽しく、生産的なアクティビティ
 - 「遊び」の中に「学習」を取り込む
- ・重要であるにもかかわらずなかなか乗ってこないターゲット集団の取り込み
 - 40代・50代の男性が参加したいと思うアクティビティ
- ・福岡県内における都市と中山間地域の交流の促進
 - 地域の自信を取り戻す
 - 福岡県版CCRCの構築

このようなコモンズをつくっていかうと考えている。これは、日本医師会の前副会長の寺岡先生が取り組んでいるコモンズという試みである。

病院の端につくったガーデンテラスは地域の人ならだれでも使えるという空間である。レストランも農園あり、読書ができるスペースもある、一日寝転んでいても良いようになっている。高齢者に限らず、障害者でも、不登校の子どもでも、誰でも来られるような空間だ。

医療機関が安心を保障するという機能を、このようにコモンズという形で、医療機関に皆が集まれる場をつくるということをしている。こういうものが、これから必要になってくるのだろう。

コモンズ(共有空間)という概念

- ・本来は「入会(いりあい) = 会員制による地域の共有地」を意味するもの

→ 概念の変化

- ・「地域の資源(ひと・もの・かね)を活かし、持続可能な、新しい公共と地域経営の在り方を目指して地域の関係者が共に取り組む場」

社会医療法人社団 陽正会の試み



これからの医療と介護の事業者は、地域包括ケアを進める上で、場と機会を提供する関心縁の中心になっていかなければならないのだろうと思う。自治体レベルで規範的統合など、様々な話をして、実際には主体となっている事業者が動いてくれないとまうまい。

地域包括ケアは基本的にはネットワークである。ネットワークは主体的に動く人たちが、主体的につながっていくという仕組みである。主体的に事業を行う事業者をどのように育てていくかが、地域包括ケアで一番重要になってくると思う。

私は、フォーマルセクターにおけるインフォーマルサービスがカギになるだろうと考えている。

医療・介護事業者の新たな役割

- ・「場」と「機会」の提供→「関心縁」の中心
 - フォーマルセクターによる「インフォーマルサービス」提供の重要性
 - 住民教育の場として
 - 職員のキャリア形成の場として
 - 「市民」という意識→社会貢献
 - 施設の「社会化」の必要性

医療・介護施設は今後「 commons」としての機能が求められるのではないか？
生活支援の拠点としての役割

●同居者の介護力別にみた死亡ハザード

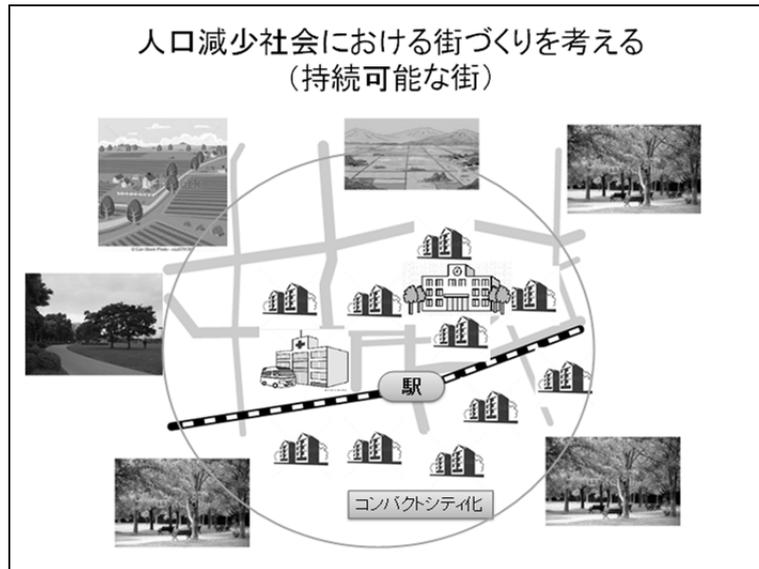
これは、同居者の介護力別にみた死亡ハザードだが、男性で軽度・中等度の移動障害がある場合では、同居者に十分な介護力がある状態と比較すると、独居で家族や友人からの支援がない人は 15 倍も死にやすい。男性の独居は死にやすいというデータだ。ところが、独居だとしても、家族や友人の支援がある場合は 2 倍と低くなる。

要するに、安心できる地域力をつけることが重要だということである。地域の安心力は何かということ、ベースになるのは医療・介護サービスが提供されるか、周辺にどのくらいのインフォーマルサービスがあるのかということである。これらをどのようにつくっていくかがポイントになるだろう。

同居者の介護力別に見た死亡ハザード
(男性、軽度・中等度の移動障害がある場合)

	HR	95% CI	p
同居者に十分な介護力がある	Reference		
同居者が虚弱などで介護力が不十分	2.6	1.1 6.5	0.04
同居者が仕事などで介護力が不十分	2.1	0.6 6.9	0.24
同居者が介護保険を利用している(老老介護)	4.3	1.5 12	0.01
独居で家族・友人からの支援あり	2.2	0.6 7.9	0.23
独居で家族友人からの支援なし	15.3	1.8 132	0.01

老老介護、家族友人からの支援がないと死にやすい



●人口減少社会における街づくり

とにかく、街づくりを間違えないでいただきたい。

ある地域は、駅の周りはシャッター街が広がっているのに、郊外に無計画な宅地開発をしている。周辺の小学校は数年前まで国内でも大きな小学校だったが、今は1学年2クラスを維持するのがやっとである。急速な高齢化が進んで、子どもが地域からいなくなっているのである。

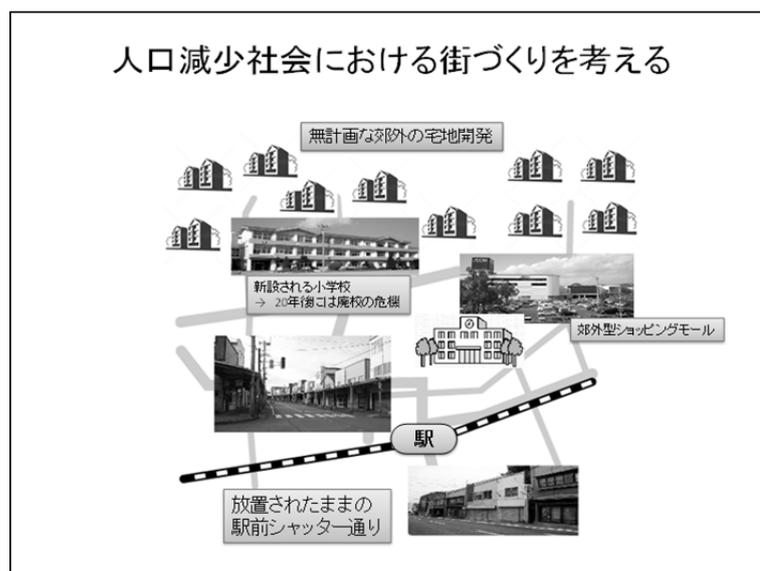
そういった状況であるにもかかわらず、その自治体は隣に宅地を開発して、団地を

つくり、新しい小学校をつくらうとしている。このような無謀なことではなく、これからは駅の周辺に人を集めるということを考えていかなければ、特に地方都市はもたないと考えている。

ぜひ、街づくりという概念で地域包括ケアをみていただきたい。

●まとめ

これからの進展によって新しい地域包括ケアの提供体制が求められるため、医療度の高い高齢者の看護・介護を一体的にどのように提供するのか、きっとこれが地域



包括ケアになってくる。

地域包括ケアの多様化をいかに計画するか、住まいをどう保障するのかということが大切である。そういう意味では社会システムとしての「コモンズ」をどのように医療施設や介護施設が主体となつてつくっていきけるのか。こういった点がカギになってくるだろうと思っている。

しかし、こういう世の中で、新しい箱物を自前でつくるという発想はやめたほうが良い。今あるものをどのように使っていくかを考えたほうが良いだろうと思う。そういったことを参考に地域包括ケアを考えていただきたい。

岡山県の場合は、真庭や津山に良い中山間地域があるので、その縦の流れをどうつくっていくかが岡山県全体として重要ではないかと思っている。

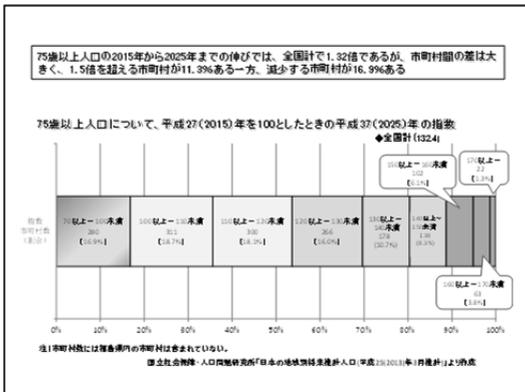
まとめ

- 高齢化の進展により「新しい」地域ケアの提供体制が求められる
 - 医療度の高い高齢者への看護・介護の一体的提供
- 地域包括ケアの実現
 - 多様性をいかに計画するか？
 - 「住まい」の保障→「生活すること」の保障
 - 高齢者がアクティブで居続けることができる仕組みの工夫
- 社会システムとしての「コモンズ」の重要性
 - フォーマルセクターによる「インフォーマルサービス」



全国の自治体の中で、2015年から2025年の10年間で、75歳以上の後期高齢者数が減る自治体は17%、あまり増えない自治体と減る自治体をあわせると、全体の3分の1を超える。かなり高齢化に振り切っているというところがあるということだ。

今はパラダイムシフトの時期であり、これからは入院も在宅医療も、状態像に応じた評価体系に変化していくことになる。

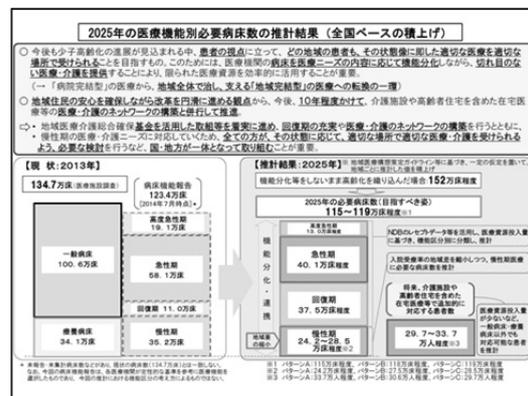
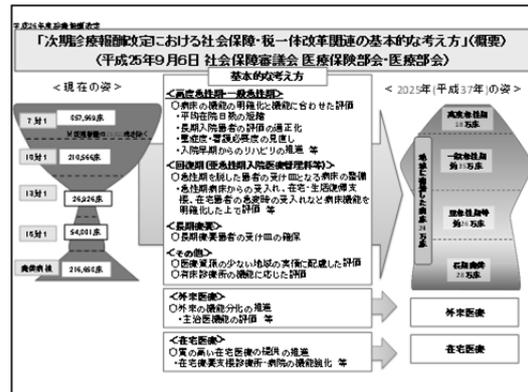


●医療機能別必要病床数の推計

先ほどもお話があったが、医療機能別必要病床数の推計では33万という数が、在宅医療と介護も含めた数として示されている。これについては、市町村などのもっと小さなエリアで見えなければ、ミスマッチが生じやすい。

毎年1万5千床のベッドが減っており、必要病床数は収れんするが、この4つのフェーズに落とし込んでいくことは診療報酬が誘導するが、医療機関からみるとそれ

ぞれのハードルが高い状況になっていく。



毎年のように病院施設は減ってきている。療養病床が88%、一般病床で73%という、地域医療構想の設定している稼働率をすでに下回っている状況で、今後どう考えていくかということになる。

施設の種別別にみた施設数

(各年9月末日)

施設種別	施設数							
	平成2年('90)	3年('93)	5年('96)	11年('02)	14年('05)	17年('08)	20年('11)	22年('14)
総数	143,164	149,878	156,756	163,230	169,079	173,200	178,449	178,091
病床	10,098	9,544	9,490	9,265	9,167	9,025	8,795	8,670
一般病床	9,022	8,767	8,421	8,222	8,116	7,932	7,715	7,587
療養病床(再掲)		41	494	2,227	3,723	4,374	4,075	3,084
療養病床を有する診療所	80,852	84,126	87,909	91,500	94,819	97,442	99,578	99,831
病床	23,969	22,363	20,432	18,467	16,178	13,477	11,738	10,820
療養病床を有する診療所				1,795	2,675	2,544	1,734	1,485
算定	57,263	61,745	67,437	73,013	78,941	83,965	87,840	88,211

医療施設動態調査(平成27年8月末概数)

施設種別	施設数	病床数
総数	178,146	1,673,866
病院	8,479	1,565,857
精神科病院	1,064	336,485
		感染症病床 1,810
結核療養所	-	結核病床 5,514
一般病院	7,415	療養病床 328,193
療養病床を有する病院(再掲)	3,843	一般病床 893,855
地域医療支援病院(再掲)	499	
一般診療所	100,950	一般診療所 107,929
有床	7,990	
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1,063	療養病床(再掲) 10,679
無床	92,960	
歯科診療所	68,717	歯科診療所 80

病院報告(平成27年7月分概数)

<月末病床利用率>		<平均在院日数>	
病院	病床利用率(%)	病院	平均在院日数(日)
総数	79.5	総数	29.2
精神病床	86.7	精神病床	26.7
結核病床	37.0	結核病床	68.2
療養病床	88.6	療養病床	159.9
一般病床	73.8	一般病床	15.9
介護療養病床	92.0	介護療養病床	318.2
診療所		診療所	
療養病床	60.5	療養病床	102.3
介護療養病床	74.3	介護療養病床	99.4

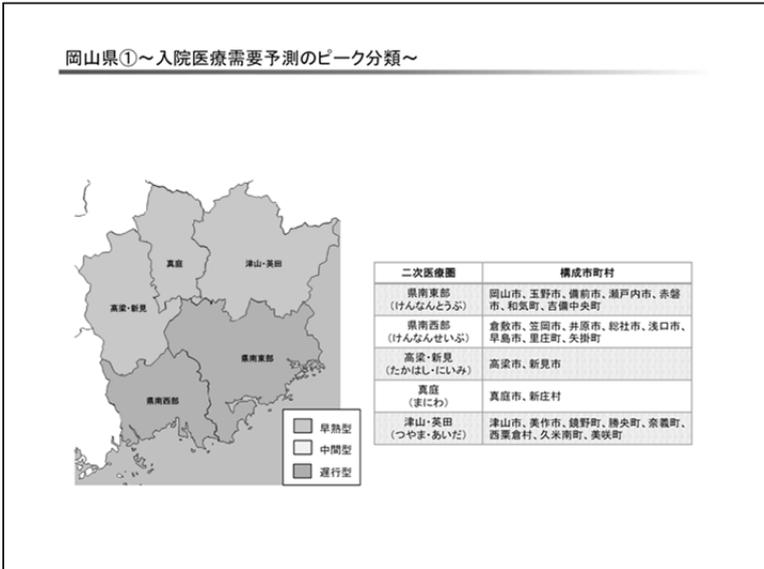
注: 1 平均在院日数 = $\frac{\text{月末病床数} \times \text{平均在院日数}}{\text{月末病床数}}$
2 病院の総数には感染症病床を含む

病院報告(平成27年7月分概数)

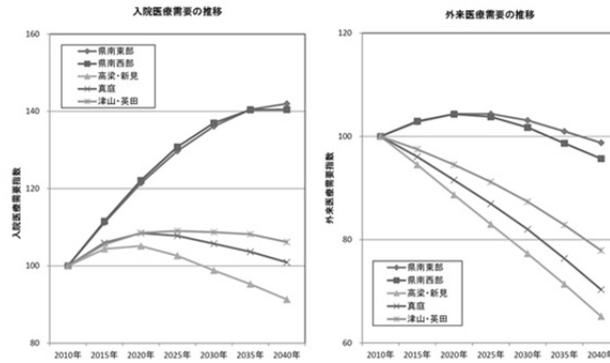
施設種別	旧平均患者数(人)
病院	
在院患者数	
総数	1,253,222
精神病床	292,420
結核病床	2,073
療養病床	291,510
一般病床	667,161
介護療養病床	53,674
外来患者数	1,410,288
診療所	
在院患者数	
療養病床	6,537
介護療養病床	2,512

注: 病院の総数には感染症病床を含む

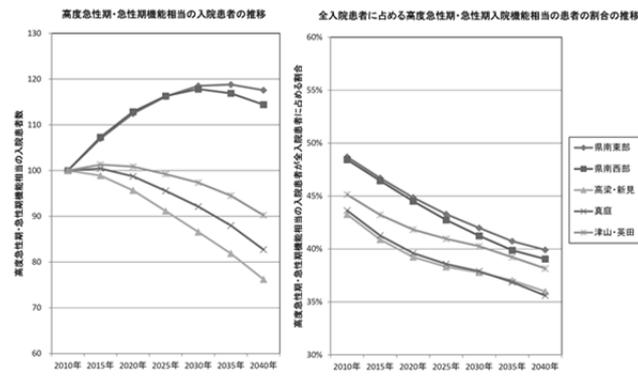
特に県南東部・県南西部とその他の高梁・新見、真庭、津山・英田で、二極化している状況がある。高度急性期・急性期の入院患者も県南の東部や西部は 2030 年まで増え、75 歳以上の入院医療需要指数も増えていくことがわかっている。この方々は多くが認知症をもっていたり、誤嚥性肺炎を合併しており、地域包括ケア病床も含めて支えていけるのかどうか、ということについて様々な方法論が必要となる。



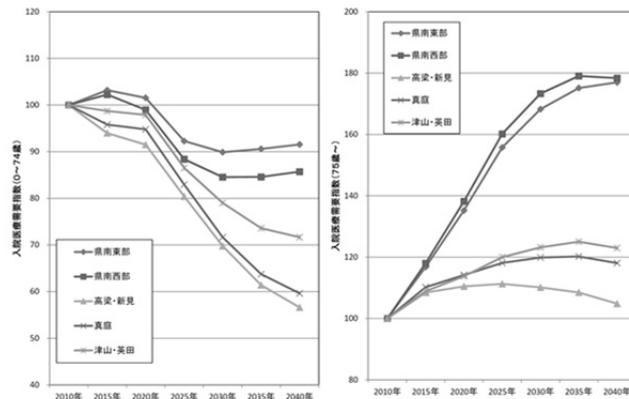
岡山県②～入院・外来医療需要の推移～



岡山県③～機能別病床数の推計(平均在院日数に基づく推計)～



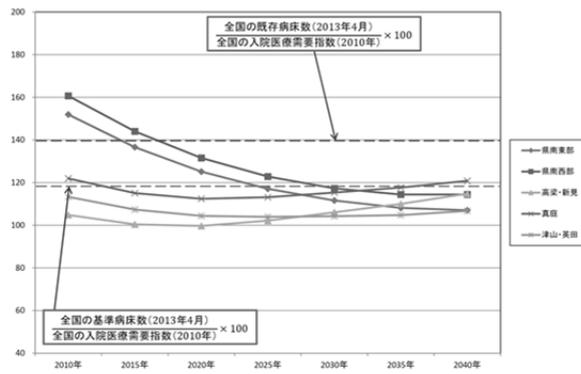
岡山県④～年齢階級別の入院医療需要の推計～



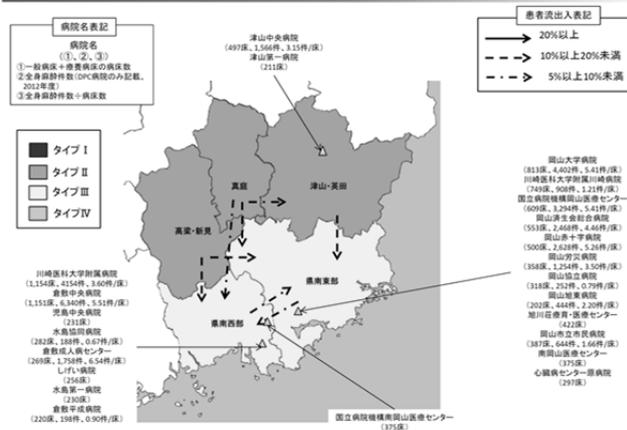
岡山県⑤～地域ごとの医療需要当たり病床数～

二次医療圏名	2010年の人口(千人)	入院医療需要指数(2010年)	基準病床数	既存病床数	基準病床数/入院医療需要指数(2010年) × 100	既存病床数/入院医療需要指数(2010年) × 100	現状の提供体制分類
県南東部	922	6,604	9,790	10,034	148	152	A
県南西部	714	5,299	8,043	8,514	152	161	A
高梁・新見	69	763	666	800	87	105	B
真庭	50	534	628	651	118	122	A
津山・英田	191	1,758	2,045	1,992	116	113	B
全国平均					119	140	
最低値(離島地域を除く)					-	64	

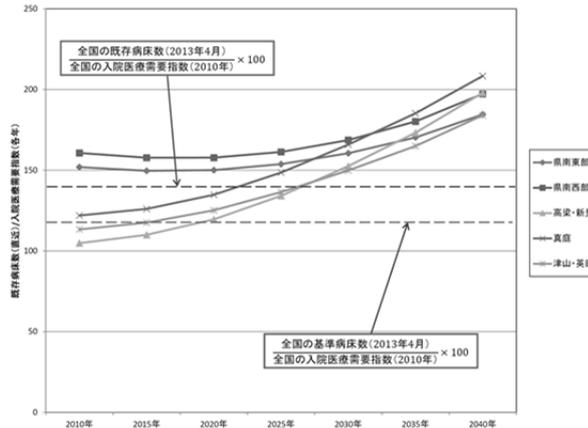
岡山県⑥～医療提供体制の現状と医療需要の将来推計を踏まえた分析～



岡山県⑦～病院の配置と入院患者の受療動向～



岡山県⑧～入院受療率の低減と医療提供体制の分析～



岡山県における提言案

<構想区域の設定>

・高梁・新見、真庭は200床を有する病院がないことから、近隣の二次医療圏と連携していくことを検討。

<医療提供体制の検討>

・県南東部、県南西部は、保健事業等の入院受療率の低減につながる取組を進めることにより、目標とする病床水準の確保を検討。また、高度急性期・急性期機能相当の入院患者が2030年代以降減少していくことから、その時点に向けて高度急性期・急性期病床を回復期・慢性期病床に転換を検討。

・津山・英田、高梁・新見、真庭は、高度急性期・急性期機能相当の入院患者が減少していくことから、高度急性期・急性期病床の回復期・慢性期病床への転換を検討。また、外来医療需要は既に減少に転じていることから、外来の医療資源を在宅医療に活用を検討。

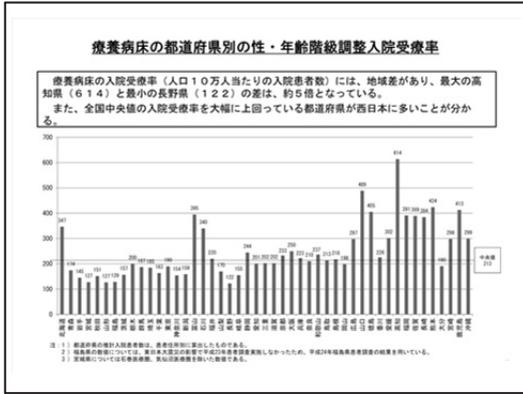
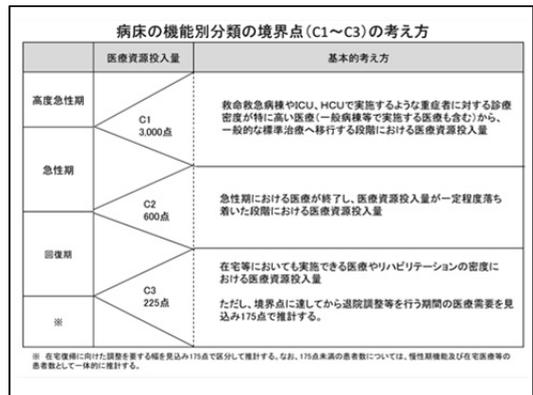
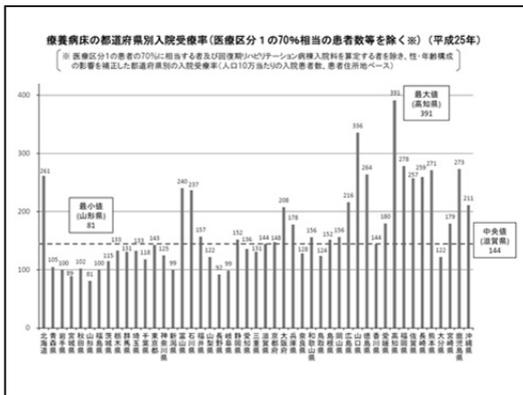
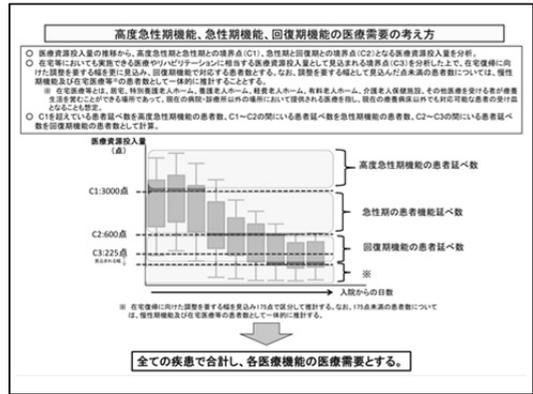
●慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計

慢性期と在宅医療の推計を、地域差の解消だけに着目して考えるのは疑問が残る。

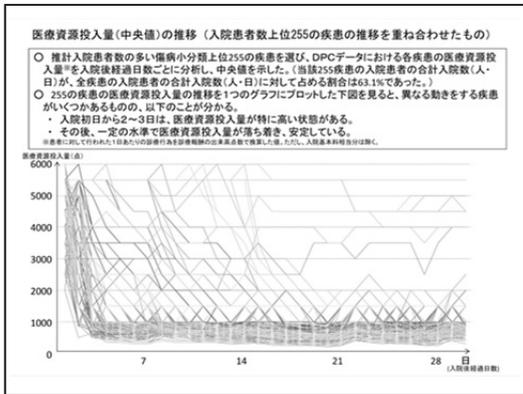
また、どのような疾患だとしても、数日で医療資源投入量は減っていく。投入量の高い部分だけを扱う病棟というものはないため、明確な区分は難しい。

4つの医療機能

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 <small>※高度急性期機能に該当すると考えられる病種の例 救命救急科、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合高度期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</small>
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能



マスコミが大騒ぎした当初の新聞報道で、岡山県は約 6,000 のベッドを減らさないとならないと報じられた。つい先般は、4,000 程度と報じられたが、現在の病床稼働数と 2025 年の必要病床数は同程度であり、これからの問題は機能分化だと考えている。



2015年6月16日(火) 読売新聞

在宅患者30万人増

政府推計 10年後病床1割減で

現状の病床数(2013年) 2万6100
 2025年推計での増減※ -5900

岡山県名

2015年9月26日(土)
山陽新聞

25年の必要病床4000減
高齢者増も在宅医療推進
県が見過ごし、医療機関の削減を促す

【山陽新聞記者の取材】

岡山県は25年までに必要病床数を4000床削減する計画を掲げ、医療機関の削減を促している。しかし、高齢者の増加や在宅医療の推進など、医療ニーズが変化しているにもかかわらず、県は見過ごし、削減を進めている。医療関係者は、削減は現実的でないとして懸念を示している。

岡山県は、25年までに必要病床数を4000床削減する計画を掲げ、医療機関の削減を促している。しかし、高齢者の増加や在宅医療の推進など、医療ニーズが変化しているにもかかわらず、県は見過ごし、削減を進めている。医療関係者は、削減は現実的でないとして懸念を示している。

岡山県は、25年までに必要病床数を4000床削減する計画を掲げ、医療機関の削減を促している。しかし、高齢者の増加や在宅医療の推進など、医療ニーズが変化しているにもかかわらず、県は見過ごし、削減を進めている。医療関係者は、削減は現実的でないとして懸念を示している。

構想区域別病床数の現況及び推計の比較

(単位:床)

構想区域	区分	平成27年4月1日現在の病床数 [病床機能報告(調整後)]			必要病床数 [地域医療構想策定支援ツールから]			②-①	②/①
		病院	診療所	合計	H25(2013)	H37(2025)	H52(2040)		
		①			②			③	
県南東部	高度急性期	2,385		2,385	1,125	1,187	1,146	▲1,198	49.8%
	急性期	4,168	556	4,724	2,968	3,335	3,318	▲1,389	70.6%
	回復期	1,006	123	1,129	2,500	2,927	2,969	1,798	259.3%
	慢性期	2,365	290	2,655	2,163	2,029	2,052	▲626	76.4%
	無回答	258	230	488				▲488	
	計	10,182	1,199	11,381	8,756	9,478	9,485	▲1,903	83.3%
県南西部	高度急性期	2,007	17	2,024	863	888	830	▲1,136	43.9%
	急性期	2,839	385	3,224	2,380	2,722	2,644	▲502	84.4%
	回復期	977	100	1,077	2,289	2,761	2,742	1,684	256.4%
	慢性期	2,171	133	2,304	2,061	1,866	1,876	▲438	81.0%
	無回答	314	156	470				▲470	
	計	8,308	791	9,099	7,593	8,237	8,092	▲862	90.5%
高梁・新見	高度急性期				18	17	15	17	#DIV/0!
	急性期	348	29	377	130	123	113	▲254	32.6%
	回復期	113		113	143	134	122	21	118.6%
	慢性期	322		322	279	192	178	▲130	59.6%
	無回答		34	34				▲34	
	計	783	63	846	570	466	428	▲380	55.1%

構想区域別病床数の現況及び推計の比較

(単位:床)

構想区域	区分	平成27年4月1日現在の病床数 [病床機能報告(調整後)]			必要病床数 [地域医療構想策定支援ツールから]			②-①	②/①
		病院	診療所	合計	H25(2013)	H37(2025)	H52(2040)		
		①			②			③	
真庭	高度急性期				26	25	22	25	#DIV/0!
	急性期	367	56	423	163	157	144	▲266	37.1%
	回復期	55		55	180	175	160	120	318.2%
	慢性期	175		175	155	106	100	▲69	60.6%
	無回答		19	19				▲19	
	計	597	75	672	524	463	426	▲209	68.9%
津山・英田	高度急性期	452		452	137	132	118	▲320	29.2%
	急性期	522	156	678	514	501	460	▲177	73.9%
	回復期	232		232	487	483	452	251	208.2%
	慢性期	677	100	777	605	414	411	▲363	53.3%
	無回答		83	83				▲83	
	計	1,883	339	2,222	1,743	1,530	1,441	▲692	68.9%
小計	高度急性期	4,844	17	4,861	2,169	2,249	2,131	▲2,612	46.3%
	急性期	8,244	1,182	9,426	6,155	6,838	6,679	▲2,588	72.5%
	回復期	2,383	223	2,606	5,599	6,480	6,445	3,874	248.7%
	慢性期	5,710	523	6,233	5,263	4,607	4,617	▲1,626	73.9%
	無回答	572	522	1,094				▲1,094	
	計	21,753	2,467	24,220	19,186	20,174	19,872	▲4,046	83.3%

構想区域別病床数の現況及び推計の比較

(単位:床)

構想区域	区分	平成27年4月1日現在の病床数 〔病床機能報告(調整後)〕			必要病床数 〔地域医療構想策定支援ツールから〕			②-①	②/①
		病院	診療所	合計	H25(2013)	H37(2025)	H52(2040)		
県南東部	ハンセン病療養所の病床	1,325		1,325					
合計		23,078	2,467	25,545	19,186	20,174	19,872		

※1 平成27年4月1日現在の病床数は、許可病床数の数値に合わせるため、平成26年7月1日現在の病床機能報告の数値をもとに、県において調整した数値である。

※2 H25(2013)、H37(2025)及びH52(2040)の数値は、厚生労働省配付の地域医療構想策定支援ツールの医療機関所在地別、特例による数値である。

※3 ハンセン病療養所の病床は、医療保険適用分以外は推計の対象外とされている。

●地域医療構想について

何度も言っているが、地域医療構想は病床削減ではない。今までにない地域医療介護のマーケティングという視点が、これからの医療経営者には求められる。また、これは2025年に向けたビジョンのため、その期間をかけてきちんと取り組んでいく必要がある。必要病床数の推計は、医療機関の共倒れを防ぐための救済データであると考えている。

地域医療構想をどう捉える？

- 人口減少時代に初めて直面する医療経営
- 不可欠となる地域医療介護マーケティングの視点
- 地域を見据えた真の医療連携体制の構築
- 地域包括ケア推進の動力
- きっちり10年間かけて着実に取り組むべき課題
- 必要病床数の推計は共倒れを防ぐ「救済データ」
- 診療報酬改定による医療機能分化の誘導

地域によっては、必要病床数を割り込むのではないかとすることは、松田先生からもお話があった。慢性期の必要病床数は、在宅療養や介護施設を含めて、慎重に配慮していく必要があるということだ。

地域医療構想会議は、定期開催は年に1

～2回、さらに随時開催される会議もあり、医療機関の経営者が参加するイメージである。その会議では、例えば、急性期から回復期にしたらどうかということ合意形成を図っていく。民間の医療機関であっても、合意しない場合には、勧告や命令もあり得る。

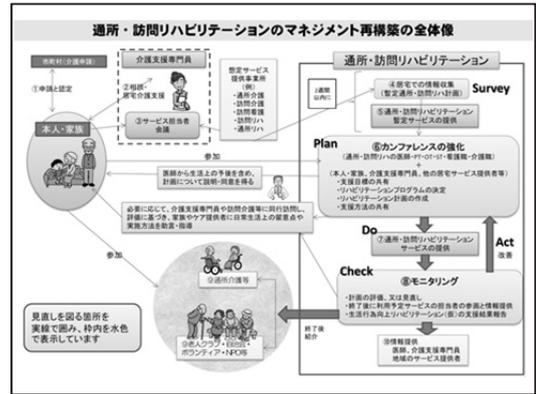
地域医療構想について

- 昨年と今年の病床機能報告制度の意味
- 4つの機能の明確な区分は現実的か
- 病床削減ではなく必要病床数
- 必要病床数を割り込む可能性
- 慢性期の必要病床数は地域特性に配慮すべき
- 地域医療構想会議
→定期開催と随時開催、合意、公的以外にも勧告・命令

この地域医療構想には、地域医療介護構想の視点が重要であり、特に慢性期については医療区分1の7割が在宅に移行できる地域ばかりではないはずだ。

特に、リハビリテーションが一番の目玉で、素晴らしい改定だったと評価している。心身機能から活動と参加にバランス良くリハビリを提供する、また、生活期リハビリテーションは3か月で目処をたてる、卒業と回転率という視点が入った。さらに、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）それぞれの専門性を発揮し、生活期リハビリテーションの推進を図るというものだ。

また、異なる事業所や介護支援専門員のほか、本人、家族も参加したカンファレンスを評価した改定となっている。医師による説明と同意に始まり、SPDCA(Survey/Plan/Do/Check/Action) というリハビリテーションマネジメントの強化や、ICFの概念に準拠し、社会参加としてカラオケや外出などの利用者ニーズに合わせたリハビリテーションが制度上に位置づけられた大きな改定だったといえる。

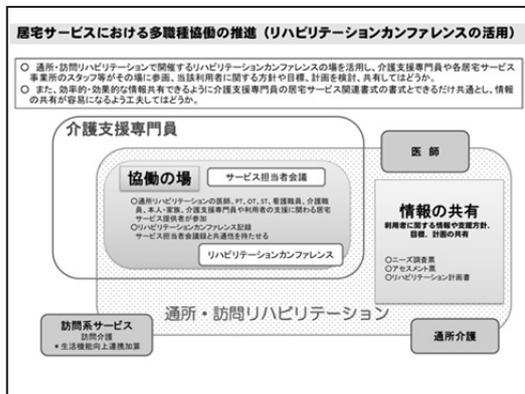
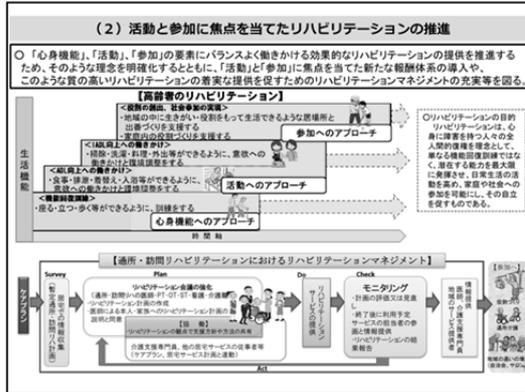


〈参考〉訪問・通所リハビリテーションの新たな様式(案)

様式A 利用者のニーズ把握票 (※新規の様式)

項目	必要		不要	
	必要	不要	必要	不要
生活期				
心身機能				
活動				
参加				
社会参加				
生活期				
心身機能				
活動				
参加				
社会参加				

※平成20年度老人保健医療連携推進事業より介護予防・日常生活総合事業がイテラインより移行



介護支援専門員は、医療職が少ないので、もう少しリハビリテーションに対する理解を求めていく必要があるかと思うが、このような改定で良い波及効果があるのではないかと期待している。もちろん、本人や家族にも、社会参加がリハビリテーションという認識を与えるポジティブな効果があると思っている。

- 今後のリハビリテーションについて
- POSらしく
 - 生活行為向上：活動と参加に力点を置き、社会参加はデイケアの修了形
 - 「座位保持」が目的ではなく「座って何をするか」が重要
 - リハ会議による国民、CM、全職種等への波及効果へ期待
 - CMから理解を得られる通所リハへ
 - 「性善説」に基づく改定
 - 状況・状態に応じて自由度の高いリハ設定
 - 医師の従事状況にも配慮
 - ボールは現場に投げられ現場がどう応えるか

尊厳ある自立した生活を送る真のアウトカムや本物のアクティビティを実践するこれからのデイケア、地域を支える地域包

括ケアステーションという考え方もある中で、リハビリの視点を在宅医療介護などにおいても考えていく必要があるだろう。

在宅医療の現場では、家族の理解不足等もあり、廃用症候群などが進行している現状がある。こういったニーズのある方をどのように支えていくのかということも重要である。

地域包括ケアとリハビリテーション

- 真のアウトカムへ向けて
 - 在宅復帰率や回転率等をアウトカム指標として設定
 - 「活動や参加を通じて尊厳ある自立した生活を送ること」が真のアウトカム
- これからのデイケア
 - 本物のアクティビティ、利用者が食事を作る
 - 医療ニーズや看取りに対する役割
 - インフォーマル化(地域支援事業)、ボランティアの参加
- 地域包括ケアステーション創設へ
 - 協働の場、地域の視点重要、事業所単位から地域単位へ

通所リハビリテーションでの介護度別医療処置の実施状況

○ 要介護3の者においても、重度療養管理加算の算定要件となる医療処置(経管栄養、喀痰吸引、スターマック、褥瘡処置等)の実施を要する利用者が存在する。

要介護	経管栄養	透析	人工呼吸器	気管切開	喀痰吸引	スターマック	モニター測定	褥瘡ケア	膀胱カテーテル
1	0%	0.5%	0%	0%	0%	0.4%	5.6%	0.2%	0.2%
2	0%	0.9%	0%	0.4%	0.2%	0.9%	4.9%	0.9%	1.1%
3	0%	0.7%	0%	0%	0.3%	1.3%	6.6%	3.6%	0.3%
4	0.6%	4.5%	0%	0%	0.6%	0.6%	8.4%	4.5%	5.8%
5	10.7%	0%	0%	3.6%	7.1%	0%	5.4%	8.8%	7.1%

出典:平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究(11)生活圏リハビリテーションに関する実態調査報告書

●胃ろうの是非

胃ろうについては、様々な議論がなされてきた。現実的に何が起きているかというと、本人や家族が胃ろうを希望する数が以前より減った。その結果、尊厳死を選ぶのではなく、経鼻経管栄養が増えている。

また、胃ろうが広まった10数年のうちに、経鼻経管栄養に対応できる介護施設が激減した。その結果、経鼻経管栄養であるがゆえに、退院できないという患者が増え続けている。

本来、腸が動くのであれば、腸から栄養を摂るのが理にかなっている。腸を使わな

いと、腸粘膜から細菌侵入が容易になり、敗血症になることもあるため、これからの検討課題の1つだと考えている。

胃瘻の是非

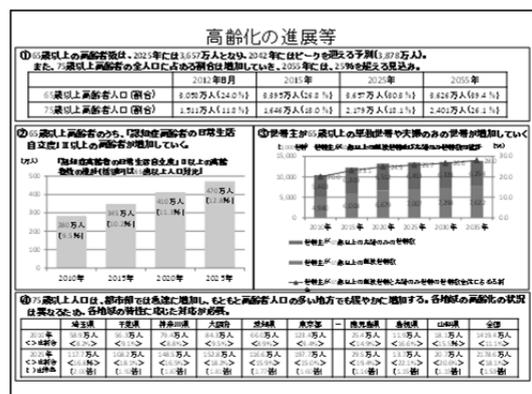
- 従前から胃瘻の是非に関するディベート的議論がたびたび展開
- 2014年診療報酬改定では、胃瘻の新規造設抑制、抜去推進の誘導
- 胃瘻を望まない患者や家族が増加
- 長期の経鼻経管栄養が増加→患者ストレスや事故リスクの問題
- 尊厳死に対する国民的意識や法整備の課題も
- 「無駄な胃瘻」の定義は？

●認知症施策の推進

認知症においては、2010年は全体の半数になる140万人が在宅という状況である。行方不明者が1年で1万人など、認知症の方の事故等が、毎日のように報道されている。

倉敷市には、認知症サポート医が11名おり、私を含めて4名が参加しているため、全4チームで開始する。一人開業医の医師や大学の忙しい医師は認知症サポート医を取得しても、なかなか地域に出られないので、その点に関する配慮をどうするかということが課題となっている。

認知症サポーターについては、登録制ではないため、数は増えているものの、実際にボランティア等をお願いしたいときに、声かけができないのが問題だと思っている。



【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合: 19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合: 20.6%。
- ※ 久山町研究のデータを作成する際、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがあった。本推計では2012年までの認知症有病率の傾向を踏襲している。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「将来における認知症の高齢者人口の推定に関する研究」平成26年度厚生労働省高齢学術研究推進基金特別研究費 九州大学 工学部 工学系 工学系

年齢	2012年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
65歳以上の高齢者人口(推定)	462万人	517万人	602万人	675万人	744万人	802万人	797万人
65歳以上の高齢者人口の認知症有病率(推定)	15.0%	15.7%	17.2%	19.0%	20.8%	21.4%	21.8%
65歳以上の高齢者人口の認知症有病者数(推定)	325万人	355万人	431万人	530万人	630万人	685万人	706万人
65歳以上の高齢者人口の認知症有病率(推定)	15.0%	16.9%	18.9%	20.6%	23.2%	25.4%	28.9%

7つの視点からの取組

- 1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 2 早期診断・早期対応
- 3 地域での生活を支える医療サービスの構築
- 4 地域での生活を支える介護サービスの構築
- 5 地域での日常生活・家族の支援の強化
- 6 若年性認知症施策の強化
- 7 医療・介護サービスを担う人材の育成

認知症高齢者の現状

- 認知症高齢者の増加
→2025年に高齢者の約5人に1人と推計
- 行方不明者は1年で1万人
- 高速道路等の逆走による正面衝突・死亡事故が連日のように報道
- 75歳以上の高齢者の自動車免許の更新には認知機能検査が必要

新オレンジプランでも、地域づくりについてうたわれている。とにかく、認知症の人だけでなく、高齢者にやさしい地域をつかっていこうということだ。

**オレンジプラン
(認知症施策5か年計画)の概要**

認知症施策の推進

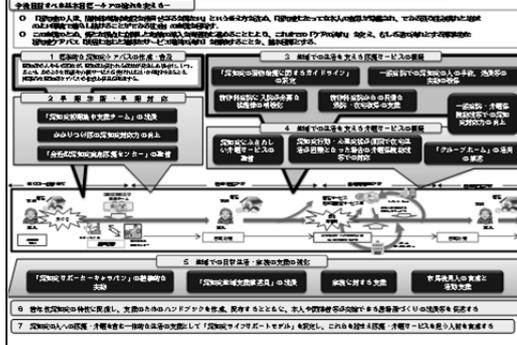
- 「認知症の人は、病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を脱却。「認知症になっても本人の暮らしが尊重され、できる限り住み慣れた地域での生活を継続することができるとする社会の実現を目指す」。
- この実現のため、新たな視点に立った施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの網」を密にし、むしろ認知症とされる基準以上の認知症ケアを(状態に応じた適切なサービス)提供できるよう推進すること。基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づけする「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年厚生労働省公表)の概要

【基本となる考え方】
「認知症になっても本人の暮らしが尊重され、できる限り住み慣れた地域での生活を継続することができるとする社会の実現を目指す」。

施策	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
認知症初期集中支援チームの設置	100チーム	200チーム	300チーム	400チーム	500チーム	600チーム	700チーム
認知症地域支援推進員の設置	100人	200人	300人	400人	500人	600人	700人
認知症初期集中支援チームの設置	100チーム	200チーム	300チーム	400チーム	500チーム	600チーム	700チーム
認知症地域支援推進員の設置	100人	200人	300人	400人	500人	600人	700人
認知症初期集中支援チームの設置	100チーム	200チーム	300チーム	400チーム	500チーム	600チーム	700チーム
認知症地域支援推進員の設置	100人	200人	300人	400人	500人	600人	700人

『今後の認知症施策の方向性について』の概要



認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

- 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供
 - (3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症初期集中支援チームの設置>
- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進
 - このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】
-
- 【事業名】 認知症初期集中支援推進事業
【実施と目標値】 2014(平成26)年度見込み 41市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

(2) 認知症サポーターの養成と活動の推進

- 地域や職場で認知症サポーターの養成を進めるとともに、活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりに加勢するために様々な場面で活躍してもらえるようにする。【厚生労働省】

(認知症サポーター)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

○キャラバン隊員養成講座

実施主体 都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的 地域、職場における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン隊員」を養成

内容 認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の開催方法、対象者の企画手直し、カリキュラム等グループワークで学ぶ。



○認知症サポーター養成講座

実施主体 都道府県、市町村、職域団体等

対象者 自治会、老人クラブ、消費者委員、家族会、防犯・防犯組織等(職域)企業、旅行等企画組織、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等(学校)小・中・高等学校、教職員、PTA等



【実績と目標値】

サポーター人数: 2014(平成26)年9月末実績 545万人 ⇒ 2017(平成29)年度末 800万人

※ さらに、平成27年度にサポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する手法の見本を検討するとともに、平成28年度以降、地域や職場の実情に応じた取組を推進

II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

- 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供
- 発症予防 発症初期 急性増悪時 中期 人生の最終段階
- 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- 認知症疾患医療センター等の整備
- 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン: 60,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

最近の認知症関連施策について

- 2012年「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」策定

↓

- 2014年11月6日 認知症サミット日本後継イベント開催

安倍晋三総理大臣開会式挨拶

「新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします」

塩崎恭久厚生労働大臣開会式挨拶⇒3項目の基本的考え方を示す

↓

- 2015年1月27日「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」策定公表

④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
- 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 看護職員の認知症対応力向上 ・認知症リハビリテーションの推進

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- 介護サービス基盤の整備
- 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- 認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- 医療・介護関係者等の間の情報共有の推進

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の基本的考え方

- ①早期診断・早期対応できる体制の構築や、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態の進行に応じて切れ目なくサービスを提供できる循環型のシステムを構築すること。
- ②認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること。
- ③認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること。

新 V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

① 生活の支援(ソフト面)

- 家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- 高齢者サロン等の設置の推進
- 高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
- 新しい介護食品(スマイルケア食)を高齢者が手軽に活用できる環境整備

③ 就労・社会参加支援

- 就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
- 若年性認知症の人が通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援(障害福祉サービス)

② 生活しやすい環境(ハード面)の整備

- 多様な高齢者向け住まいの確保
- 高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地への併設の促進
- バリアフリー化の推進
- 高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実

④ 安全確保

- 独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含めた地域での見守り体制の整備
- 高齢歩行者や運転能力の評価に応じた高齢運転者の交通安全の確保
- 詐欺などの消費者被害の防止
- 成年後見制度(特に市民後見人)や法テラスの活用促進
- 高齢者の虐待防止

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 資料1

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加。2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ (推) 2025(平成37)年約700万人(約5人に1人)
- 認知症の人を単に支えられ側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともに暮らし(生きていく)ことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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。

- 厚生労働省が関係府省庁(内閣府、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- 新プランの対象期間は出生世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせ2017(平成29)年度末等
- 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- 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

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

4 認知症の人の介護者への支援

<認知症の人の介護者の負担軽減><介護者たる家族等への支援>

- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進
- また、家族向けの認知症介護教室等の取組について、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。【厚生労働省】



認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

【事業名】認知症地域支援・ケア向上推進事業

【目標値】2013(平成25)年度 国の財政支援を開始⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施

ある。

特に、自助、セルフケアでは、将来的には小・中学校の教育に講義をいれることや、健康な中高年に要介護にならないようなレクチャーも必要だろう。

また、互助については、NPO 法人、ボランティア団体等の支援がなければ、共助である医療保険や介護保険だけでは支えきれないという点から、この互助の活用が必須となっている。

高齢者の社会参加としては、定年した元気な高齢者にも参加して頂きたい。地域の住民の参加により生活支援・介護予防サービスは、地域支援事業に移行してきている。

地域包括ケア推進のキーワード

- 規範的統合
- 自助・互助
- まちづくり
- 地域包括ケアステーション
- 24時間365日多職種協働

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

自助・互助・共助・公助

自助・互助・共助・公助

自助・互助・共助・公助

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者にやさしい地域づくりに向け～

5 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり

(1) 生活の支援 <家事支援、配食支援、外出支援、買物弱者への支援>
<地域における交流の場（サロン等）の設置>

(4) 安全確保 <地域での見守り体制の整備>

● 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりに市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化を行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。

【厚生労働省】

地域住民の参加

生活支援・介護予防サービス

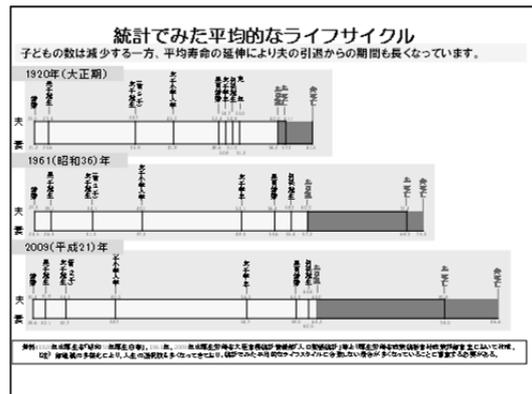
高齢者の社会参加

生活支援の担い手としての社会参加

市町村を核とした支援体制の充実・強化

都道府県等による後方支援体制の充実

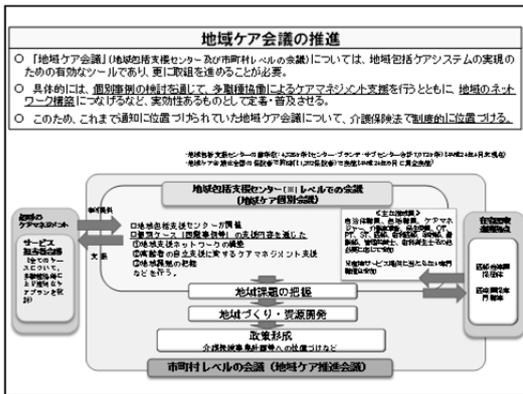
ライフサイクルを統計で見ると、以前とは違い、夫が定年で引退してから死亡するまでに平均 10 数年あるということだ。ここで家庭内の粗大ごみになるのではなく、社会参加やボランティアをして頂けるとありがたい。また、特に独居の女性高齢者への対応が大きなニーズである。



倉敷市の地域包括ケアシステム構築に向けた取組み

倉敷市では今年の 4 月から従来の高齢福祉課、介護保険課などを発展的に解消し、地域包括ケア推進室を立ち上げた。また、3 月には倉敷医師会が地域包括ケアシステム委員会を発足している。

倉敷市は、2007 年から地域ケア会議を 4 地区で同時にスタートしている。現在の推進会議にあたる地域ケア会議はこのようなメンバーで進めているが、将来的には消防や警察、教育委員会、金融機関等にも参加して頂き、共に地域づくりを目指したい。



平成20年1月24日決議

水島地区のスローガン(理念)として

⇒「みんなが支えあって暮らせる
 想いやりあふれる街づくり」

- ### 倉敷も地域包括ケアシステムの構築推進へ
- 倉敷医師会「地域包括ケアシステム委員会」発足 (2015年3月10日)
 - 倉敷市「地域包括ケア推進室」立ち上げ(2015年4月1日)
 - 倉敷市「認知症初期集中支援チーム」キックオフ (2015年5月)
 - 倉敷市の地域ケア会議は2007年から4地区同時スタート
 - 水島地区では2014年に「ほっとオレンジカフェ」オープン

地域の住民ニーズをとり、数年前からは「ポケでもわがまち」をキャッチフレーズとして、認知症の方に寄りそう街づくりをテーマにして活動している。ワークショップの参加者も住民が非常に積極的に取り組んでおり、KJ法を用いたグループワーク等も行いながら、和やかな雰囲気で開催している。ここでの成果物は、市の貴重な宝として、これまでの制作物は全て保存している。その中に、地域課題が見え隠れするということだ。

- ### 倉敷市地域ケア会議(水島地区)委員
- | | |
|-------------|---------------|
| ● 医師会 | ● 水島社会福祉協議会 |
| ● 歯科医師会 | ● 福田高齢者支援センター |
| ● 薬剤師会 | ● 水島保健福祉センター |
| ● 介護支援専門員協会 | ● 福祉課 |
| ● 民生委員 | ● 水島保健推進室 |
| ● 愛育委員 | |
| ● 栄養委員 | |

- ### 地域ケア会議主催の地域住民との集い
- 第1回 2010年度(2010.6) 参加人数47人
「みんなで支えあって暮らせる想いやりあふれる街づくり」
～認知症の方を地域でどう支えていく～
 - 第2回 2011年度(2012.3) 参加人数46人
「いざという時大丈夫？災害から命を守る地域の『絆』」
 - 第3回 2012年度(2013.1) 参加人数48人
講演「住み慣れた地域で住み続けるために」
「私にできること」「地域や団体として支援できること」「超高齢社会に向けて私達の地域はこうあつたらいいなと思うこと」(13年後に向けて)
 - 第4回 2013年度(2014.2) ワークショップ形式 参加人数48人
「ほけても我がまち～認知症になっても暮らし続けられる地域づくり」
講演：尊厳ある暮らしを育む地域へ向けて
 - 第5回 2014年度(2015.2) ワークショップ形式 参加人数48人
「ほけても我がまち～認知症になっても暮らし続けられる地域づくり パート2」
講演：認知症の方に寄り添う地域づくり

初年度に地域ケア会議のスローガンを設定し、進めてきた。配慮したのは、民生委員や愛育委員などのボランティアの歴史を尊重しようということであった。市には地域包括支援センターや地域ケア会議というものを覆いかぶせるのはやめたいただきたいということを常々申し上げてきた。そのかいもあり、摩擦もなく毎年1回、50名程度のワークショップが和気あいあいとできるようになっている。





水島地区地域ケア会議ワークショップ



水島地区地域ケア会議ワークショップ



水島地区地域ケア会議ワークショップ



水島地区地域ケア会議ワークショップ



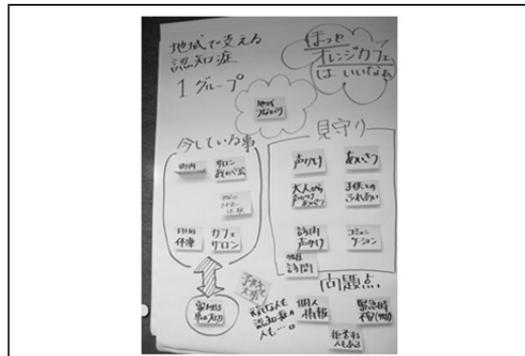
水島地区地域ケア会議ワークショップ



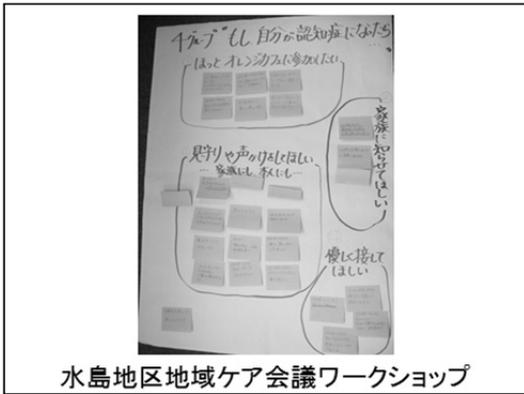
水島地区地域ケア会議ワークショップ



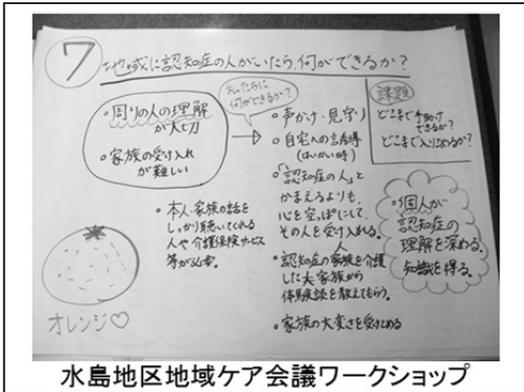
水島地区地域ケア会議ワークショップ



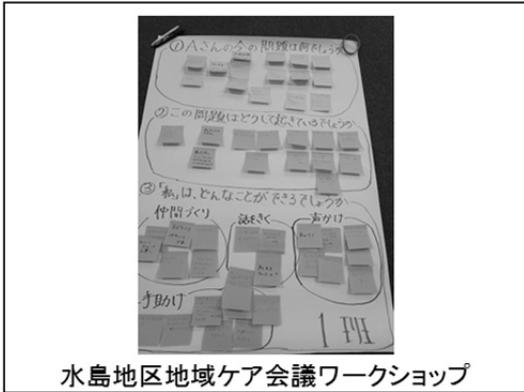
水島地区地域ケア会議ワークショップ



水島地区地域ケア会議ワークショップ



水島地区地域ケア会議ワークショップ



水島地区地域ケア会議ワークショップ

そして、2010年に「ほっとオレンジカフェ」という認知症カフェを立ち上げた。これは、予算ゼロでスタートしたが、有り難いことに、翌年度からは倉敷市の事業計画に取り上げて頂き、予算がつくようになった。3つの地域包括支援センターで月に1～2回程度取り組んでいる。若年性認知症の方が参加したり、こじんまりと家庭的に開いたり、町に出ていたり、さまざまな方法で取り組んでいるところだ。それぞれのセンターで地域の特性にあわせて進

めていることが、非常に良い点だと感じている。民生委員の方々がオレンジカフェの看板をつくって下さるなど、非常に嬉しいこともあった。

今年度は何に取り組むのかは、地域ケア会議で継続して議論をしている。マイスター、レスキューチームの派遣、パンフレット作成などがあがっている。

ほっと オレンジカフェ

みんなで楽しいひとときを過ごしませんか?
お気軽にお立ち寄りください。

◆ ほっとオレンジカフェとは ◆
認知症がある方、あるいはその家族、地域の町、医療や介護の専門職が気軽に集まり交流する場です。詳しくは各センターへお問合わせください。

◆ ◆ ◆ お問合わせ先 ◆ ◆ ◆

- ◎倉敷市水島高齢者支援センター (TEL: 446-6511)
担当小学校区: 第五福田小・第五福田小・水島小
- ◎倉敷市福田高齢者支援センター (TEL: 455-5132)
担当小学校区: 第一福田小・第二福田小・第三福田小
- ◎倉敷市連島高齢者支援センター (TEL: 444-3200)
担当小学校区: 連島東小・旭丘小・連島神島小
連島西小・連島南小・霞丘小

水島地区ほっとオレンジカフェ開催場所

※地図の「★」が、ほっとオレンジカフェの開催場所です。

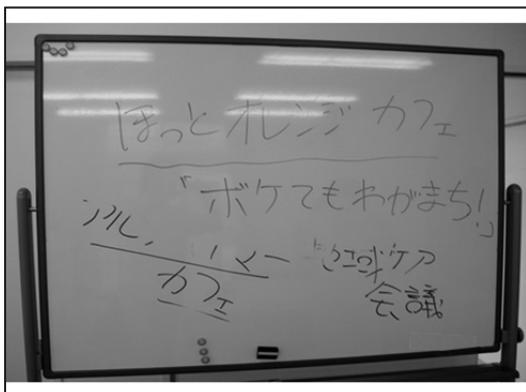
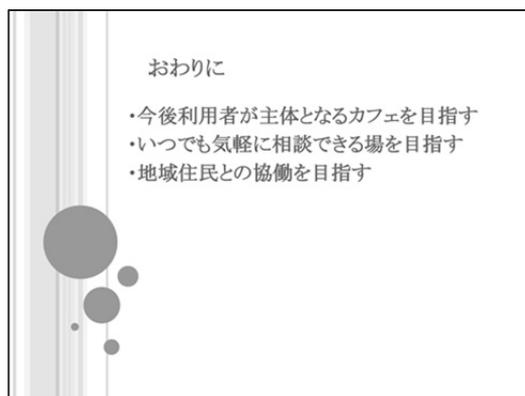
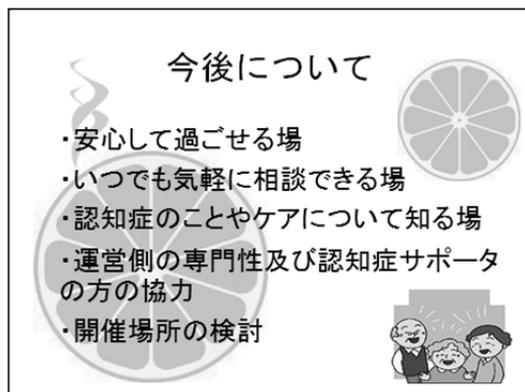
- ★福田高齢者支援センター
和光通数地包括支援センター
毎月第3月曜日 10:30～12:00
- ★連島高齢者支援センター
西浦ふれあい会館
毎月第2金曜日 10:00～11:30
連絡先: 444-3200
倉敷市連島2-3-27 (特別養護老人ホームみどり荘内)
担当小学校区: 連島東、連島西、連島南、連島北、霞丘
- ★水島高齢者支援センター
日テサービスセンター水島
毎月第1本曜日 14:00～15:00
★カフェハウス水島
毎月第3本曜日 14:00～15:00
連絡先: 446-6511 担当小学校区: 水島、第五福田、第五福田
倉敷市水島南町1-3-1 (医療生活協会の建物)

(注) 平成27年8月現在の状況です。
支線の都合により臨時に変更することがありますので、参加される場合は、必ず各高齢者支援センターへお問い合わせください。

水島地区地域ケア会議
ワークショップ

「ボケても我がまち」
認知症になっても暮らし続けられる
地域づくり パート2

平成27年2月6日
水島地区地域ケア会議



今後の
連島高齢者支援センターの視点

6小学校区の地域特性に合わせた地域づくりをしていく中で、「認知症」を知っていただくとともに「認知症予防」に力を入れ、自然に「認知症」を受け入れ、そして認知症の方々が住み続けることができる地域づくりをしていきたい。

平成27年度水島地区地域ケア会議事業計画

- 1 ワークショップの継続
(認知症に対する正しい知識の普及)
- 2 ほっとオレンジカフェの充実
- 3 地域課題への支援
(1) ボランティア団体等のネットワーク体制構築
(2) レスキューチーム派遣
- 4 自助・互助への支援
(1) 認知症マイスター養成
(2) 認知症パンフレットの作成
(3) 認知症出前講座の開催

「ほっとオレンジカフェ」看板



認知症マイスターとは、地域住民に認知症への理解をどう普及するかを考えて始まった取組みで、今月からスタートして6名のマイスターを養成できた。内容は、私の講義を2～3時間ほど聞いていただき、2～3時間程度の実習（グループホーム等の見学実習）を行うが、その実習では実際に認知症の方とコミュニケーションをとってもらっている。全てを終えると、倉敷市地域ケア会議認定の修了証とカードが授与され、認知症マイスターとして登録される。今後は、地域づくりの仲間や地域のリーダーになって頂くことを考えている。

養成の過程では、認知症の方を特別視しない、あるいはBPSDなどについての正しい理解をしていただくことに留意した。

認知症マイスター研修

認知症やその症状について理解し、伝えていただくリーダーになっていただける方、是非ご参加ください

＜研修名＞ 倉敷市水島地区認知症マイスター研修（モデル研修）

＜目的＞

地域住民に対して、認知症の特徴や関わり方を正しく伝えることができる人材を育成します。

※一部の研修終了後、マイスターに認定された方は、地域の皆さんに、地域課題の課題や支援センター職員と一緒に、認知症について

研修や出前講座などを伝えていただきます。

＜主催＞ 倉敷市水島地区地域ケア会議

＜研修日程＞

研修プログラム	会場	内容
10/18 10:00～12:00	マイスター研修	認知症の基礎知識
10/22 10:00～12:00	東山公民館	認知症の症状や関わり方、認知症の予防、認知症の対応、認知症の支援センターの役割、認知症の対応について
10/25 10:00～12:00	研修センター	認知症の対応について

＜連絡先＞

倉敷市水島地区地域ケア会議センター（TEL: 446-6511）

倉敷市東山公民館（TEL: 456-5132）

倉敷市連島高齢者支援センター（TEL: 444-3200）

※オレンジカフェは、認知症啓発活動のシンボルカラーです



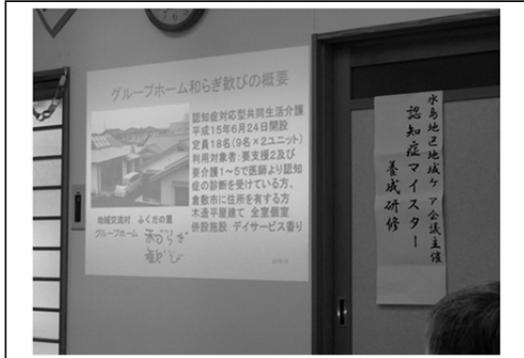
水島地区認知症マスター養成研修



水島地区認知症マスター養成研修



水島地区認知症マスター養成研修



水島地区認知症マスター養成研修



水島地区認知症マスター養成研修



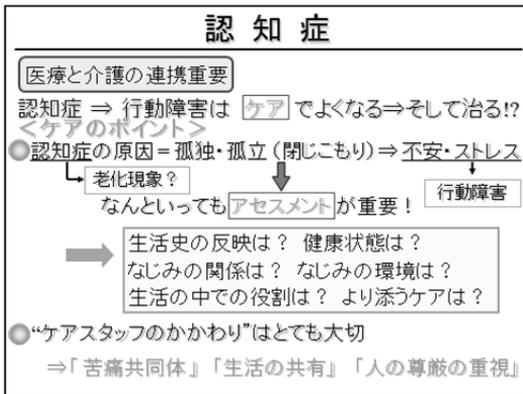
水島地区認知症マスター養成研修



水島地区認知症マスター養成研修



水島地区認知症マスター養成研修



こちらは、山口県宇部市にある介護老人保健施設のペあれんとである。全室個室のユニットケアに取り組んでいる。これまでの暮らしを施設においてできるだけ具現化していき、自己決定や自立支援に結びつくケアを目指している。



屋に緊急コールを設置しており、看護師や医師を含む携帯7台に同時発信をして、一番近い人が駆けつけるという仕組みになっている。このようなことが安心の保障につながる。年間で、緊急コール30件のうち、緊急性の高いものは3年間で3件程度であった。病院とサ高住が一緒になるメリットは、医療対応や看取り、在宅ホスピス等ができるので、自宅からよりも医療機関からの入居が多い。また、年間で約20人の看取りをさせて頂いている。



これからは、医療の経営者などは、地域をどうみていくかが大切になる。慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生も仰るように、余裕のある経営者が地域づくりに参加していくことは地域包括ケアを推進する。

これは、私どものデイケア3か所とデイサービス1か所の計4か所の登録者を調べたところ、主治医が私どもでない方が84%、介護支援専門員も医師も違うという方が全体の3分の1を占めていた。私は常に困り込みをするなど言ってきた。地域でどう完結するかという視点が大切だと思っている。

利用者さまの暮らしぶりを知る

時間	日課	室内・持ち	★自分でしている事 ★色付でできる事	サポートの必要な事
6:30	目覚める 電気をつける ベッドで過ごす	しっかり目覚めるまでは ベッドで横になって いたい	★枕もとスイッチで電気を つける	
6:45	ベッドから起き トイレ行く。	しっかり目覚めてから トイレへ行く。 夜は洗面で顔を洗いた い	★服が汚らぬように ★服の着脱を支援する ★服の着脱をこいせ ★トイレで まで閉鎖する。 ★トイレへ移動する。	○ベッドから服の着脱を 支援する。★服を着脱する 際、★服の着脱の順序を 確認し、立ち上がりパ ーを待っていただき、後方 の注意を行う。 ○服の着脱からトイレへ 移動 (閉鎖)
	洗面	★洗面台の洗面 ★洗面台の洗面 ★洗面台の洗面	★洗面台で顔を洗う。★洗面 ★洗面台で顔を洗う。★洗面 ★洗面台で顔を洗う。★洗面	★洗面台、★洗面台の ★洗面台、★洗面台の ★洗面台、★洗面台の
7:00	顔を洗う。			★顔を洗う。
	リビングへ出る		★リビングのテーブルまで ★リビングを自由	○リビングを自由、やすいよう に、★リビングのテーブルまで ★リビングを自由、やすいよう に、★リビングのテーブルまで ★リビングを自由、やすいよう に、★リビングのテーブルまで
7:15	リビングの喫煙 場所に行く	★喫煙の場所、喫煙が好きな ★喫煙の場所、喫煙が好きな	★タバコで水をまく	★タバコで水をまく。
	リビングでテレビ を見るが手紙を 読む	★リビングのテレビ ★リビングのテレビ ★リビングのテレビ	★リビングでテレビの ★リビングでテレビの ★リビングでテレビの	★リビングのテレビを ★リビングのテレビを ★リビングのテレビを

こちらは、倉敷スイートタウンで1~3階が病院、4~5階がサービス付き高齢者向け住宅の合築となっている。

高齢者の住まいのニーズのトップが医療介護の安心の保障だ。このサ高住は各部

これからの医療介護経営は如何にあるべきか

- 営む事業所の継続的な経営改善
- 規範的統合への協力
- 病院・施設完結型から地域完結型へ
- 事業所単位から地域単位を見据えた経営
- 経営者は地域づくりへ参画

岡山県医師会では、県内の地域包括ケアシステムの構築へ向けて、昨年9月に地域包括ケア部会を常設部会として新規に発足した。当部会は、県医師会担当理事及び任命委員15名、都市等医師会担当理事28名、岡山県の歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会、病院協会、老人保健施設協会、訪問看護ステーション連絡協議会、内科医会からの委員8名、岡山県担当3課長(オブザーバー)の総勢54名で構成されている。

当法人通所事業所登録者571名の状況

		介護支援専門員	
		法人内	法人外
主治医	法人内	15%	1%
	法人外	50%	34%

岡山県医師会地域包括ケア部会
平成27年度事業計画

- <在宅医療推進事業>
24時間365日対応する在宅医療システム構築へ向けて、下記の活動を通じ今年度中に「主治医・副主治医機能体制」のモデル案を作成予定
- 在宅主治医機能体制整備へ向けて
 - 主治医・副主治医制システムの検討—
 - ・課題抽出と対応検討
 - ・新田國夫全国在宅療養支援診療所連絡会会長の講演会及び意見交換会
 - ・主治医・副主治医制システムの考案

●岡山県医師会の取組み

岡山県医師会の取組みとして、地域包括ケア部会を立ち上げ、他団体からも委員として参加して頂き、オール岡山で推進している。地区医師会がリーダーシップをとって、地域包括ケアシステムを推進することは重要であるので、行政と地区医師会の顔の見える関係づくりなども企画している。(第I部7. P227 参照)

岡山県医師会地域包括ケア部会
平成27年度事業計画

- <都市等医師会地域包括ケア推進事業>
岡山県内の地域包括ケアや地域支援事業の推進へ向けて、行政担当者と都市等医師会担当者の顔の見える関係を構築し円滑化を図るため、下記の協議会を開催予定
- 都市等医師会・行政担当者連絡協議会は、講演会に引き続きグループワーク、意見交換会を行い、下記の出席者のもと開催することとしており、講演会講師及び意見交換会のアドバイザーは田中滋慶應義塾大学名誉教授を予定
- ・県医師会担当理事・都市等地区医師会会長及び担当理事
 - ・市町村地域包括ケア担当者
 - ・地域包括支援センター職員
 - ・県保健福祉部長/行政担当課長
 - ・県民局健康福祉部長
 - ・県保健所長

岡山県医師会地域包括ケア部会の取組

●覚悟の共有とは

最後に、覚悟の共有である。様々な地域がある中で、どこに住んでも命を全うしていく覚悟が必要だろうと考えている。

日本人は非常に秩序正しく、ルールを守って暮らしている。大災害が生じて、強奪や略奪がおこるような国ではない。そういう意味でも、国民と覚悟を共有することで、地域包括ケアは進んでいくのだろうと思っている。今後は、これが大きな課題になると思う。

とにかく尊厳の保障をふまえ、政策を進めていくことが重要だと思っている。

『覚悟』の共有

- 地域づくりを行うかどうかの判断の目安は、人口5,000人とも言われている
- 住み慣れた地域は、自己の選択による
- 我が愛着のある住み慣れた地域(故郷)で住み続けることの幸せをかみしめつつ、命を全うする『覚悟』を共有すべきではないか
- 地域包括ケアの構築に資する「医療アクセス」と「介護アクセス」の更なる充実を図るべきではないか

尊厳ある生活の保障

- 集団的流れ作業→個々の生活づくり
- その人らしくない(非人間的な)行為の撤廃

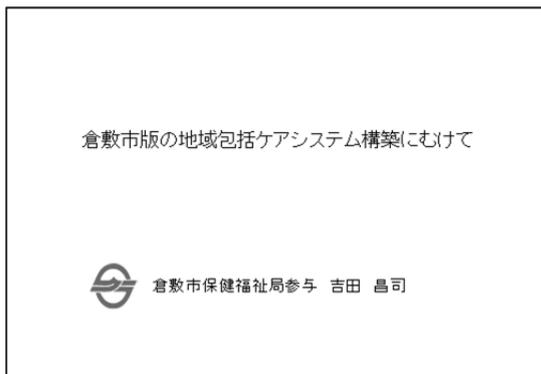
経管栄養 → 経口食 → 豊かな食
オムツ → トイレ → 快い排泄
特浴 → 個浴 → 楽しい入浴

どうしてもやむを得ず強い時には、明確な基準と最大限の改善の努力を！⇒人権問題！

尊厳の保障へ向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実行することが我々の役割である。

3) 倉敷市版の地域包括ケアシステム構築に向けて 倉敷市保健福祉局 参与 吉田昌司氏



私の前職は厚生労働省老健局振興課の補佐で、地域包括ケアシステム推進を担当していた。昨年4月から倉敷市で勤務し、地域包括ケアシステムの構築に向け努力している。その中での取組みについて紹介する。

老健局にいたころから、地域包括ケアシステムには2つの要素があると思っていた。1つは、いかに専門職に協働していただくかである。多職種協働という言葉があるが、専門職の力をいかに発揮していただくかということだ。

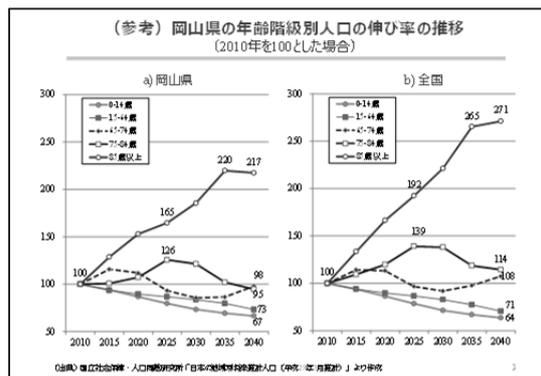
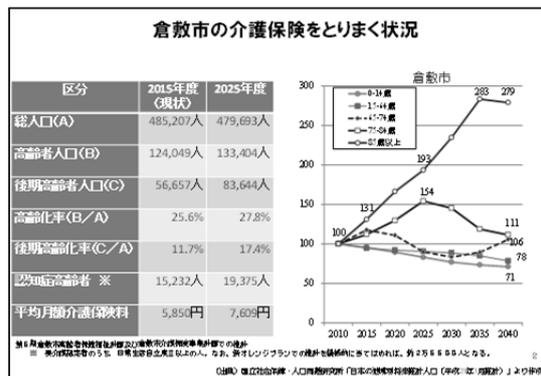
もう1つは、地域住民の方々をいかに巻き込んで地域づくりをしていくかである。

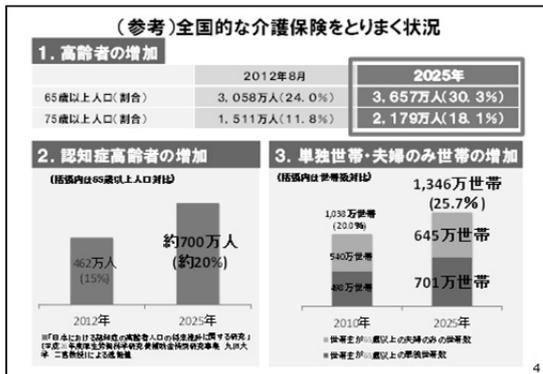
この2つがポイントだと思っており、倉敷市でも留意しながら取組みを進めている。

倉敷市は人口48万人、高齢化率は25%から2025年には27%に、後期高齢化率は現在に比べて約1.5倍の17%に上がる。2010年の世代別人口を100とした場合、2035年には85歳以上の人口の比率が283まで上がっていくということになる。

全国と岡山県を比較すると、全国は271、岡山県は220のため、倉敷市は急速に高齢化が進むということだ。

2025年もそうだが、2035年、2040年に向けて、地域包括ケアシステムを徐々につくっていかねばならないという問題意識をもっている。





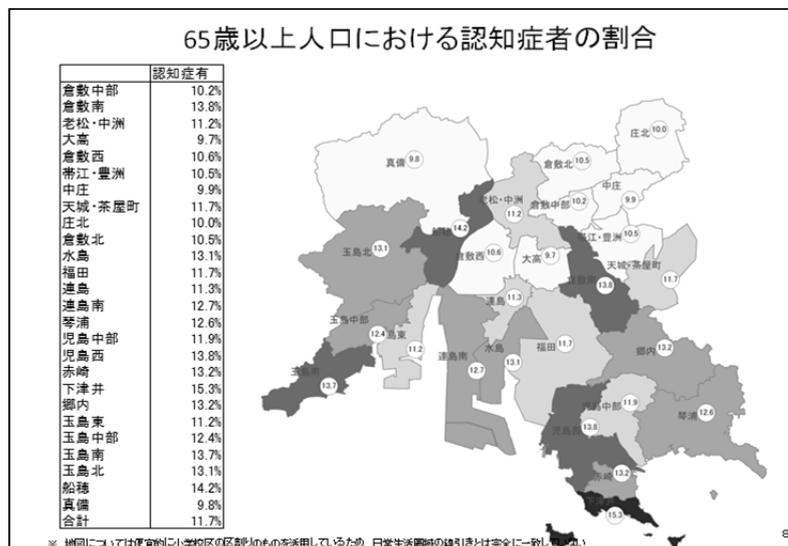
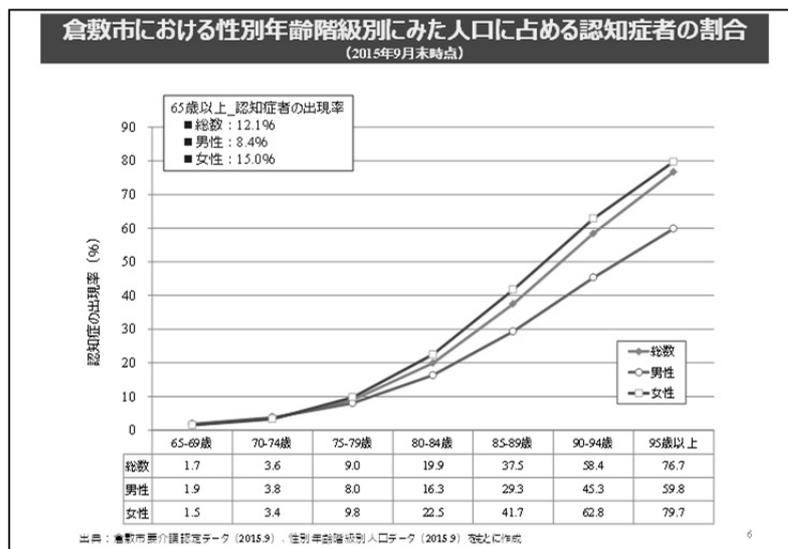
(参考) 人口構造の変化(岡山県)

	2010		2025		2040	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
総数	1,945	100.0	1,811	100.0	1,611	100.0
0-14歳	265	13.6	211	11.7	176	11.0
15-64歳	1,191	61.2	1,033	57.0	874	54.3
65-74歳	237	12.2	221	12.2	232	14.4
75-84歳	180	9.2	226	12.5	170	10.6
85歳以上	73	3.7	120	6.6	158	9.8
再掲) 75歳以上	253	13.0	346	19.1	328	20.4

出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の総人口推計(平成24年9月版)」より作成

倉敷市における認知症の状況等について
また、認知症の出現率は年齢が高いほどあがっていくため、倉敷市でも今後85歳以上が増える状況においては、認知症施策を強化していかなければならない。

倉敷市内の26の日常生活圏域ごとに認知症等の割合を整理しているが、地区による差があるため、いかに地区の特性に応じてメリハリをつけた取り組みをしていくかということが1つの課題になると思っている。



●倉敷市における介護保険制度の状況について

高齢者を取り巻く状況として、介護保険の実施状況を介護保険創設当初の2000年と直近2015年を比較すると、65歳以上は1.7倍、サービス利用者数は3倍と、高齢化率以上に利用者が増えてきている状況である。

第1号被保険者数	2000年4月末	2015年3月末	
	7万4200人	12万2500人	1.7倍
認定者数	2000年4月末	2015年3月末	
	9800人	2万5200人	2.6倍
	2000年4月末	2015年3月末	
在宅サービス利用者数	4700人	1万6000人	3.4倍
施設サービス利用者数	2300人	3000人	1.3倍
地域密着型サービス利用者数	—	2100人	
計	7000人	2万1100人	3.0倍

そういったことから、第1期の保険料は3,300円だったが、第6期で5,850円と全国平均より高くなっている。2025年に向けては、7,609円という試算をしており、年間9~10万円を負担していただく中で、いかに納得いただきながら保険料負担をしてもらえるか、ということが介護保険制度における課題だと思っている。

事業年度前期	事業計画	保険給付費	保険料	全国平均(参考)
2000年度	第一	129億円		
2001年度	第一	167億円		
2002年度	第一	183億円	3,367円	2,911円
2003年度	第二	198億円		
2004年度	第二	210億円	3,920円	3,293円
2005年度	第二	224億円		
2006年度	第三	227億円		
2007年度	第三	249億円	4,760円	4,090円
2008年度	第三	251億円		
2009年度	第四	268億円		
2010年度	第四	287億円	4,700円	4,160円
2011年度	第四	299億円		
2012年度	第五	312億円		
2013年度	第五	327億円	5,430円	4,972円
2014年度	第五	344億円		
2015年度	第六	369億円	5,850円	5,614円
2016年度	第六	379億円		
2017年度	第六	393億円		
2020年度		419億円	6,503円	6,771円
2025年度		482億円	7,609円	8,165円

倉敷市の特徴として、認知症サポート医の先生が複数いることから、医療機関が中心となって取組みを進められることがあげられる。医療機関を中心とした動けるチームを4つ作り、行政や認知症地域支援推進員がコーディネートを担えればと思っている。支援につながっていない方に対して、初期集中支援チームが働きかけて、適切な支援につなげていくというかたちである。

認知症初期集中支援対象者の把握

- 対象者
 - 40歳以上で認知症が疑われる又は認知症で在宅で生活している人
 - ①医療・介護のサービスを受けていない、又は中断している人
 - ・認知症発症の確実診断を受けていない
 - ・継続的な医療サービスを受けていない
 - ・適切な介護サービスについでいない
 - ・介護サービスが中断している
 - ②医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している人
- 対象者の選定にあたっては、選定基準にあっていることを確認のうえ、本人・家族への事前の説明もあつらん。各機関がアクセスして、チームへの引き継ぎを行う
- 対象者の把握
 - ①高齢者支援センター(本人・家族、民生委員などからの相談や訪問活動での把握)
 - ②保健所、各保健福祉センター保健推進室(本人・家族、民生委員などからの相談)
 - ③医療機関(かかりつけ医)など(本人の受診時の様子・家族からの相談)
 - ④ケアマネジャーなど(介護(予防)サービス利用時の様子から)
- 初期集中支援チームへ連絡
 - 関係機関からのケース連絡の場合、支援にかかる関係機関との情報共有のため、同意書をもとに連絡する …… 本人ひとり暮らしの場合の対応にご注意が必要

認知症初期集中支援の流れ(その1)

- 事前準備
 - 情報収集
 - ・認知症からの情報収集(必要に応じて、かかりつけ医やケアマネからも)
 - かかりつけ医への連絡
 - ・チームの介入を電話などで確認(かかりつけ医との関係(かかりつけ医がない場合は))
- 初回訪問
 - (訪問者)
 - ・原則として、チームの医療従事者と介護職員がペアで行う
 - ・必要があれば、関係機関の同行も可能
 - (訪問内容) おおむね2時間以内
 - ①認知症の包括的観察 ②認知症に関する正しい情報の提供 ③専門医療機関への紹介や紹介サービス利用の場に関する説明 ④認知症対象者やその家族の心理的サポートや助言 ⑤チーム員役割の説明(包括的観察・評価のためのアセスメント)
 - ・信頼性・妥当性の検証された観察・評価表を使用する(例)DAS(認知-2) D(認知-1) D(認知-2) D(認知-3) 男性の標準のチェック ※かかりつけ医とも連携しながら実施する。
- チーム会議の実施
 - (メンバー)
 - ・チーム員、認知症地域支援推進員、高齢者支援センターなどの関係者(必要な関係者はチーム員から声かけ)
 - (検討内容)
 - ・観察、評価内容を報告的に確認
 - ・課題を明確にし、支援方針・支援内容・支援頻度など今後の計画を決定
 - ・疑問の訪問については、状況に応じて医師が判断する(全員の承認)
 - ・初回訪問後、支援終了時、その他適宜実施する
- 初期集中支援
 - (実施内容)
 - ・専門医療機関受診に向け動機付けを行い、包括的介護支援につながる支援を行う(次ページに続く)
 - (実施時期)
 - ・在宅や介護サービスによる定期的な支援に移行するまでの期間(概ね3か月)
 - ※ 3か月を過ぎた場合は…

認知症初期集中支援チームについて(平成28年度～)

- 目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、認知症の方や、その家族に対して支援を行う(認知症初期集中支援チーム)認知症サポート医、看護師等の医療職、介護福祉士等の介護職からなるチームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援を行う。
- 訪問支援対象者

65歳以上で認知症が疑われる人又は認知症の人で、在宅で生活している次のいずれかに該当する人

 - ①医療・介護のサービスを受けていない人、又は中断している人
 - ②医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している人
- チームの役割

訪問支援対象者に対し、チーム員が自宅を訪問し、状況把握の上で、専門医の受診するチーム会議において、支援計画を決定、その計画に基づき、概ね6か月間の支援を行い、必要な介護や医療につなぎ、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう支援する。
- チーム員の配置先

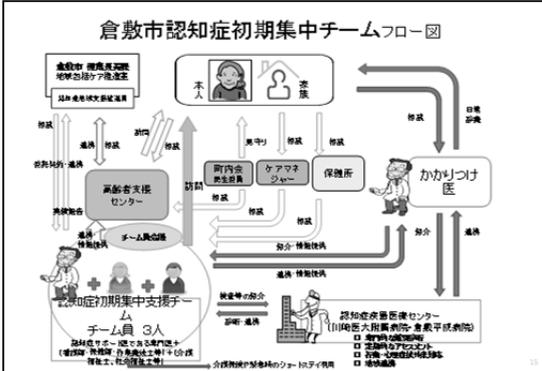
認知症サポート医がいる市内の4つの医療機関(片山内科クリニック、倉敷スイートホテル、しげい病院、西戸クリニック)
- 今後の主なスケジュール

平成28年度～ 支援チームを設け、活動開始

市として、認知症施策の強化の観点から、新オレンジプランにおけるチームの設置期限(平成30年度)を待たず、平成28年度から取組を開始。

認知症初期集中支援の流れ(その2)

- 初期集中支援(つづき)
 - (実施内容つづき)
 - ・適切な介護サービスの利用が可能となるよう、介護サービスの利用助費・訪問介護保険の申請は利用者の求めに応じて、高齢者支援センター、居宅介護支援事業所を紹介)
 - ・身体を整えるケア(水分摂取、食事摂取・前庭等の項目への助言)
 - ・認知症に起因する(実態)・介護支援)
 - ・生活環境の改善・権利擁護に向けた調整
 - ・介護サービス以外の生活支援サービスなど社会資源の活用
 - ※ 関係機関との連携を図りながら支援する
- チーム会議
 - (検討内容)
 - ・計画の変更やサービス費入等での調整や支援事業終了の判断
 - ※ 支援終了の意思、支援方針に基づいた支援チームとしての進行業務について一定程度の目的が達成された時点で終了とする
- 引き継ぎ
 - (方法)
 - ・自宅への同行訪問
 - ・チーム会議への把握
 - ・チーム員によるケアプラン作成への参加
 - ・チーム員がケアプラン作成に必要に応じて、関係機関へ参加
 - (内容)
 - ・アセスメントに基づき課題とケアプラン内容の妥当性
 - ・家族の負担度
 - ・認知症に関する本人の状態の変化
 - ※ 関係機関との連携
- 引き継ぎ後のサポート
 - おおむね2か月間(状況確認、その後1か月おこなって実施)
 - (方法)
 - ・本人に訪問
 - ・ケアマネ等からの聞き取り



認知症の人を地域で支える地域づくり(倉敷市モデル)の推進

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるように地域包括ケアシステム構築を目指す中で、今後増加が見込まれる認知症の人に対する対策を強化。認知症初期集中支援チームの設置を通じて早期対応を強化するなど認知症の人を地域で支える地域づくりを推進する。(倉敷市モデル)の創設

- 認知症のことを知り、予防する
 - 認知症サポーターの養成(充実・強化)
 - 認知症についての正しい知識と理解を持ち、地域での見守り等を担う認知症サポーターの養成を推進する。
 - ※高齢介護福祉センター等と連携して、認知症ケアバンクの養成講座を開催
 - ※小中学生講座として小学生を対象に認知症サポーターも養成
 - 認知症の啓発事業の推進
 - 出前講座など啓発教育を通じて、認知症に対する理解や予防の取組、早期発見するための知識の普及を図る。
 - 認知症予防教室や地域の通いの場の充実
 - 介護予防の取組の中で認知症予防教室を開催するとともに、高齢者の参加の場を拡大し、認知症予防につなげる。
- 認知症の人やその家族を地域で支える
 - 認知症カフェの推進(充実・強化)
 - 認知症の人やその家族、地域住民が集い、悩みや困りごとを共有する場として認知症カフェの運営を推進する。
 - 地域の見守り取組の強化
 - 小学校区で実施されている小地域ケア会議などを積極的に活用し、地域での見守り体制を強化。地域の企業等と見守り協定の締結等も検討。
 - 認知症の事例検討会の実施
 - 認知症医療センターと連携して、ケアマネジャーなど多職種が参加する事例検討会を実施し、認知症対応能力を向上を図る。
 - 成年後見制度の利用の推進
 - 後見人の候補について能力が乏しく、困難な場合に補助を行う。
- 認知症の人に早期に対応し、適切な支援を提供する
 - (新28年度～)認知症初期集中支援チームの設置
 - 認知症が疑われる人等に対して訪問し、適切な支援につなげる医療・介護の専門職からなる認知症初期集中支援チームを設置し、早期対応を強化する。
 - 認知症ケアパスの普及
 - 認知症の状況に応じた適切なサービス提供の流れを示す認知症ケアパスの普及を推進する。
 - 地域ケア会議の推進
 - 認知症の人の対応等個別ケースを地域の関係者が検討するミニ地域ケア会議を推進し、情報共有を速く早期に適切な支援につなぐ
 - 認知症地域支援推進員の設置
 - 効果的な支援を行うため、認知症医療センター、医療機関介護サービス事業所などとのコーディネーターを行う認知症地域支援推進員を地域包括ケア推進室に配置。
 - 小規模多機能居宅介護やグループホームなど介護サービスを充実
 - 認知症の方の日常生活を支える介護サービスの充実を進める

●認知症サポーター養成等について

専門職による対応に加え、住民の意識を高めていくということで、認知症サポーターの養成に取り組んでいる。これまで市内では、約 1.5 万人が受講いただいており、昨年度は約 2,700 人が受講された。来年度は認知症サポーター養成講座の講師をつとめる認知症キャラバンメイトの研修を推進し、サポーター養成の強化を進めて行く。

また、サポーターキッズとして、小学校の高学年くらいの子どもにも受講してもらっている。地域包括ケアシステムは高齢者に対する施策という面があるが、支援を必要とする方をいかに地域で支えていくかということがもともとの発想だと思っている。そのため、地域の子どもを含めて、認知症という関心の高いことに触れていただくこと、地域の一員として活躍してもらうことが重要だと思っている。今年は 1 回程度しか開催できないが、来年以降は回数も増やしていきたいと考えている。

あわせて、地域ケア会議の議論を通じて、独自の取組みとして認知症マイスターの養成が行われるとともに、地域で認知症カフェが取り組まれている。

認知症カフェについては地域でさらに取組みが広がるように平成 28 年度からは運営費補助の制度を新たに設けることとしている。

認知症サポーターの養成等について

- 市民の方々に認知症のことを知っていただき、予防するとともに、認知症の方や家族を地域で支えられるよう3地区での見守り推進のために、高齢者支援センター等と連携し、養成講座を開催し、認知症サポーターの養成を推進。これまで約1万5千人が受講（昨年度は2700人以上が受講。）
- 認知症サポーターキッズ教室をならしき市民講座として小学生から1年生までを対象に、毎年1回実施。子どもたちを念頭に地域の見守り推進。
 - 28年度は実施回数を増やし、子どもたちが認知症のことを知ってもらう機会を拡大することを検討。
 - ※ 水島地区の地域ケア会議では、現在、認知症サポーターを養成させた。認知症マイスターの養成に取り組まれている。

認知症サポーター養成講座

対象者 地域、職種、年齢層において、認知症の人とその家族を支える取組を推進、市内に認知症を必要とする市民の増加を促進

内容 認知症の基礎知識、認知症の予防とケア、認知症サポーターの役割などについて

開催場所 各区分（各区分）

実施日 10月10日、10月17日、10月24日、10月31日、11月7日、11月14日、11月21日、11月28日

認知症サポーターキッズ教室の様子（18年度 8 年度）



認知症サポーターキッズ教室

対象者 小学校4～6年生

内容 認知症の基礎知識、認知症の予防とケア、認知症サポーターの役割などについて

開催場所 各区分（各区分）

実施日 10月10日、10月17日、10月24日、10月31日、11月7日、11月14日、11月21日、11月28日

認知症キャラバンメイト

対象者 行政職員、民間関係、地域包括支援センター職員等

内容 認知症の基礎知識、認知症の予防とケア、認知症サポーターの役割などについて

開催場所 各区分（各区分）

実施日 10月10日、10月17日、10月24日、10月31日、11月7日、11月14日、11月21日、11月28日

今年度は前1月に実施、定員150名以上の参加があり、認知症の基礎知識や認知症の予防とケアについて、認知症サポーターの役割などについて、認知症サポーターの養成に取り組まれている。

認知症カフェの推進について

- 認知症カフェは、認知症の方、家族、地域の方が気軽に集まり交流する場であり、ここで情報交換等が進むことで、家族など介護者の負担軽減にもつながる重要なもの。
- 倉敷市では、現在水島地区の3つの高齢者支援センターが4会場毎月1回開催。茶話会や勉強会、調理実習や趣味し、世代交流等と特色のある取組が行われており、認知症の方やその家族だけでなく、地域の方も参加され、認知症の理解を深めていただく場となっている。
- この認知症カフェは、医師、歯科医師や地域の団体、行政等の関係者が地域課題等について話し合う地域ケア会議の中で、認知症の方などが集まる場の必要性が明らかになったことから、平成28年1月より開催しているもの。
 - 28年度は市として補助制度を創設し、認知症カフェが市内全域に広がるよう取り組む



オレンジカフェ

認知症の方や家族が気軽に集まり交流する場であり、ここで情報交換等が進むことで、家族など介護者の負担軽減にもつながる重要なもの。

倉敷市水島地区高齢者支援センター（TEL: 086-651-1111）

倉敷市水島地区高齢者支援センター（TEL: 086-651-1111）

倉敷市水島地区高齢者支援センター（TEL: 086-651-1111）



地域ケア会議の取組で、高齢者支援センターを、認知症サポーター養成講座の会場として活用している。

●他職種連携について

医療・介護の関係者の連携を強化し、高齢者のケアの質をあげていくため、多職種が集まって行う事例検討会を開催している。これは、倉敷市と認知症疾患医療センターが連携して開催し、認知症に対する知識を高めていくことに加え、専門職同士の結びつきや顔の見える関係を地域の中でする場としても重要である。

倉敷もの忘れ・認知症事例検討会について

- 岡山県認知症疾患医療センター（倉敷平成病院、川崎医科大学付属病院）と市が連携して、定期的に事例検討会を開催。医師、看護師、ケアマネ、臨床心理士、MSWなど毎回40名程度が参加し、多職種での顔の見える関係構築に役立っている。

開催日時 毎月第1、3、5日

開催場所 倉敷市水島地区高齢者支援センター（TEL: 086-651-1111）

開催内容 認知症事例の検討、認知症の予防とケア、認知症サポーターの役割などについて

参加者 医師、看護師、ケアマネ、臨床心理士、MSWなど

主催 倉敷市、岡山県認知症疾患医療センター



認知症疾患医療センター

・川崎医科大学付属病院

・倉敷平成病院

倉敷市水島地区高齢者支援センター

◎ 開催地

（倉敷市）

医師・薬剤師・高齢者支援センター職員・ケアマネ・臨床心理士・医療ソーシャルワーカー・認知症ケアの専門家・行政関係者

市の施策とは別に、ある薬剤師が始めたケアカフェでは、顔の見える関係ができるような、多職種が集まる勉強会が立ち上げられている。

（倉敷市）水島地区での取組について

「ローズマリーの家」～水島地区で認知症を支える多職種の勉強会～について

「ローズマリーの家」～水島地区で認知症を支える多職種の勉強会～を掲げ、

- 認知症がわかる利用者や家族に依頼しているが、実際は数回でないで7ヶ月の開催をしようという旨が、市民の要望を聞き、利用者の現状を把握するために、この事業所のケアマネに相談したことがきっかけとなっている。
- 認知症について語り合うカフェを定期的に開催。薬剤師、ケアマネ、PT、OT、看護師、介護福祉士等の多職種が市外も30名程度が参加しており、多職種の顔の見える関係の構築につながっている。
- さらに、お薬手帳にケアマネの名刺を入れることを介護関係者にお話し、困った時に薬剤師がケアマネと連携したりや、まい現場支援や高齢者支援センターと連携した認知症サポーターの養成にも努めている。

ケアカフェの様子



ケアマネさんへお話しです!

利用者さんのお薬手帳に名刺を入れてください!

認知症がわかる利用者や家族に依頼しているが、実際は数回でないで7ヶ月の開催をしようという旨が、市民の要望を聞き、利用者の現状を把握するために、この事業所のケアマネに相談したことがきっかけとなっている。

認知症について語り合うカフェを定期的に開催。薬剤師、ケアマネ、PT、OT、看護師、介護福祉士等の多職種が市外も30名程度が参加しており、多職種の顔の見える関係の構築につながっている。

さらに、お薬手帳にケアマネの名刺を入れることを介護関係者にお話し、困った時に薬剤師がケアマネと連携したりや、まい現場支援や高齢者支援センターと連携した認知症サポーターの養成にも努めている。

また、健康パスポートや縦パス・横パスなど連携を深めていくためのツールもつくられており、倉敷市としても3月末に研修を実施する。



●地域ケア会議～地域づくりの土台～

高齢者の健康寿命を進め、支え合いの体制づくりを進めていく上での土台として、地域ケア会議があると考えている。

倉敷市の地域ケア会議は3層構造で、専門職から地域住民が参加して取り組んでいるところだ。ここでの議論が認知症カフェなどの施策につながっていること、また、地域の声を聞く場にもなっているため、このような機会が重要だと思っている。

こういった機会を上手く活用していきたい。

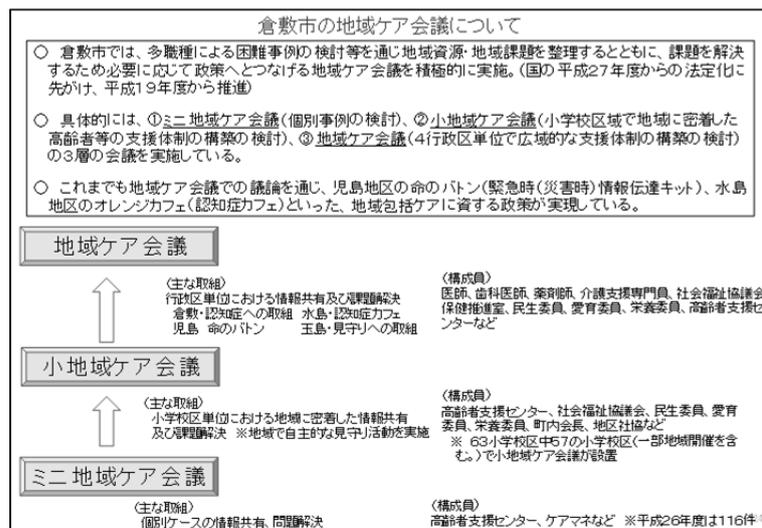
●地域づくりの推進～総合事業の推進

平成27年の介護保険改正の理念は、要支援者のサービスをどのように提供していくかということ以上に、高齢者向けの地域づくりを進めていくということだ。支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持できるようにしていくというものである。

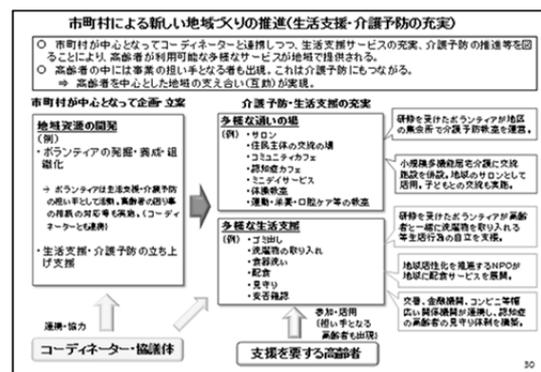
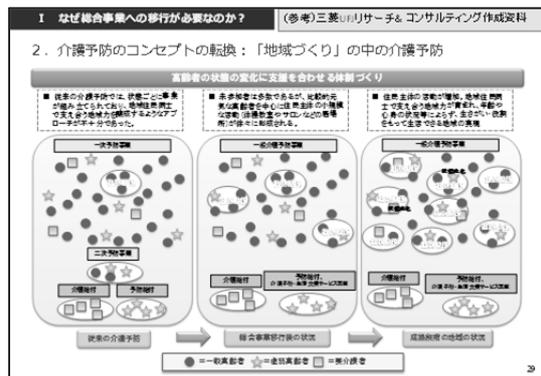
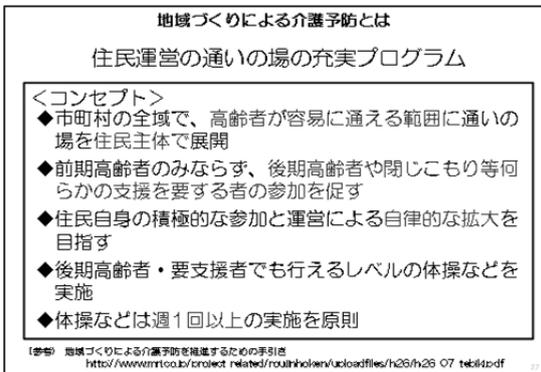
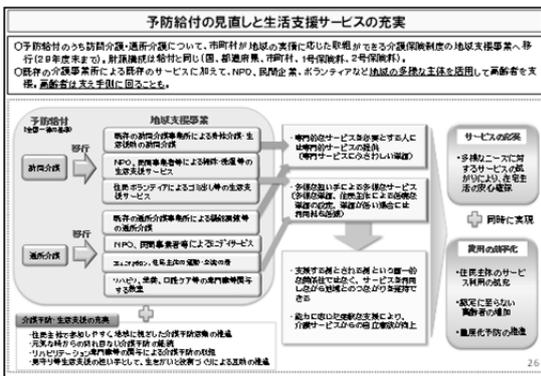
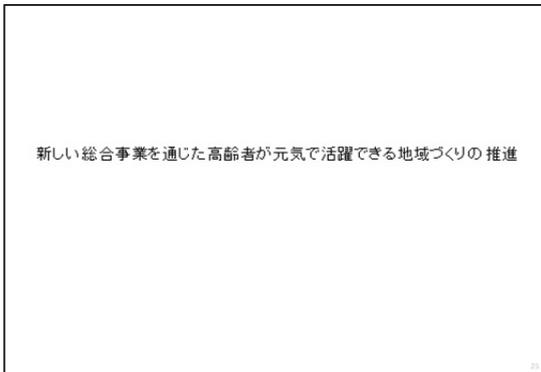
ICFの概念などもふまえ、社会参加が予防につながるという考えから、様々な通いの場などを地域にたくさん作ることを目指している。高齢者が容易に通える範囲に住民主体で展開する通いの場だ。

この通いの場は、前期高齢者だけでなく、後期高齢者や閉じこもり等、何らかの支援を要する人の参加を促す、体操を行うなど、様々なコンセプトがあると思うが、こういった場を増やしていきたい。

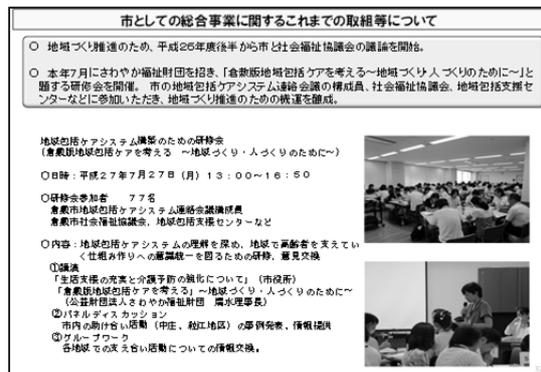
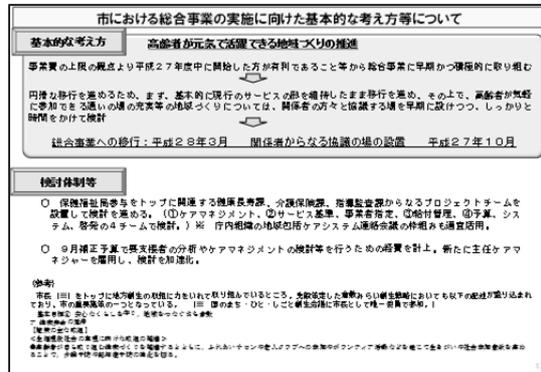
一次予防、二次予防、予防給付、介護給付と、サービスごとに高齢者が割り当てられているような形になっていて、状態像が悪くなると場所を変えて適切なサービスを受けている。この良さはあるが、今後さらに高齢化が進んでいく中で、介護人材が不足するという状況にあっては、できるだけ



住民活動を増やし、要介護者も虚弱高齢者もなるべくもちこたえてもらえるような地域づくりが重要だと考えている。



そこで、倉敷市としては総合事業については「高齢者が元気で活躍できる地域づくりの推進」という考え方で、県内で一番早く、平成28年3月から取組を開始した。



●地域づくりの取り組み例

高齢者の社会参加を進める観点から気軽に参加できるサロン等の充実を図っていく必要がある。

市で補助を行っているサロンが約 160 力所あるなど取り組みが既に地域で実施されており、非常に良い取り組みを行っている例もある。

例えば、ボランティアハウスどまんなかは地区社会福祉協議会が進めている取り組みで、空き家を使った毎日型のサロンだ。月7回は、3つのボランティアグループによって食事が提供される。参加者の中には、要介護状態の人もいて、本来は支援を受ける側だが、役割をもちながら地域の中で活動・活躍している状況である。

こういった活動については、研修会を開催し、当事者の方の取り組みを発表いただき、意見交換するなど、地域の好事例として横展開が図られるよう取り組んでいる。

(参考)エンジョイスportsの会と健康サロン(倉敷市水島地区)について

- 住民の自主組織である「エンジョイスportsの会」が体操とウォーキングをそれぞれ月1回開催。毎回60～70名程度が集まる(参加費は100円)。
- 平成21年に水島保健推進室が運動習慣を身につけるためにイベントを開催したのがきっかけ。24年度からは住民主導の自主運営となる。この頃から参加者が急増。
- エンジョイスportsの会は水島地区全体を対象にしており「遠くて参加できない」という声が出たため、小学校単位での会議等で徹底的に話し合うこと等を通じて関係者の理解を深め、身近に運動できる場(健康サロン)を増やす取組を推進。
- 現在13小学校区のうち7学区12ヶ所で住民主体で実施。体操等に加え、親子を招き3世代交流を行うサロンも出てきている。運営者を対象とした研修会も定期的実施され、活動が活性化されている。

エンジョイスportsの会 室内運動



健康サロン 屋内での体操



健康サロン 3世代交流



エンジョイスportsの会 ウォーキング



健康サロン 運営者を対象とした研修会



34

(参考)ボランティアハウス どまんなか(倉敷市中庄地区)について

- 小地域ケア会議での議論から、「誰でもいつでも気軽に集える場所」として中庄地区(人口16,713人、高齢化率24.8%)に平成21年8月に開設。
- 地域の空き家を活用し、毎日型のサロンとして地区社協が運営。健康教室、日本舞踊、囲碁将棋などの講座が月曜日から土曜日まで(おま)毎日住民ボランティアにより開催されている。
- 昼食も3つの住民ボランティアグループが順番で提供。月7回、1食350円。
- 利用者は月平均約250名(延べ人数)、ボランティアの人数は約70名。地区社協の役員、ボランティアリーダー、高齢者支援センター等で月1回リーダー会議を開催。参加者からの意見等を共有し、より良い運営につなげている。









35

次は、保健師がつくり、現在は地域住民が運営しているエンジョイスportsの会と健康サロンである。月1回スポーツを行いつつ、身近なところでも同じようなことをしたいということで健康サロンに広まった。住民主導の自主運営で室内運動やウォーキング、体操や三世代交流などを行っている。地域の様々な人が参加して、地域をこうしていこうということで進んできた取り組みである。

また、昨年10月に「高齢者活躍推進地域づくりネットワーク会議」として、地域包括支援センター、社会福祉協議会、生涯学習課、スポーツ振興課、市民活動推進課をメンバーとする協議の場を立ち上げ、これらの地域の取り組みについての把握を進め、ガイドブック等にまとめ、見える化するなど、利用しやすくなるような取り組みを進めて行く。

冒頭申し上げたように、専門職の方々にいかに関わっていただくか、また、地域住民の方々に積極的に参加していただき、自分自身のこととしてこの地域包括ケアシステムを考えていただけるかが重要だと思っているので、行政としてそのサポートするための取り組みを進めていきたいと考えている。

市としての移行時点における考え方について

- 円滑な移行を進めるため、基本的には現行のサービスの形を維持したまま移行を進める。
- 要支援者で現行訪問介護や通所介護を利用している方がケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は従来と同様のサービスが受けられるようにしていく。
- このような趣旨を記載したチラシを12月下旬に現在要支援1、要支援2の認定を受けられている方(約8000人)に送付している。

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)が知事・市役所！

平成27年10月に、介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)がスタートしました。これは、介護予防と日常生活支援を一体的に行うことで、高齢者の生活の質を向上させ、介護の負担を軽減することを目的としています。

総合事業へ移行したかどうかの？

総合事業への移行は、介護認定の申請時に「総合事業」を選択する必要があります。また、介護認定の申請時に「総合事業」を選択した場合、介護認定の申請日から1ヶ月以内に行われる見直しで、総合事業への移行が完了します。

倉敷市としての取組～「地域で元気！高齢者活躍戦略」～

～高齢者から高齢者に、そして若者に～

市内で一昔前より平均年齢が3月頃から高齢者を要する状況を把握し、地域で高齢者が元気に活躍できる環境づくりを策定しています。

① 地域で楽しく暮らせる場を充実する

- 地域の誇りの継承の見える化の推進
地域で育み出している町・町・町の誇りについて、若くは家庭で語り継がれるような形で地域の歴史や文化を継承し、ガイドブック等を通じて、高齢者が再び誇りを持って暮らせる環境を整えます。
- サロン・老人クラブの交流の推進
サロンや老人クラブの交流を促進することで、仲間を確保し、地域で活躍する機会を増やします。また、町・町の誇りや歴史を伝えるための交流を促進します。
- 現在活動しているサロンや老人クラブへの支援は地域包括ケアの中で進めています。

② 地域で役割を持って活躍できる方を増やす

- 介護支援の役割の拡大
65歳以上の者がボランティアや社会貢献活動に参加し、地域で活躍する機会を増やします。また、町・町の誇りや歴史を伝えるための交流を促進します。
- 生活・介護支援センターの推進(充実・強化)
地域包括ケアの推進の一環として、生活・介護支援センターの推進を図ります。また、町・町の誇りや歴史を伝えるための交流を促進します。
- 認知症サポーターの養成(充実・強化)
認知症についての正しい知識と理解を深め、地域での見守りや支援活動の推進を図ります。また、町・町の誇りや歴史を伝えるための交流を促進します。

③ 高齢者が活躍できる地域の土台を充実する

- コーディネーターの設置
平成27年10月に立ち上げた協議の場(社会福祉協議会、生涯学習課、スポーツ振興課、市民活動推進課)が中心となり、地域包括ケアの推進を図ります。また、町・町の誇りや歴史を伝えるための交流を促進します。

総合事業開始までの進め方について

- 平成27年9月議会において、市長以下を表明。 → 高齢者が元気で活躍できる地域づくりの推進の総合事業へ平成28年3月に移行することを前提に検討を進めること
- 地域づくりを推進するために協議の場を早期に立ち上げる

↓

(説明・周知等)

- 地域包括支援センター、介護事業所に対してそれぞれ説明会を開催
- チラシを要支援1・2の認定を受けられている方(約8000人)に送付。
- 広報くらしと別冊号を発行

(高齢者活躍推進地域づくりネットワーク会議(協議の場)の設置)

- 地域包括支援センター、社会福祉協議会、市の関係部署(生涯学習課、スポーツ振興課、市民活動推進課等)をメンバーとする協議の場を立ち上げ、地域にさまざまな形でのガイドブックにまとめ、見える化する。

↓

このように地域包括ケアの見える化の取組を進めることと合わせて、NPOやボランティア団体を協議の場にゲストスピーカーとして招き、具体的な取組内容等の把握に努める。

↓

平成28年3月
総合事業開始

[第2回 岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会 報告]

○「地域包括ケアの考え方」(松田晋哉アドバイザー)

- 小さな池の大きな魚
急性期の患者が減っているなか、他県の患者を取り合うことが起こっている
- 地域包括ケアの体制整備
慢性期の高齢者のケアをどうするかということがこれからの医療・介護の在り方を決める
地域の関係者がどのようにこの問題に対応するのか
サービス提供者が工夫した取組を行うしかない
基盤となる在宅療養を支援する病院と老健を拠点とするネットワーク
→地域包括ケア病床や老健が機能しなければ在宅も急性期の受け入れもうまくいかない
これらの施設がどのように地域に展開していくかがポイント
質の高い地域包括ケア病床と老健→地域包括ケア実現に向けた医療の面からのポイント
- 訪問看護の重要性
フランスではナースステーションが訪問のステーションとして100人規模で動いている
訪問介護ステーションは大規模化を考える必要がある
- 肺炎・心不全にどのように対応するかが大切→良いネットワークの構築につながる
- 地域包括ケア病床と老健の機能分担
福岡(特に北九州地区)では機能が被っているため、老健の入所者が減少している
地域医療構想のなかで、この役割分担について検討すべき
- 看取りについて
医療対応ができることが必要
その裏付けとして看護があることが条件となる
- 訪問看護部門の整備
在宅でギリギリまで診ることができる条件
→「かかりつけ医」がいる
「後方病院」がある
全体をコーディネートする「24時間対応訪問看護」が病院にある
かかりつけ医が診られない間を看護師が埋めることで在宅療養が安定して提供できる
フランスの在宅入院制度
- 複合的な傷病を持つ在宅要介護高齢者
在宅で認知症+がんの患者は増加しているが、老健には入所しづらい
がんの患者は要介護度が低くなる
このような患者の在宅生活を考えることが重要
要支援の方だと予防通所介護・訪問介護が多い
要介護になると通所介護がベースで、訪問介護が多い
訪問看護は少ない→ケアマネジメントの問題
- これからのケアマネジメント
複合的なニーズを持った患者に対するケアマネジメントができるケアマネを育てることが重要
看護診断・看護計画的なマネジメント

介護保険が始まったころは脳血管障害・認知症・筋骨格系の患者が主な利用者イメージ
現在は持っている傷病は多様化（特に問題になっているのは、がん・心不全・呼吸不全
（COPD））

訪問看護が不必要な患者はいない（頻度の違いがあるのみ）

- 福岡における在院日数が 180 日を超す患者に対する調査について
退院ができない理由は、生活の安心感が不足、生きがいが不足、経済的支援が必要などがほとんど
社会的入院は高齢者にとっては合理的な選択（さびしい生活が待つ自宅には帰らない）
- 地域包括ケアの新しい概念における住宅の視点
地域包括ケアの基盤は住宅
地域の特性に合わせた多様な住宅の提供
地域の浮島になってしまうような住宅を作っては意味がない
「浅めし食道」モデル
「ビバース日進町」モデル
「飯塚市医師会館（サンメディック飯塚）」モデル
- 維持期リハビリ・生活リハビリが機能しているのか、という問題について
「行橋駅前のシャッター通り」…閑散としている
「鶯鴨のとげぬき地藏前商店街」…高齢者が多く集まる→楽しいから
高齢者が楽しいと思える場所を地域でつくらなければリハの効果が生まれ
「ふれあい朝市」モデル…買い物難民の解決モデル
買い物は重要なアクティビティ
地域ごとの工夫：「長野の木曽病院」モデル
- 介護予防について
ICF に基づいた予防
「南の島」モデル…電動車いすの申請率が 8 割の島
生きがいが有る人は状態が悪くならない（家事能力・メンタルも同様）
「稲城市の介護ボランティア制度」モデル…高齢者がサービス受給者であっても担い手にも
なっていく
「鹿屋市柳谷（やねだん）」モデル…農業生産法人を立ち上げ、高齢者にも給料が出る
「ふらて会（北九州市）」モデル…アクティビティを作って提供
介護予防事業の効果：チェックリスト該当者で体操に参加した人、しなかった人の比較
→介護保険利用率は変わらないが、重度の方の参加が少ない
医療費についても外来は参加している人が多いが入院が少ない
→介護予防事業の効果はあったのではないか
様々な事業が行われているが、その評価をすることが重要
「半農半患者構想」…産業医科大学では「健康×農業プロジェクト」として行っている
→福岡県内における都市と中山間地域の交流促進が目的…福岡県版の CCRC の構築
- コモンズ（共有空間）について
医療機関が持っている「安心を保障」する機能を外に出す
- 医療・介護事業体の役割
場と機会を提供する関心縁の中心となる必要がある

主体的に物事を実行・実施する事業体をどのように育てるか

・まちづくりについて

駅の周辺に人を集めることを進める必要性（特に地方都市）

- ・医療度の高い高齢者への看護・介護の一体的提供が地域包括ケアになっていく
- ・多様性を計画し、住まいを保障し生活することを保障する
- ・社会システムとしての「コモンズ」をどのように医療・介護施設がつくっていくか

○「倉敷市版の地域包括ケアシステム構築に向けて」（吉田昌司参与）より現状や施策等の説明

・地域包括ケアシステムには二つの主訴がある

⇒①いかに専門職の方に連携してもらうか（いかに専門職の力を発揮するか）

②地域住民をいかに巻き込み地域づくりをしていくか

- ・倉敷においても地域ごとに特性があるので、メリハリをつけた取組の実施に留意
- ・組織の問題について
縦割りであり、仕事分担のなかで多職種連携、ということの実現が難しい
地域包括ケア推進室をつくり、組織としての器を整えている
- ・認知症初期集中支援チームについて
倉敷市では医療機関を中心として、市がコーディネートしながら構築をしていく
- ・認知症サポーターの養成について
サポーターキッズというものにも着手し、小学生を対象としたサポーター養成を行っている
- ・市と認知症疾患医療センターが連携し主催している事例検討会
- ・女性の薬剤師が主体として取り組んでいるケアカフェ
- ・地域ケア会議について
地域の方々を含め、多職種が意見交換を行える場は貴重なので活かしていく
- ・住民の地域活動を増やし、高齢者の生活をもちこたえていける地域づくりが大切
- ・事例「ボランティアハウスどまんなか」…本来支援を受ける高齢者が担い手になる例
- ・事例「エンジョイスportsの会」…住民主体の自主運営での取組
- ・地域の中での好事例を横展開するような取組を進めていきたい

○「地域包括ケアにおける認知症支援」（江澤和彦理事）より現状や施策、これまでの取組等について説明

- ・介護費用の伸びの管理がひとつの政策の柱
- ・地域医療構想と地域包括ケアシステムは相補的密接不可分
- ・今後は医療必要度・状態像に応じた報酬体系に変わっていく
- ・地域医療介護のマーケティングの視点が医療経営者にとっては今後重要
- ・必要病床数の推計は医療機関の共倒れを防ぐ「救済データ」
- ・慢性期の必要病床数の検討には日常生活圏域の在宅医療、介護施設、高齢者住宅を分析が必須
- ・「地域医療介護構想」の視点が大切
- ・在宅医療介護連携推進事業は市町村と地区医師会の連携が必須
- ・介護支援専門員にはリハに対する理解を求める必要がある
- ・在宅医療は家族が寝かせているイメージが強く、住民へのリハビリの浸透が必要
- ・認知症初期集中支援チームは倉敷市では4チームで開始する

一人開業医や大学の先生などは忙しく、サポート医だとしても参加できない現状
サポーターは登録制ではないため、何か頼みたいときに声がかげづらい

- 地域ケア会議について
民生委員と愛育委員の歴史を尊重することに留意
- ほっとオレンジカフェの立ち上げ、運営
- 認知症マイスターの創設
講義（2 時間）と見学実習（2 時間）を経て修了
⇒登録してもらい、地域づくりの仲間またはリーダーになってもらいたい
- 事例「介護老人保健施設へあれんと」…自己決定や自立支援に結び付けたケアの実践
- 事例「倉敷スイートタウン」…住まいにおける工夫（医療・介護の安心の確保）
- 地域をどう見ていくか、ということがこれからは大切
余裕のある経営者は地域づくりへ参画
- 岡山県医師会地域包括ケア部会
- どこに住んでもその地域で全うしていく覚悟が必要
- 国民と覚悟を共有することで、地域医療構想・地域包括ケアが進んでいく

○意見交換

- 地域包括ケアシステムの構築においては徹底した組織改革が必要
- 機能する横断的な組織づくり
- 明確なアウトカム指標
- 地域ケア会議において外の意見をもらうことの重要性
- 高齢者は仲間と会って話をするのが大切
- 高齢者が中心となって楽しい場所をつくれれば人は自然と集まる
- リスク優先で考えるのではなく、取組を評価することが重要
- お互いに許し合う・助け合う関係を構築することが様々な取組に重要
- 行政はどのような施策を行うと効率よく良い社会づくりができるかを考えることが重要
- 大きな組織を動かしているのは現場の賢い人たち
- イマジネーションを発揮し、多くの情報を共有し、10 年先を見据えていくことが必要
- 3K の発想の転換（感動・感謝・感激などに変えていく必要性）
- 実践できるケアマネジャーを外の関係者とつなげていく取組が必要
- 医療コーディネーターと介護支援専門員は違う
- 介護支援専門員がいろいろなチャンネル・ポケットを持つことが重要
- つながりが作れるような場の整備の必要性
- 記録様式の標準化
- 地域により歴史も文化も違うが、広域の店舗の意見等が入ってくるとそこが考慮されない
- 地域医療構想と地域包括ケアシステムを結びつけることが重要
- 定期巡回等の 24 時間サービスをどのように推進するか
- 在宅医療についての医師会との枠組みづくりが必要
- 退院前のカンファレンスは在宅での生活に向かうための大きなカギ
- 愛育委員・栄養委員の活用
- 介護業界も努力をされていて、進化している

- 社会福祉法人改革のなかにおいても市町村・都道府県により温度差がある
- 市町村の状況や得手不得手を把握したうえで行政と施設との協働
- 認知症サポーターを育成したとして、それをどう活用するのか
- 看護職（看護師・保健師・助産師）自体が何をしているか、その役割・機能を知り活かす
- 看護職の役割を發揮するための研修
- 看護のセカンドキャリア
- 高齢者が担い手になる、それを支えるボランティアや学生たちの役割
- 本来サービスを受ける側の高齢者たちの意識や認識が遅れている
- 消防（救急隊）の活用とコントロール
- 施設がこれから地域にどのように出ていくかを考えることが大切
- 入院時退院カンファレンス
- 地域ごとに取り組を行ってもどうしてもできない地域は出てくる
- 地域包括ケアは精神・知的などの障害にも対応する
- 地域づくりが大切
- 介護離職には様々な企業とそれをサポートする介護事業所の連携が必要ではないか
- 企業を支えるための介護保険のアプローチが入ってくる
- 受け身ではなく攻めの姿勢
- 介護の新たな面を見せていく必要性