地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト

報告書　別冊 3

参加チーム事業計画書一覧

2017 年 3 月

一般財団法人
オレンジクロス

目次

※ 掲載されている事業計画書は、各参加チームが本プロジェクト参加当初に作成・提出したものです。そのため、各チームの直近の活動状況とは異なる場合があります。

No. 1　社会福祉法人ノテ福祉会　1

No. 2　チーム TOWA　TOWA　3

No. 3　ものがたりくらぶ　6

No. 4　星の懸け橋プロジェクト　8

No. 5　医療法人　博仁会　12

No. 6　株式会社デベロ　-

No. 7　スカイベリー・プロジェクト　20

No. 8　医療法人　真信会　霞ヶ関中央クリニック　-

No. 9　医療法人　社団　心司会　老人保健施設しょうわ　23

No. 10　福祉の街チーム　26

No. 11　ケアラーズジャパン株式会社　まちのナースステーション八千代　30

No. 12　チーム向日葵　45

No. 13　ビュートゾルフ柏　48

No. 14　一般社団法人　日本作業療法士協会　58

No. 15　医療法人　トータルライフ医療会（ことよんチーム）　65

No. 16　越前市多職種連携地域包括ケア推進チーム　75

No. 17　株式会社フレアス　-

No. 18　スターメッドグループ株式会社　-

No. 19　ちいき・ケア株式会社　81

No. 20　チーム COSMOS　-

No. 21　チーム三茶　84

No. 22　医療法人社団　裕正会　-

No. 23　相模原・北里大学地域包括ケアプロジェクト　89

No. 24　社会福祉法人　小田原福祉会　93
No. 25　有限会社　ナースケアー　97
No. 26　とやま地域包括ケアステーション　富山市　102
No. 27　とやま地域包括ケアステーション　南砺　108
No. 28　こまつおもいやりのまちプロジェクト（ちーたま）　118
No. 29　オレンジホームケアクリニック　120
No. 30　お達者サポートネットまきおか　124
No. 31　岐阜シティータワー　サンサンタウン　128
No. 32　株式会社　コスモスケアサービス　132
No. 33　ベイビーズネット　136
No. 34　チーム敬絆　140
No. 35　医療法人　平成博愛会　博愛記念病院　145
No. 36　たんがく村を育てる会　149
No. 37　チーム福祉くまモン　-
No. 38　潤和カーサ・アルバ　-

社会福祉法人ノテ福祉会
地域包括ケアステーション実証開発ＰＪ「事業計画」

■事業の実施主体

法 人 名	社会福祉法人ノテ福祉会
代 表 者	理事長　対　馬　徳　昭
住　　所	札幌市清田区真栄４３４番地６
電話番号	０１１－８８５－８７８７
ＦＡＸ	０１１－８８５－５５６０
Ｅ－mail	j-kobayashi@note.or.jp

■チームメンバー

氏名	役職
対馬　徳昭	理事長
対馬　輝美	副理事長
丸山　小百合	介護老人保健施設　副施設長
板垣　貴宏	東京本部　本部長
小林　純也	法人本部　次長

■事業の背景と目的

そもそも地域包括ケア体制とは、中・重度のご利用者がそのご自宅において自立した生活を営むことができるよう、フォーマル・インフォーマルを問わず様々な支援の手段で支えようとする仕組みであると理解しています。

当然、その骨格となるのは介護保険によるサービスであることは疑いようのない事実です。私たちは７年の歳月をかけて今回の事業を実践し、自らの法人名を頭に付けた「ノテ地域包括ケア体制」を開発・実践して参りました。こういった前提のもと、私たちは施設サービスと在宅サービスの連携の“繋ぎ”及び自法人と他事業者との“繋ぎ”が重要なキーファクターであるとの結論に達したところです。

<u>地域包括ケア体制は、スタイルだけではなく実践を伴うもの</u>

利用者のニーズと居宅サービス等のミスマッチを初め、介護　者の介護疲れ及び転倒等による事故により在宅生活の継続が脅かされることが少なくありません。私たちは、こういった問題の主な原因の一つは、一人の介護支

援専門員によるニーズの把握が十分に出来ていないにも関わらずサービスの提供が行われてしまうところが問題であると考えています。当該事業は、地域包括ケア体制の要となる先述のような“繋ぎ”を補い（シームレス化）、こういった在宅生活の継続の阻害要因を省き、よりその人らしく在宅で自立して生活を継続することを支援しようとするのが目的となります。

■事業内容

・地域包括ケア体制の具体的な連携及び効率的な手法

当法人の介護老人保健施設において、「アセスメント入所」という取り組みを行っています。これは、在宅に退去しようとするご利用者に対して、医師、看護師、理学療法士、相談員（介護支援専門員）及び介護職員の多職種が共同して、利用者の２４時間の状況を基にアセスメントを行い、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と共同して居宅サービス計画の原案を策定するというも。

このように地域包括ケア体制の中での具体的な連携方法の在り方を検討し、かつ、先述のような取り組みを通じて、利用者にとって真に必要なサービスが効率的に提供できコストカットが図れる手法について実践を通じてブラッシュアップを行う。

■スケジュール

・平成２７年１０月頃　中間報告とりまとめ
・平成２８年３月頃　年間報告とりまとめ

■期待される成果とその把握方法

・地域包括ケア体制の実業務の確立
・自法人のみでなく他事業者を巻き込んだ地域包括ケア体制の構築
・満足度調査等

お問い合わせ先
社会福祉法人ノテ福祉会
法人本部　小林　純也
ＴＥＬ　011-885-8787
ＦＡＸ　011-885-5560
E-mail　j-kobayashi@note.or.jp

【チーム TOWA－TOWA　事業主体】

	氏名	職種	所属・立場
チームコアメンバー	後藤勝子	介護福祉士 介護支援専門員	訪問介護ステーションコスモス　代表
	森安子	介護福祉士 主任介護支援専門員	同上、主任ヘルパー
	工藤勝信	介護福祉士 介護支援専門員	同上、サービス提供責任者
	高嶋道子	介護福祉士	同上　サービス提供責任者
	佐藤一生	薬剤師	ひまわり薬局　店長
	中村創	薬剤師	同上
	羽賀研二		カラダラボ室蘭港北店　管理者
	友杉正則		軽費老人ホーム泉寿園　施設長
	大塚典幸	介護福祉士 介護支援専門員	軽費老人ホーム泉寿園　生活相談員
	吉田賢司	社会福祉士	デイサービスセンター泉寿園　管理者
	亀田拓臣	社会福祉士 介護支援専門員	グループホーム　フォレスト柏木　ホーム長
	高橋和弘	理学療法士	太平洋病院
	藤田美智子	看護師	訪問看護ステーションおたがいサロン
	佐藤弘太郎	医師	本輪西ファミリークリニック院長代行
	上野暢一	医師	同上、副院長
	大杉直美	看護師	同上、看護師長
	田村真美	看護師	同上、看護主任
	篠原歩	社会福祉士	同上、社会福祉士
賛助会員	下地晋	医師	下地内科外科クリニック
	生田茂夫	医師	いくた内科クリニック
	三浦義隆	歯科医師	三浦歯科医院

代表者名	所属機関	医療法人　本輪西ファミリークリニック
	担当者氏名	院長代行　佐藤弘太郎（篠原歩）
	住所	〒050-0065 北海道室蘭市本輪西町 3-36-9
	電話	0143－55－1212
	FAX	0143－55－3000
	メール	kotaros@hcfm.jp（a.shinohara@hcfm.jp）

チーム　TOWA TOWA　事業計画

＜チームミッション＞
・どんな状況になっても自分の意志決定に沿った人生をこの地域でおくることができる、と住民から信頼される地域つくり。
・各サービスが効率よく分業しながら、適切なケアをステージに応じて提供している地域つくり。
・保健医療介護など関わる人が、もっと働きたくなる地域つくり。
更にこのような地域が持続していく仕組み（**TOWA システム**）を考えていきます。

＜チーム名の由来＞
持続していく地域つくりという意味での＝永遠。
「とは？」と問いかけて良いものを作り出していく創造性をイメージしています。

事業１：病気になった際、独居になった際のライフスタイルの提案
現状）札幌や他市町村へ転出する人は多い。また配偶者が死亡後に独居となり施設入居となる方も多い。どのようにこの地区で住み続けることができるのか具体的なイメージがないことによる不安。経済的負担はいくらか、どんな住まいの選択肢があるのか、どんな生活支援が formal, informal にあるのか。この地区で受けられる具体的なサービスが見えづらい。
ステップ１）情報共有と情報収集（2015 年度）
・まずチーム内の事業者間がお互いを知る必要がある。
・他の formal 支援者への声かけ、チームへの勧誘。
・Informal サポートの情報収集とリスト化や層別化（民生委員～ボランティアまで）

ステップ２）役割分担（2015 年度）
それぞれのリソースの強みを生かして、どのようなサービス・支援が可能かまとめていく。その中で、この地域の強みや足りない部分も見えてくる。
高齢化してきている Informal サービスはサポートオフィス的なニーズもあるかも？
どこまで重度の人をみれる住まいがあるか？

ステップ３）リソースを生かした病後ライフスタイルや独居ライフスタイルの提案。
（2016 年度）
病気毎に何種類か用意したり、男性女性や年齢、経済状況などバリエーションをもたせる。

ステップ４）住民向けに発信（2016 年度以降）。
メディア利用や町内会への出張健康講話、冊子を作成して配布など。

2015 年度計画：事業１ステップ１

１）　情報共有

事業２の TOWATOWA キックオフミーティング、研修会で実施。

２）　情報収集

・インフォーマルサポート MAP の作成

・インフォーマルサポートリスト（役割別）の作成。

上記過程から、チーム TOWATOWA とどう連携していくかの形の模索
をしていく１年にする。地域の強みや足りない部分が見えてくる１年にする。

事業２：この地域で一体となって専門職を育てていく土壌をつくる

現状）介護サービスを使い過ぎる CM など質が一定ではない。待遇面で介護職は厳しく、応募してもなかなか採用とならない。ただ遣り甲斐を持って頑張っている職員もいる。

ステップ１）TOWA-TOWA キックオフ会の開催

事業所間の相互理解と懇親を深める。

以後は、個別ケースでの連携を通じた顔のみえる関係つくり

ステップ２）TOWA-TOWA 研修会の実施

数ヶ月毎に各事業所が持ち回りで当番を担当。各事業所のトピックを話しつつ、カフェ形式なども取り入れ気軽に、かつ学べて、懇親も深まるような会を定例で開催していく。

以上。

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト事業計画書

１．事業主体

名 称	ものがたりくらぶ			
代表者	氏　　名	所　属　機　関	職　　種	住　　所
	松嶋　大	ものがたり診療所もりおか	所長／医師	盛岡市向中野５丁目１７－８
事務局	氏　　名	所　属　機　関	職　　種	住　　所
	北村　充	ものがたり診療所もりおか	副所長／介護	盛岡市向中野５丁目１７－８
	電　　話	０１９－６１３－３１７１	ＦＡＸ	０１９－６３６－１６３０
	EMAIL	monogatari.morioka@gmail.com		

２．チームメンバー

	氏　　名	所　属　機　関	職　種
1	村上智彦	ささえるさんグループ 代表	医　師
2	永森克志	株式会社ささえる医療研究所 代表	医　師
3	須藤　義	ささえるさん夕張 所長	介　護
4	伊藤伸一	伊藤医院院長、秋田県医師会常任理事	医　師
5	佐藤伸彦	医療法人ナラティブホーム理事長　一般社団法人ナラティブ･ブック代表理事	医　師
6	川口　裕	ナラビットホールディングス株式会社 取締役	経営者
7	松嶋　大	ものがたり診療所もりおか所長、一般社団法人もりおかナラティブ勉強会代表理事	医　師
8	長村ひとみ	ものがたり診療所もりおか	看護師
9	北村　充	ものがたり診療所もりおか 副所長	介　護

３．事業の背景と目的

事業の背景
住民が安心して地域で暮らし続けられるためには地域包括ケアシステムの充実が必要であるが、そのための試みは全国各地で発展途上中と言わざるをえない。さらに、いわゆる 2025 年問題とされるその時期までに、すでに 10 年を切っていることからも、地域包括ケアシステムへの取り組みは喫緊の課題と言える。 私たちは、地域包括ケアシステムの充実に寄与するものとして、とりわけ以下の二つに着目している。まず介護保険制度の定期巡回随時対応型訪問看護介護、そして暮らしの保健室（東京都新宿）である。いずれも着実に全国に普及はしつつあるが、いまだ十分とは言えない。
チームの問題意識
全国各地には、医療福祉介護を一体的に提供する仕組みなど、先進的な取り組みを展開する事業所が複数存在している。ただし、その善い取り組みが全国へ広がっていっているとは言いがたい。その理由の一つとしては、取り組みの運営ノウハウの共有などの仕組みがないことがあげられる。

目　的
・　医療福祉介護が一体的に提供される在宅ステーション（仮称）を開設し、地域住民が安心して地域で暮らし続けられるための地域包括ケアシステムを構築する。 ・　志を共にする全国各地の仲間たちの緩やかなグループ（ものがたりくらぶ）という在り方を示す。すなわち、善い取り組みが全国に広まっていくこと、グループ内で切磋琢磨することで善い取り組みを洗練していくなどである。

４．事業内容

パイロットステーションのイメージ
①在宅ステーション（仮称）の設置：定期巡回随時対応型訪問看護介護事業、居宅介護支援事業所、暮らしの保健室などを含む医療福祉介護が一体化した地域の拠点 ②ナラティブブックの導入 ③バックオフィス機能：ものがたりくらぶ内での情報共有、人材交流
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
・　ものがたりくらぶ内での情報共有や事業内容や効果の分析 ・　暮らしの保健室を通じて地域や行政、医療福祉介護事業所との連携を図る

５．スケジュール

平成２７年　４月	在宅ステーション（仮称）の設置準備の開始
平成２７年　５月	チームメンバーとの意見交換
平成２７年　６月	チームメンバーとの意見交換
平成２７年　７月	ワークショップ参加
平成２７年　８月	チームメンバーとの意見交換
平成２７年　９月	プロジェクト中間評価
平成２７年１０月	ワークショップ参加
平成２７年１１月	チームメンバーとの意見交換
平成２７年１２月	チームメンバーとの意見交換
平成２８年　１月	ワークショップ参加
平成２８年　２月	チームメンバーとの意見交換
平成２８年　３月	プロジェクト年間評価・成果発表

６．期待される成果とその把握方法

地域包括ケアシステムの充実への寄与により、地域貢献ができる。 チームメンバーによる事業内容の共有や評価、分析をたゆまなく続ける。

地域包括ケアステーション　実証開発プロジェクト　事業計画書

公益財団法人　星総合病院
星の懸け橋プロジェクト

（1）事業主体

・代表者　星　吾朗（ほし横塚クリニック　医師）
・チームメンバー　　※別紙参照
・プロジェクト名【星の懸け橋プロジェクト】

≪プロジェクト名の由来≫

昭和50年、当法人で創刊された病院機関誌名は「怒涛散跳春陽懸虹：どんなに厳しい現実の中にも夢を、希望を持とう」から引用し『懸虹（けんこう）』と名付けられた。

この『懸虹』にちなみ、これからさらに加速する地域包括ケアの重要性を認識し、当法人全体として、広い意味での地域における「健康（けんこう）」を支え、また、医療と介護を切れ目なくつなぐ虹の懸け橋のように関わることのできるチームを目指し命名した。

（2）事業の背景と目的

・事業の背景

当法人は郡山駅近くの星総合病院(届出病床数４３０床、２次救急、地域医療支援病院)を核とし、総合相談・地域連携室、退院支援調整室、在宅介護支援センター、認知症疾患医療センター、運動プログラム用プール、オーケストラ演奏もできるホールなどを有し、他にも市内に精神科病院、介護老人保健施設、通所リハビリ、隣接する町立三春病院指定管理など様々な取り組みを行っている。星総合病院から約１kmの距離には、ほし横塚クリニック（家庭医、在宅療養支援診療所）、星訪問看護ステーション、芳賀・小原田地域包括支援センターがあり、地域包括ケアシステム構築に向け連携強化中である。

かねてから地域に求められかつ貢献する“おらが病院”を目指しており、病気になってから縁があるだけでなく、地域の活動に職員が参加したり、出前講座や健康教室などの予防や啓蒙活動を行ったりしている。また、地域農家と協力した“あおぞら市”の開催、地域医療職に向けた「どこでもメディカルセミナー」、地域看護師対象の「ここでもメディカルセミナー」、ホールを活用したコンサートやシンポジウムなど、多様な取り組みを行ってきた。今回の実証研修では、今まで行ってきた様々な活動をより地域包括ケアシステムの一環として意識的に見直しすることで、地域包括ケアの一翼を急性期病院を軸として構築可能であるかを検証したい。

・地域の人口構成や現状と将来像、住民意識、それらを踏まえた地域の課題等

福島県郡山市は県中央に位置し、交通の利便性のよさや、明治以降の安積開拓事業による農業及び工業の発展によって経済都市として発展し、人口約34万人の中核都市である。一方で郊外は農村・山間部が

ひろがっている。2014年の高齢化率は23.2%であるが、原発による長期避難者が隣接する三春町も併せて約9300人居住しており、実際の高齢化率は公表より高いと推測する。そのようななか星総合病院は急性期病院としてベッドコントロールを行い、地域医療支援病院の認定として地域のクリニックとの連携を図っている。地域医療の課題として

① 2次医療圏以外からからの救急患者受け入れ要請が非常に多く、その対応に苦慮している。
② 医療従事者・介護従事者が足りず、入院も退院も調整に時間を要し、病床を有効に稼動できない状況。
③ 入院直後（退院決定後）に介護保険申請をすることが多く退院調整を進めにくい。
④ 高齢世帯、日中独居世帯増加のため、なにかあったら入院入所の希望が強い。

・事業の目的

「病気になってから来るところだけでなく、予防、介護、リハビリ、看護も連動した地域の急性期病院として存在し活用される」

「退院前後の期間に十分な連携やフレキシブルな在宅サービスの提供をすることでセルフケア能力向上につながり、その人らしさを早期に取り戻すことができる」

（3）事業内容

【事業内容のイメージ】

① 地域の健康度を高めるかかわり
② 地域住民が介護や在宅医療を知る機会の創設
③ 早期退院に向けたかかわり

① 地域の健康度を高めるかかわり

認知症教室などの各種健康教室の実施

a 未定（外来受診ついでに参加できる短時間のもの）

b 未定（予告開催されるもの、まとまった時間のもの）

② 介護や在宅医療を知る機会の創設

宣伝としてHP、FB、チラシなどの広報活動

気軽な窓口の創設

メグレズ友の会会員への案内

a まちあいカフェ(仮称)

b 未定

③ 早期退院に向けたかかわり

入院中から退院調整室や介入チーム等が連携し退院調整を早期に実施し、他職種でアセスメントとケアを実施する事を強化する。

退院後は特別指示書を有効利用した流動的な支援を実施しながら一定の方向性を見出し、できるだけ既存のサービスにつなげる。また、ICT活用'によって多職種で情報の共有を図る。

※1　福島県内において地域医療連携システムの構築が進められており、秋頃運用開始予定。それまでは院内電子カルテ参照やチャットワークシステムを利用予定。

＊早期退院想定患者例

a 整形外科術後の早期退院

b 心不全患者の早期退院、再発予防

c 認知症を有する患者の早期退院

d 緩和ケア病棟で症状コントロール良好な患者の退院支援　　など

＊　介入チーム名：「ほし★おせっかいチーム」

・チーム構成は、訪問看護ステーション看護師２名、セラピスト１名、介護福祉士１名、ソーシャルワーカーもしくはケアマネージャー1名、病棟担当看護師、セラピスト等を基本とする。

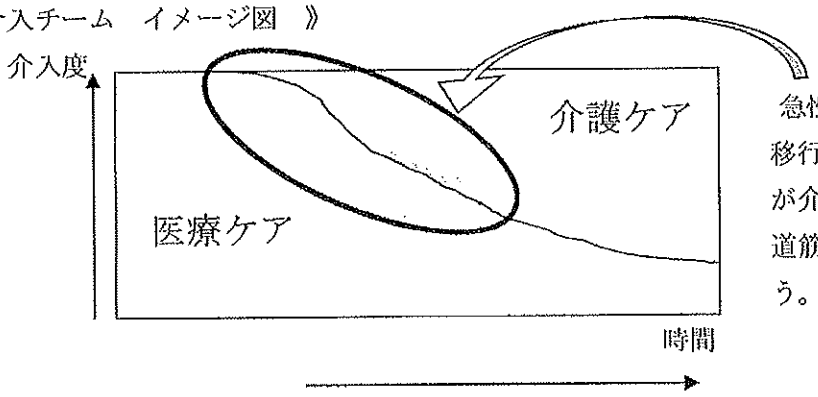
・急性期病院からの退院時の介入や、地域や家庭からの介入要請に応じて初動する。

・随時他スタッフと協議を行い、応援を求め、必要時認定看護師によるスーパーバイズを実施。

・必要時、家庭医や総合病院等との連携も実施する。

・本プロジェクトでの対象患者は、訪問看護ステーションから車で 10 分程度までの距離を想定。

《　介入チーム　イメージ図　》



急性期医療から在宅介護への移行部分をおせっかいチームが介入する事で自立支援への道筋をつける。この部分を担う。

＊算定：　通常算定しているものは通常通り算定を行う。

なおステーションからの訪問は医療保険において看護師とセラピスト、看護師と看護補助者の訪問は算定が認められているが、現行では介護保険において看護師と看護補助者の組み合わせや介護福祉士単独の訪問は算定できない。この部分は必要に応じて実施し検証したい。このことは地域介護事業者との繋がりを考えると、市の介護保険課・県厚生局に対しての事業内容の説明や許可、地域介護事業所の理解を得ながら行う予定とする。

（4）スケジュール

4・5 月：①②に関する具体策の検討

介護や医療に関する意識調査・職員の意識調査の準備と実施

③介護福祉士同行に関する介護保険課・県厚生局に相談、地域事業所へ説明準備
病院の退院調整部門と訪問看護ステーションとのモデルケース実施に向けモデルケース検討
入院時情報収集の体制構築（退院支援調整室）

5月～　：対象患者への介入開始
6月～　：①②③実施（適時頻回訪問の体制構築）
6～7月：あおぞら市始動に伴い、健康ミニ講座（仮称）開設
まちあいカフェ（仮称）準備・始動
8月　　：訪問リハセンターの開設
10月　：健康体操開始（星総合リハ科、郡山市、芳賀小原田町内会等）
11月　：中間見直し（集談会で中間報告）
12月　：評価のための調査
2月　　：事業成果のまとめ、統計的な報告書作成
3月　　：院内での事業成果報告
4月　　：オレンジクロスでの事業成果報告

（5）期待される効果とその把握方法

＊　アウトカム
本人の目標達成とＱＯＬの向上、再入院回数の減少
地域住民の意識の変化（健康感、地域ぐるみのケア）

＊評価方法

・ケアの質
在院日数の変化
介入群と非介入群での再入院率比較
医療的目標の達成（　例：再発しない。感染を起こさない。術後合併症が起きないあるいは早期発見される。など）
在宅サービスに関する満足度、本人目標の達成、自立度の改善など

・地域の健康度・介護や在宅医療を知る機会
イベント等の参加人数変化、相談窓口に寄せられた相談件数、意見内容、参加者アンケートなど

・働き甲斐・働きやすさ
介護や療養に対する意識調査（スタッフ）
ヒアリングによる充実度や次の意欲等の評価
ＩＣＴの活用評価
残業時間数、有給取得率等

・コスト
早期退院しなかった場合との比較
算定できないものの集計

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト

医療法人　博仁会

１．事業計画案

①認知症サポートとしてのアルツハイマーカフェなどの運営

②ミーティングセンターサポートプログラムの実践

認知症の人とその介護者へのサポート

③ケアワーカーの確保・養成

訪問看護師等専門職の能力開発・キャリア形成支援

病棟看護師の訪問看護実践プログラムの実行と関連法人志村学園茨城北西看護専門学校での訪問看護実習の充実

④医療と介護の情報一元化

医療・介護情報連携システムの確立

１０月からの法人内医療・介護情報連携システムの稼働開始と地域包括ケアとしての効果の把握

２．今までの取り組み例

添付別紙の通りとなります。

認知症サポーター
養成講座

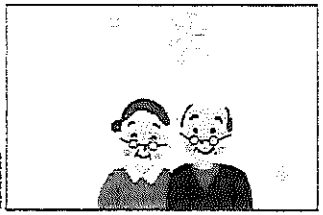
認知症になっても
安心して暮らせるまちづくり
一緒に考えませんか？

12/7 土曜日

日時/12月7日(土) 15時～17時
場所/コミュニティカフェ バンホフ
(常陸大宮市上町932) 常陸大宮駅から徒歩2分

参加費/無料

認知症を支援するサポーターの「目印」
オレンジ色の「オレンジリング」が渡されます



―― 参加ご希望の方は下記までご連絡をお願いいたします ――

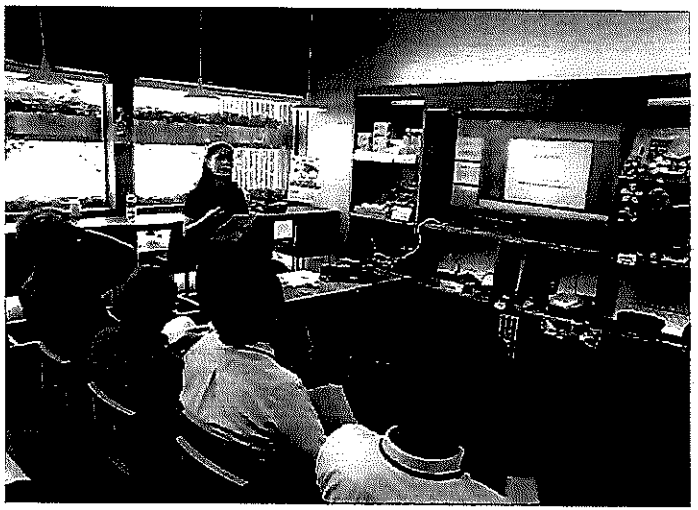
連絡先/常陸大宮市南部地域包括支援センター
0295（53）6810【担当】根本・粉川

【認知症サポーターとは?】

「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の一環として、「認知症サポーター」を全国で養成し、全国が認知症になっても安心して暮らせるまちになることを目指しています。認知症サポーターは、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者で、地域住民をはじめ、全国に300万人を超える認知症サポーターが誕生しています。(平成24年6月末現在)

【認知症サポーターに期待される事】

1.認知症に対して正しく理解し、偏見をもたない。
2.認知症の人や家族に対して温かい目で見守る。
3.近隣の認知症の人や家族に対して、自分なりにできる簡単なことから実践する。
4.地域でできることを探し、相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる。
5.まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍する。



参加者:12名
平成26年7月19日　第5回開催

こんな事やってます

メモリーカフェ

【毎月第２土曜日の14時30分～16時で開催中】

・おしゃべりをする場所に出かける事で、

似た悩みを持つ方々と出会える場所。

・認知症の介護を経験した方、今現在行っている方、これから認知症の介護を始める方、認知症になっても住める地域作りに関心のある方、いつでもご参加下さい。

地域活性化プロジェクト

おはなしカフェ

～何となく「みんな」で「おはなし」しましょう～

11月6日(水)

時間：１４時３０分～１５時３０分ぐらい

場所：コミュニティカフェ バンホフ
(常陸大宮市上町932)

参加費：５００円（ドリンク・デザート付）
☆参加ご希望の方は事前にご連絡お願いします
☆連絡先：0295-54-1919事務局まで

テーマ：今回は特に無し
・・・と言いつつも「少し」だけ「介護」の「おはなし」をします

主催：おはなしカフェ実行委員会
協力：「ピアサポート」プロジェクト

【おはなしカフェ？】

みんなで集まって気軽に「おはなし」する事が目的です。テーマは何となくありますが、それにこだわらずにフリートークな感じで1時間「おはなし」します。

その中でお友達や相談できる相手、何か一緒に活動するグループが出来れば嬉しい感じです。もしかすると、みんなで「街のイイトコロ」を探しに行くバスツアーが企画されるかもしれません(笑)。お気軽に「おはなしカフェ」に参加して楽しく時間をすごしましょう♪

平成25年11月6日　参加者11名
新規メンバー2名参加♪

85歳
認知症の妻の介護中

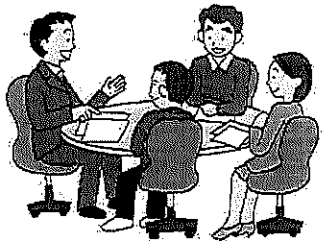
今年の6月
夫を亡くす

えきまえ保健室

地域にお住まいの方々の暮らしや健康、
医療、介護のご相談をお受けします。

誰に聞けばいいか分からない
困りごとはありませんか？

▶ 地域の医療・介護状況を熟知した
相談員が担当いたします

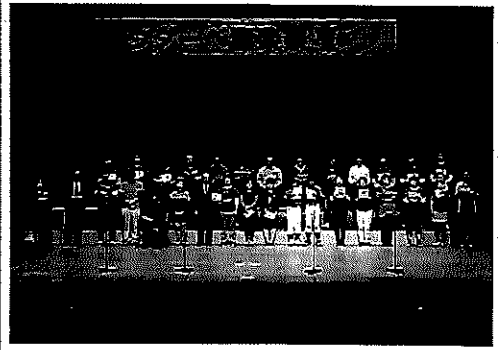


健康や地域医療、介護に関する勉強会を開催します

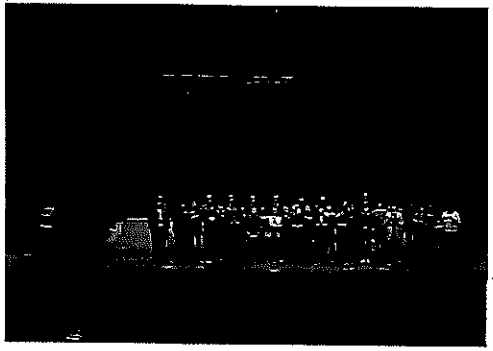
お茶を飲みながらゆったりくつろげる地域のみなさまに開かれた場所です

地域ネットワークからの新しい取り組み

市民協働課、まちづくり団体で企画・運営



●大宮小学校



●三次市長も歌いました

常陸大宮 ウダーベ音楽祭

懐かしい校歌熱唱

市制施行・合併10周年を記念し、常陸大宮市内の小学校卒業生ら（行政員会主催）が18日、

38校の校歌が卒業生らによって披露された＝常陸大宮市文化センター

同市中富町の市文化センターで開かれ、卒業生ら約800人が、統廃合の17校を含む38校の懐かしい校歌を楽しんだ。

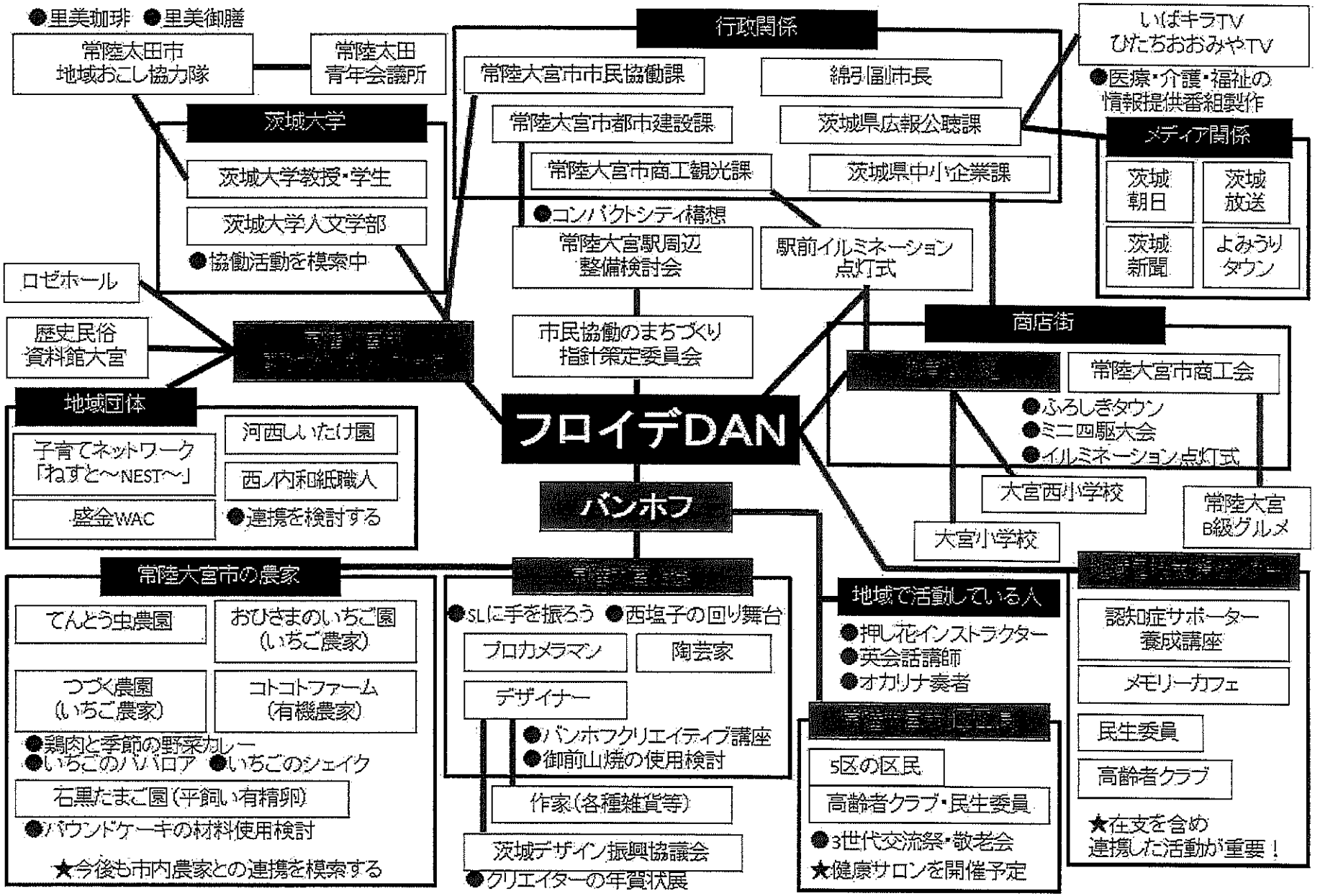
「生まれ育った地域の特長を出しながら市として一体感を出せれば」と実行委員長の倉田稔さん(55)ら市民が中心で企画。旧町村の山方、美和、緒川、御前山、大宮の5地区ごとに校歌が披露された。参加者はピアノやリコーダーなどの伴奏に合わせ、小学生に戻ったような笑顔で校歌を熱唱し、3世代で参加する姿もあった。

「流れ消らかな久慈川の…」など歌詞に風土が織り込まれた校歌に、涙ぐむお年寄りも見られた。旧山方町の久隆小最後の卒業生、大高弘嗣さん(25)は「卒業以来、校歌を歌ったことがなかった。小学生のころを思い出した」と懐かしそうに話した。（笹目恵）

手話や車いす 家族連れ体験

福祉に理解を深めてもらおうと、交流イベント「第24回ふれあい福祉のつどい」（福祉ボランティア連絡協議会主催、市社会福祉協議会共催）が18日、

「フロイデDAN」「バンホフ」と地域ネットワーク



地域包括ケアステーション　実証開発プロジェクト

スカイベリー・プロジェクト

(1) 事業主体

	氏名	職種	所属・立場
チーム メンバー	鶴岡　優子	医師	つるかめ診療所・所長 株式会社つるかめ社中・代表取締役 つるカフェ・代表
	鶴岡　浩樹	医師	日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科・教授 つるかめ診療所・副所長
	前原　操	医師	前原医院・院長 栃木県医師会・副会長 みぶの会・代表
	長島　公之	医師	長島整形外科・院長 栃木県医師会・常任理事
	＊	保健師	行政から参加を検討中
	＊	看護師	行政から参加を検討中
	＊	社会福祉士	行政から参加を検討中
連絡先	団体・事業所名	スカイベリー・プロジェクト	
	担当者氏名	鶴岡優子	
	住所	〒329-0433　下野市緑 3-18-16	
	電話	0285－32－6011	
	FAX	0285－32－6012	
	メール	tsuruoka@road.ocn.ne.jp	

本プロジェクトの主体は、株式会社つるかめ社中とつるかめ診療所であり、鶴岡優子・浩樹が中心となり、パイロットステーションの立ち上げと運営を行っていく。前原医師は栃木全域へ地域包括ケアが拡がるためのキーパーソンである。隣接する壬生町で密な多職種連携とICT活用の成功例である「みぶの会」の代表でもあり、組織間コミュニケーション、地域づくりなど多角的なアドバイスをいただく。長島医師は医師会を中心に栃木全域で完全非公開型SNS「どこでも連絡帳」の活用を進めるキーパーソンである。パイロットステーションと地域で、ITをどう活用していくか、アドバイスをいただく。

⑵ 背景と目的

下野市は人口 6 万人、上三川町は人口 3 万人であり、栃木県南の新興住宅街と農村地帯を併せ持つ隣どうしの自治体である。自治医大と独協医大という 2 つの大学病院を有し、周辺には診療所も中小病院も多く医療機関の不足はないといわれる地域である。つるかめ診療所は栃木県下野市にある在宅療養支援診療所で、開業以来 7 年間在宅医療に従事してきた。約 50 名の在宅患者を 2 名の医師で担当している。診療圏は約 10km以内、地域としては下野市、上三川町、小山市の一部である。昨年 1 年の在宅看取り数は 28 名で、訪問看護は 6 か所の外部のステーションと連携をとってきた。栃木県は訪問看護ステーション数が、全国水準と比べて極めて少ない。ステーションが設立できても継続が難しく、廃止となる場合も少なくない。

つるかめ診療所では、2011 年 6 月より、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどの行政職員、地域連携室の病院職員との多職種で多事業所の連携、協働を目的につるカフェ勉強会を継続してきた。不定期であるが、公民館などの公共施設を借り、約 30～60 名集まって在宅医療の勉強している。またこの会が中心となり、市民講座も開催し、市民と専門職あわせて約 200 名参加され、すべてボランティアで運営している。大学病院は市の一大産業であり、大学病院があることで住民の健康意識は高く、住民が勉強熱心であることが市民講座の集客につながっている。一方で「大学病院に行けばどのような病も救われる」「大学病院で最期を迎えられたら幸せ」という住民のメンタルモデルがあり、そのため在宅ケアがなかなか根付かない。

本プロジェクトの目的は、医療が主導する「地域包括ケアステーション」の可能性と課題を明らかにすることである。新しい訪問看護ステーションを設立し、その運営をおこなうことで、住民の自律を促すようなケアはどのようなものか学び、その知恵を地域で共有していく。

⑶ 事業内容

つるかめ診療所がある栃木県下野市の隣の上三川町で「つるかめ地域包括ケアステーション上三川」を設立する。上三川には訪問看護ステーションはなく（10 年前に廃止となった）、上三川、下野市の患者を中心に担当する。当地でも訪問看護の人材は不足していると言われており、短時間でも自律的に責任をもって充実感をもって働けるスタイルを開発していく。働く時間に関しては、これまでの常識にとらわれず、バリエーションを豊富に考え、それにあわせた報酬を考える。つるかめ診療所とつるかめ地域包括ケアステーションのスタッフは、週に 1 回ミーティングをおこない、毎日完全非公開型SNS「どこでも連絡帳」を用いて、緊密に、迅速に、安全に情報が共有できるようにしておく。今年度は、つるカフェ市民講座のテーマが在宅看取りであることも考慮し、最期まで自分らしく生きるということは、どういうことか、リビングウィルを意識した患者個人の情報（フェイスシート）の開発をおこなう予定であり、その開発そのものも「どこでも連絡帳」を用いておこなう。

個々のスタッフについては、Kolb の経験学習モデルに基づき、実践を振り返り、言語化、概念化して知を創出できるような人材育成を目指す。これを土台に、野中らの SECI モデルを参考に組織としてのナレッジマネジメントに取組み、当ステーションにおける知の創出を蓄積する。その上で行われる「どこでも連絡帳」やつるカフェなど多機関・多職種との意見交換により地域全体で共有できる知の創出に高めていく。

⑷ スケジュール

2015 年 4 月　看護スタッフ募集、「どこでも連絡帳」登録
5 月　オープニング・スタッフの決定、ＩＴ環境設の定
6 月　訪問看護ステーション開設
7 月　居宅介護支援事業所開設
9 月　訪問介護ステーション開設
10 月　つるカフェ市民講座のボランティアスタッフ募集
リビング・ウィルを意識したフェイスシートの開発
2016 年 2 月　つるカフェ市民講座　開催（フェイスシートの発表も）
3 月　スカイベリー・プロジェクトの成果のまとめ

⑸ 期待される成果とその把握方法

成果として期待できるは、まずは「地域包括ケアステーションの設立」である。看護師 4～5 名、リハ職 1～2 名、ケアマネジャー1～2 名、ヘルパー3～4 名で運営を理想としたい。「どこでも連絡帳」は、医療を担当するつるかめ診療所ではすでに運用を始めており、地域包括ケアステーションでも、個々の患者情報だけでなく、ステーションの理念や目的の共有、自立と自律をサポートするケア、玉ねぎモデルも共有していくことができると期待される。

次に期待できるのは、「新しい働き方のモデル形成」である。潜在専門職であっても、短時間勤務であっても、自律的に充実感をもって輝いて働くことができる職場づくりである。これについては、把握は難しいが、スタッフにアンケート調査をおこなうなどして、フィードバックの機会を設ける。

さらに期待できるのは「リビング・ウィルを意識したごフェイスシートの開発」である。市民講座でそれを市民に還元することで、自律的に最期まで暮らすということはどういうことが問い直す機会になり、ご当地の玉ねぎモデルになると期待する。

これらの具体的な課題を共有し、スカイベリー・プロジェクトをすすめていくことで、チーム・スピリットが育ち、実際の臨床や地域ケアに活かされていく。その人らしい暮らしとは何か、それを持続するには何が必要か、専門職も住民として考える機会になることも期待できる。下野市、上三川にとどまらず、栃木全体でこれらの知恵を共有することで、自らの成長に拍車をかけることも期待したい。

事業計画（素案）

団体名　介護老人保健施設　しょうわ
責任者　理事長　佐藤龍司（医師）
住所：埼玉県春日部市下柳１０８８
ＴＥＬ：048-718-2111
ＦＡＸ：048-718-2115

1. 名称

「地域包括ケアステーションとしての介護老人保健施設」

2. 計画案

① 事業実施目的

2025 年に向けた地域包括ケアシステムの構築は、今後の地域福祉・介護を推進する上での重要なテーマである。

現在あるフォーマルな介護予防に直結する通所機能や社会資源（保健センターや老人クラブでのサロン活動等々）や障害者団体の活動等、インフォーマルな各事業所や NPO などが展開する「何らかの出会いの場」を結びつけるためにはどのような工夫が必要か、官民一体となり、また、地域一丸となり考えなければならない。

障害を持った高齢者が在宅生活、地域での生活を継続していく上で求められるため医療と介護を一体的に提供してマネジメントしていく地域包括ケアステーション（以下、ステーション）において「看護」「介護」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」に対して、多職種協働・連携によるケアの価値を高め、住み慣れた地域、家で生ききることを通し、家で安らかに満足して死を迎えることを目標の柱とする。

また、介護施設を有効に使用するために地域社会の全ての人々を年齢や障害の有無、障害の区別なく地域の中で見守り、有機的なつながりがより構築されるコミュニティづくりに資するものである。

なお、当プロジェクトの構築実証としての「地域包括ケアステーション」パイロットステーションは、春日部市内介護老人保健施設に置く。

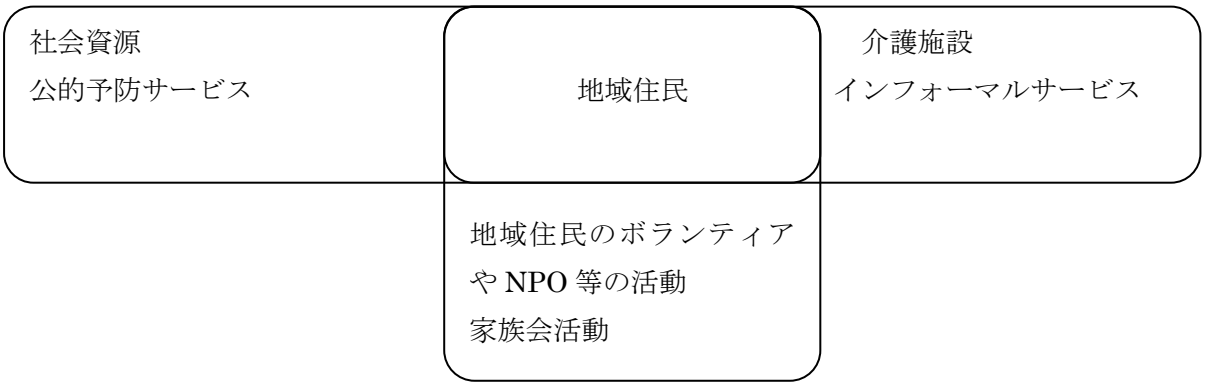
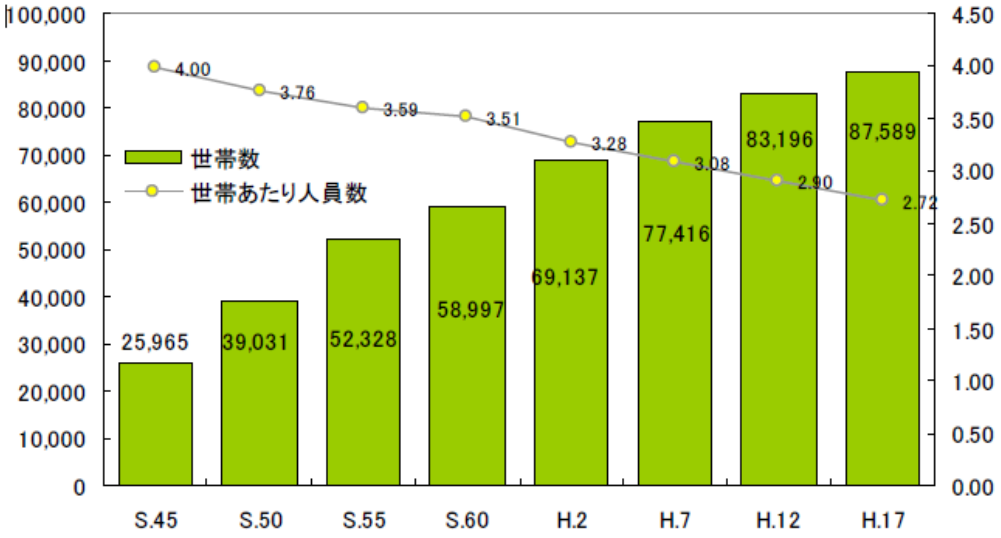


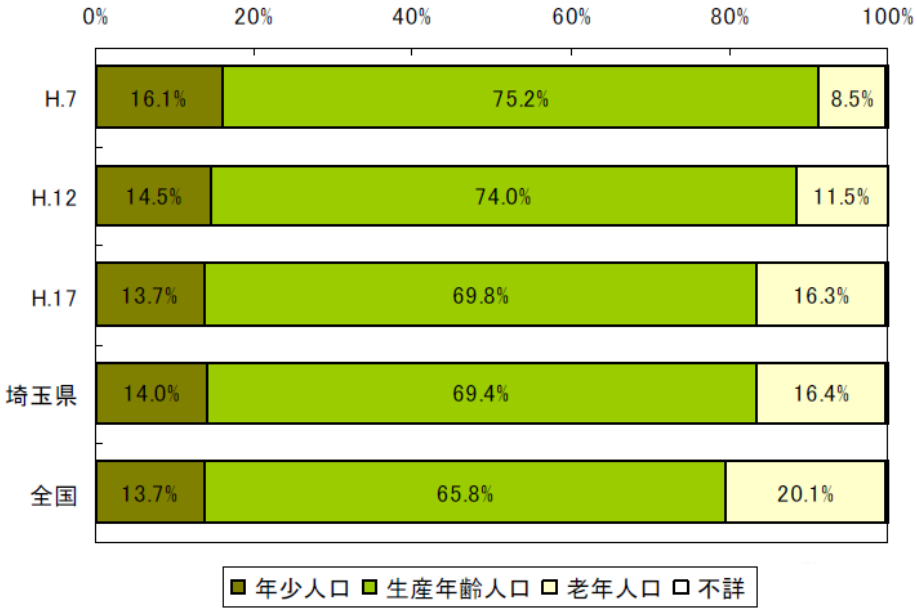
図　当プロジェクトの概念図

② 当該地域の地域分析とそこから把握できる対応課題

ｉ）春日部市　人口構造推移

図　春日部市の世帯数推移【出典：国勢調査】





ⅱ）対応課題

・世帯数は増えている

・一世帯当たりの人口は減っている

・老年人口の割合が高くなっている

以上から、高齢者単独（単身）高齢夫婦の世帯が増加している。全国に高齢化が進むその中で春日部市は県内でも進行が速い。地域の結びつきや閉じこもりの起こりやすい状況になっていると推測される。

また、高齢に伴い医療が必要となってくる中で、限られた財源で効率的かつ高品質でコストパフォーマンスの高いサービスが必要となってくるだろう。

③ 解決策の一つとして、介護保健施設主導による「地域包括ケアステーション」のパイロットステーション設置を希望する。

コミュニティの場（出会いの場）を作るためである。

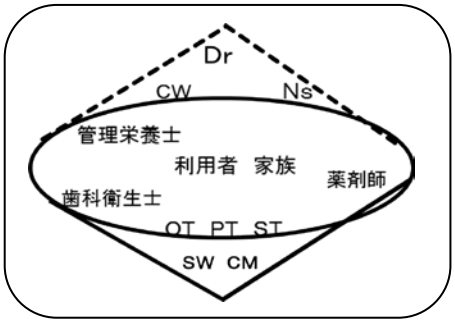
理由としては、

・医師・ＮＳの常駐…医学的管理・リスク管理
早期発見・早期治療

・リハビリテーション訓練士の常駐
…予防事業を行いやすい

・SW 等福祉調整機能がある

その他、様々な専門職員が配置されている。



医療連携チーム （多職種協働）模式図

2015.4.介護老人保健施設 しょうわ 佐藤

まずは、試行的に、パイロット事業で手あげ式で行うことが良いと考える。

④ 取り組み内容

ICF の考えにおける「心身機能」「活動」「参加」へのアプローチを、リハビリテーションの理念~~理論~~に基づき、バランスよく多職種チームにて実践すること（模式図参照)。

その為には、地域に出向くことも大切であるが、共に出会いの場を提供し、集まることも重要であると考える。

例えば、

・併設クリニックにおいて、認知症診療所の許可をとり、認知症早期発見・早期対応、チームを稼働させる。

・患者家族会の開催

・オレンジカフェの場の提供にて、交流の場を設ける

・認知予防教室など教育研修会等の開催

・子供達へのお年寄りの施設での体験入学

・保育所や学校等に働きかけ、世代を超えた障害者との交流の場を設ける

等々…

継続して人と人が出会い、世代を超えて交流する場を提供することが重要だと考える

⑤ 連携する関係機関として

各自治体（市役所 地域ケア推進課、保健所、地域包括支援センター、児童発達支援センター等)、町内会、民生委員、保育園、小学校、支援学校、他介護サービス事業所、他障害者、学校等

３．まとめ

「医療がある。」「リハビリがある」「足がある。」「集まる場所がある。」ということである

安全にかつアグレッシブに展開をしたいと考えている。

以上

地域包括ケアステーション事業計画

（１） 事業主体

・株式会社　福祉の街（平成 24 年にセントケアグループ入り）

代表取締役社長：平尾　雅司

〒355-0017　埼玉県東松山市松葉町 1-13-7

（２） 参加職種

・看護師

・ケアマネジャー

・サービス提供責任者・ヘルパー

・インフォーマル組織メンバー

（３）参加目的（問題意識）

株式会社福祉の街は、昭和 55 年（1980 年）に「YOU　ISM」（お客様本位）を基本理念として創業、今年で 36 年を迎える。創業来、国が目指す地域包括ケアシステムの理念と同じ「高齢者・障害者の方々が、住み慣れた地域で安心・快適に生活できるよう、必要なサービスを安全・衛生的にお届けし、お客様に喜び・感動・生き甲斐を持っていただく」を使命に、在宅介護にこだわり埼玉県で事業*を展開してきた。また、地域住民への認知症サポーター研修実施等、ソーシャルビジネスを目標に取り組んでいる。

{ *訪問介護(19)、訪問入浴(12)、訪問看護(1)、居宅介護支援(12)、デイサービス(5)、地域包括支援センター(1)、小規模多機能(1)、グループホーム(1)、福祉用具レンタル(8)。 }

現在、訪問看護、地域密着型事業、住環境事業（福祉用具レンタル）を重点 3 事業として取り組んでいるが、従来の業績管理型経営が限界にきている。本社部門と現場の責任分担不明確、マネジメント職と専門職との意思疎通問題、専門職同士の連携の難しさ、ケアの分断、職員の退職、採用難・・・。昨年にはさいたま市で開設した訪問看護も８カ月で休止に至った。まさに今、新しいマネジメント方法が求められている。

看護や介護の従事者は、ドラッカーや野中郁次郎の言う「知識労働者（ナレッジ・ワーカー）」である。看護師も介護専門職も「専門化された知識を持ち、肉体労働ではなく知識や情報によって社会に貢献する労働者」である。知識労働者は自ら主体的に、専門的で創造的な仕事を行い、チームの一員として目標を達成し成果をあがられるよう自分を磨かなければならない。いわゆる目標と自己管理によるマネジメント（MBO-S）である。

一方経営サイドは技術革新だけでなく、一人一人の知識労働者が創造的な仕事に専念できるよう、マネジメントの革新を図っていかなければならない。いわゆる知識経営（ナレッジ・マネジメント）である。

Buurtzorg モデルはその解決のＫＦＳ（成功の鍵）になる、と信じる！

当社は、地域包括ケアシステムを進める拠点の一つとしてさいたま市大宮地区を想定している。今一度訪問看護に挑戦し、地域包括ケアステーションの核としたい。実証事業では、自社の居宅介護、訪問介護サービス、訪問入浴介護など専門職サービスと連携するとともに、後述する「認知症の人と家族の会」などを通じたインフォーマル・セクターとの連携も図った地域包括ケアステーションとしたい。さらに、将来的には定期巡回随時対応型訪問介護看護や複合型サービスにも発展させたい。その実現にむけ、今回の実証事業に参加し、ミッションをベースに職員一人一人が主体的に働ける共感型経営モデルを構築したい。

（４）

①地域基盤

・事務所設立 18/年の歴史があり、地域住民の認知度が高い。地域包括支援センターとの繋がりも強い。
・自社で居宅介護支援、訪問介護サービス、訪問入浴介護を行い、ターミナル含む重度利用者数も多い。同じさいたま市内に、福祉用具レンタル等他の事業所、子会社の在宅介護事業所もあり、在宅介護におけるトータルサービス提供が可能である。(1000 名以上の在宅利用者の基盤)
・さらに、上記サービスを通じ、在宅療養支援診療所および後方支援病院とのネットワークも有する。
・当社と関係の深い「認知症の人と家族の会」の埼玉支部が隣接しており、日頃から密に連携を図っている。

②インフォーマル・フォーマルの活用方法

・ふくしのまち大宮（訪問看護併設予定）
　居宅介護支援（利用者 114 名）、訪問介護（122 名）訪問入浴介護（64 名）
　事業所に隣接して「認知症家族の会埼玉県支部」
・ふくしのまち与野（市内 20 分）
　訪問介護（62 名）訪問入浴（73 名）
・ふくしのまちレンタルさいたま
　福祉用具レンタル（288 名）
・当社の 100%子会社㈱アールスタッフ
　さいたま市に、大宮、大成、浦和の 3 事業所（居宅介護支援・訪問介護 367 名）
・日赤病院など、多くの医療機関とのネットワークを活用

③サービス受け手へのメリット

訪問看護が開設できれば、医療を除く在宅サービスを統合的に提供ができ、お客様に「在宅の施設化」が可能となる。

（5）運営スケジュール

2015 年 4 月より、訪問看護ステーションメンバーを募り、2015 年 10 月さいたま市大宮地区に開業計画。その形態を Buurtzorg モデルで挑戦する。

（6）Buurtzorg モデルの活用方法

①ミッション、知識ビジョンに共感する経営

全員が

・当社基本理念「YOU　ISM」

・新しいセントケアグループのミッション

・知識ビジョン（目指すサービスの抽象化された言葉、例えば「卒業できる訪問看護」）に共感する、絶対価値創造の経営を目指す。

②セル方式

・原則ケアマネジメントとサービス提供は分業しない、一体提供とする。ケマネジャーの資格をもつ看護師によるサービス提供が理想であるが、困難な場合は隣接予定の居宅介護支援事業ケアマネジャーとの一体提供を行う。

③事業の立ち上げ

・クラウドファンディング*=共感をベースにし調達方法の考え方を取り入れた運営を行う。具体的には、バーチャル（ＳＮＳ）とリアル（セミナー・勉強会・体験参加）を組み合わせ、プロセスを可視化した新しい人財募集や事業立ち上げ・運営を試行する。

*クラウドファンディングとは、インターネット経由で資金を必要としている企業や事業化を目指す個人と出資者を結び付け、資金を集める方法であり、以下の考え方を実証事業に取り入れたい。

- プロジェクトの意義や目的を明確にする（大義・透明性・信頼性）
- 事業の経過を可視化する（応援したくなる気持ち）
- ストーリー性を大事にする（共感を得る感動物語）
- 受益者の顔を見せる（身近に感じさせる）
- 体験できる、参加できる（２ＷＡＹの関係）

④フラットな運営

・指定管理上の管理責任者は存在するが、各スタッフに利用者へのケアに責任を持って行ってもらうため、チーム内では全員がスタッフという位置づけとする。
・全員が運営上の役割のうちの何か１つの責任者になる。（研修、労務管理、備品管理、請求業務等々）ただし、役割は固定化しない。
・問題が起こった際にはスタッフ同士で話し合いを重ねチーム内での解決を最優先とする。
・適時隣接予定の、ケマネジャーやサービス提供責任者、「認知症の人と家族の会」スタッフを交え、多職種間においてもフラットな運営を行う。

⑤コーチング機能

・当面は、ＣＩＣ－ＰＪの支援を得つつセントケア・ホールディング医療戦略室が行う。将来的な体制はプロジェクトの中で検討する。

⑥多職種連携ならびに市民啓発（ソーシャルマーケティング）

・自社内での他サービスを統合的に提供することを意識しながら。まずは自社内多職種連携を推進する
・また、従来築いてきた医療機関との連携を、コアたる訪問看護ステーションを中心に強化する
・さらに、インフォーマル・セクターたる「認知症の人と家族の会」を通じ、市民啓発、住民連携を推進する

⑦マネジメント手法、自己管理手法、それを支えるＩＣＴ

・①～⑥を通じ、社内的にもヒエラルキー型体制とせず、社長を含む現場スタッフとのフラットなプロジェクト体制を目指す。
・ＩＣＴについては、既存社内資源を活用しつつ、新たな Buurtzorg 型経営を実現する基盤となる ICT 仕様を検討する。

以上

地域包括ケアステーション

実証開発プロジェクト

(2015 年 2 月～2016 年 3 月)

まちのナースステーション八千代

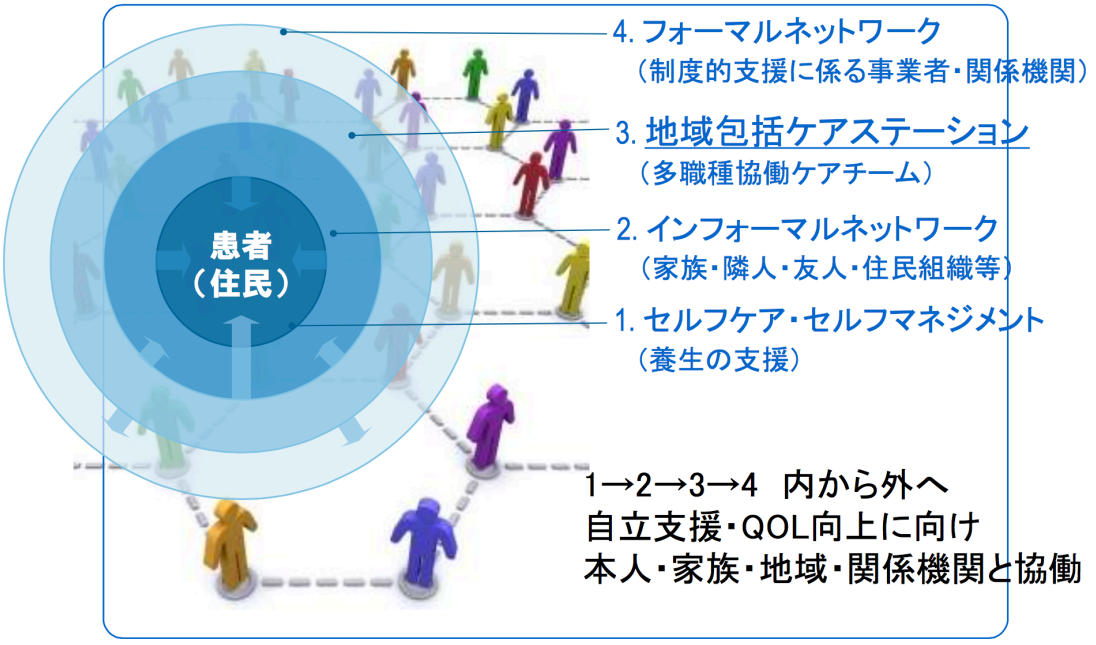
実施計画書

【プロジェクトのミッション】

住み慣れた地域で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(下図)に基づく生涯を通じた患者中心/住民本位の統合ケア―

の実現を目指します



【実施計画書作成者】

ケアラーズジャパン株式会社

まちのナースステーション八千代

代表取締役　福田　光宏

(1.1 版　2015.04.18)

Copyright CarersJapan Inc. 2015

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト（2015 年 2 月～2016 年 3 月）

まちのナースステーション八千代実施計画書

目次

１　プロジェクトの背景と目的

１）プロジェクトの背景、課題と対策

２）プロジェクトの目的

２　プロジェクト概要と期待される成果

１）プロジェクトの概要

２）期待される成果

３）成果の公表

３　スケジュール

１）スケジュール表

２）八千代市内における主な連携先とのミーティングの計画

４　プロジェクトチームのメンバー構成

１）まちのナースステーション八千代

２）プロジェクトの推進体制

５　まちのナースステーション八千代での取り組み

１）機能強化型訪問看護・看護小規模多機能型居宅介護の有機的な連携の確立

２）訪問看護ステーションから生まれた看護小規模多機能型居宅介護のモデルケース構築

３）介護職との連携強化

４）八千代市高齢者保健福祉計画の理解と推進

５）評価方法（ケアの質・働きがいと働きやすさ・コスト）

Copyright CarersJapan Inc. 2015

1　プロジェクトの背景と目的

1）プロジェクトの背景、課題と対策

わが国の高齢化は，世界でも類を見ない速さで進行しており，平成25年10月１日現在で，65歳以上の高齢者人口は約3,300万人と過去最多になり，総人口に占める割合（高齢化率）は25.9%に達しています（※総務省統計局による推計に基づく）。八千代市の高齢化率は，国の平均よりは低いものの，高齢者人口は増加を続けており，平成26年10月1日現在の高齢者人口は45,025人，高齢化率は23.2%で，高齢化が進んでいます。

高齢化の進行に伴って，認知症高齢者への対応，医療と介護の連携，介護予防，高齢者の尊厳ある生活と看取りなど，対応すべき課題も多様になってきています。平成12年度から始まった「介護保険制度」は開始後14年が経過し，介護が必要な高齢者とその家族が必要とする介護等サービスを自らの選択と決定により利用できるしくみとして定着してきたところです。国では，わが国で最も人数が多いとされる“団塊の世代”の人たちが75歳以上の後期高齢者の年代に差し掛かる平成37年（2025年）までに，高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を送れるような地域包括ケア体制（ケアシステム）を整備するよう平成24年度からの第５期介護保険事業計画期間から本格的に取り組みを進め，さらに，平成26年６月に在宅で医療と介護のサービスを受けられる環境を整備するための「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（通称「医療介護総合確保推進法」）を施行させ，医療と介護の連携の推進や地域支援事業の充実等を求めています。

八千代市における高齢者等をめぐる現状と課題（人口の推移、高齢者世帯の状況、要介護等認定者数の状況、ニーズ調査結果の要点（健康状態・社会参加等・外出・「共食」の機会の有無・その日の活動の判断の可否・「心の健康」の状況［いずれも高齢者一般調査］）、「地域包括支援センター」の認知状況、サービス利用の状況・サービスに不満があった場合の対応［いずれも在宅要支援・要介護認定者調査］）と、高齢者等に関する施策課題に関しては、別紙１をご参照ください。

［八千代市高齢者保健福祉計画　第７次老人保健福祉計画・第６期介護保険事業計画から抜粋］

まちのナースステーション八千代では地域包括ケアの具体的な実践に向けた取り組みとして、一般財団法人オレンジクロスの地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトに参加し、約１年間かけて有識者（社会保障審議会介護給付費分科会専門委員の堀田聡子氏や訪問看護師の秋山正子氏など）の推進体制のもとまちのナースステーション八千代が主に連携している多職種少人数の有志メンバーと共に議論・実践・評価していきます。

Copyright CarersJapan Inc. 2015

2）プロジェクトの目的

当プロジェクトでは、玉ねぎモデルに基づき、
年齢や疾患・障がいの別を問わず、在宅で医療や介護を受けられるよう
機能強化型訪問看護（訪問看護［リハビリ］・居宅介護支援、介護予防含む） まちのナース
＋看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護［リハビリ］・訪問介護・通い・泊まり） ステーション八千代
＋医療（在宅医・歯科医師・薬剤師など）＋行政（八千代市）
を組み合わせたコンパクトで機動性のあるフラットなプロジェクトチームをつくり、
利用者の尊厳の保持と自立支援に基づいた統合的なケアをすることで
健やかで安心した生活を笑顔で営むことができる地域（まち）づくりを目指します

【参考】八千代市高齢者保健福祉計画の基本理念

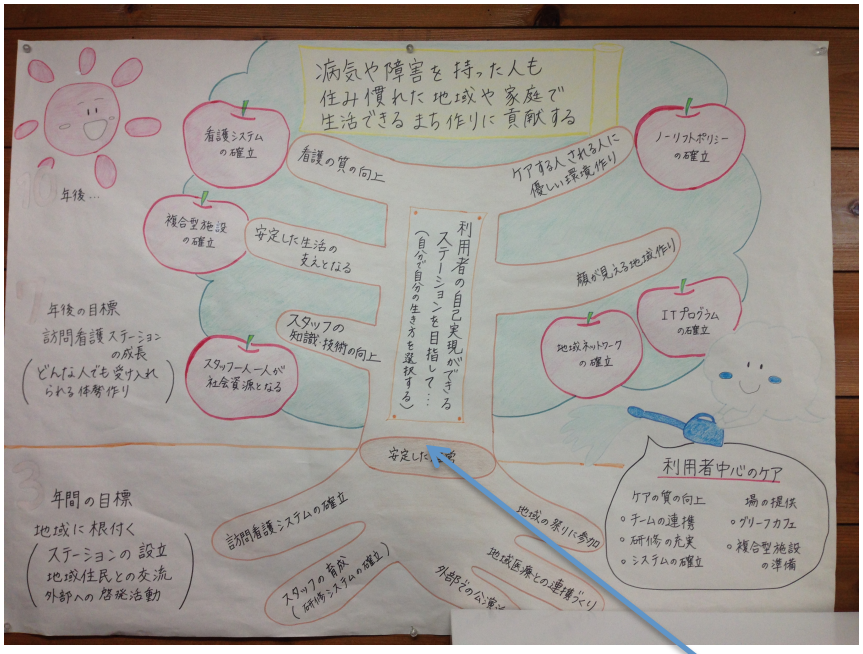
高齢者の加齢に伴う心身状態の低下と安心して暮らせる体制を社会全体でサポートしていく必要が高まると同時に，高齢者自身の社会参加もよりいっそう必要とされる

→　高齢者が生涯にわたり健やかで安心した生活を営むことができるまちづくり

【参考】まちのナースステーション八千代の経営理念と指針

経営理念：医療福祉事業を通して　地域住民の健康的な生活の支えとなり
笑顔あふれる健やかな地域（まち）づくりに貢献する

指　　針：「利用者中心」の視点でサービスを創造し、実践する

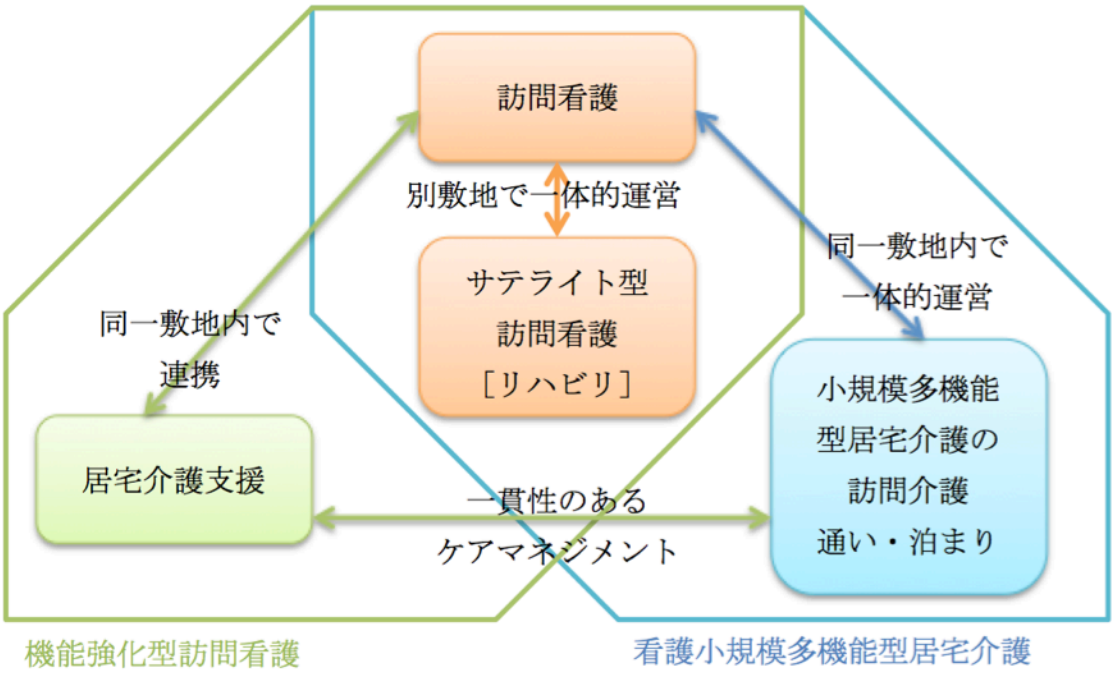


まちのナースステーション八千代は
やっと土から芽が出てきた所です！

Copyright CarersJapan Inc. 2015

【参考】まちのナースステーション八千代内の地域包括ケアステーション体制

（プロジェクト期間中に順次構築）



機能強化型訪問看護とは

◎在宅医療を推進するため、24 時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置、情報提供・相談・人材育成等、機能の高い訪問看護ステーションのことです。

〇訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できます。

〇ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行えます。

看護小規模多機能型居宅介護とは

◎「訪問看護（理学療法士等によるリハビリを含む）」「訪問介護」「通い」「泊まり」のサービスを一体的に受けられます。

〇「通い」や「泊まり」の時にも、訪問看護師から日常生活上必要な医療処置が受けられます。

〇限られた時間の「訪問看護」「訪問リハビリ」「訪問介護」のみの場合に比べ、スタッフがより多くの時間を利用者と共に過ごすことで、体調・生活・精神の状態をトータルに把握してケアに生かせるため、利用者の自立度が高まり、病状の悪化防止・予防にも高い効果が期待できます。

〇契約する事業所が１つなので連絡などの手間が少なく、その時々に応じたサービスを柔軟に利用できます。

〇要介護度に応じた月額固定の包括報酬（食費や宿泊費は別途）なので安心して利用できます。

Copyright CarersJapan Inc. 2015

2　プロジェクト概要と期待される成果

1）プロジェクトの概要

①世界的な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、プロジェクトチーム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

持続可能な地域包括ケアの中核をなすことケアチームを実証的に開発する

②八千代市の地域包括ケア体制における「機能強化型訪問看護」と「看護小規模多機能型居宅介護」と「医療」の役割や機能などについて、具体的事例を通して整理・議論する

2）期待される成果

①八千代市の地域包括ケア体制において、在宅ケア（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）の機能を組み合わせた包括ケアステーションのイメージとモデル

②地域包括ケアステーションを実現するための情報共有のイメージ

③プロジェクトチームの取組みのなかで生じた疑問と対応等をまとめた Q＆A集

④関連する制度や報酬、各種基準等についての論点整理

今後、様々な組み合わせの地域包括ケアステーション（例：在宅医＋薬剤師＋訪問看護、在宅医＋歯科医＋訪問看護、在宅医＋居宅介護支援＋訪問看護＋リハビリ、在宅医＋薬剤師＋歯科医師＋居宅介護支援＋訪問看護＋リハビリ　など）を構築して患者（住民）を中心にした地域包括ケア体制のもとケアしていくための、信頼関係構築・情報共有・ノウハウ蓄積に繋がる

3）成果の公表

①まちのナースステーション八千代のホームページから情報発信する

また、一般財団法人オレンジクロスのホームページにおいても、プロジェクトの実践について、適宜情報発信される（プロジェクトの事業報告書など、 原著作物に編集を加えて作成される編集著作物の著作権については、一般財団法人オレンジクロスが有するものとする）

②プロジェクトとミッションを同じくする研究事業等と、積極的に連携をはかる

③一般財団法人オレンジクロス主催の成果報告会が 2016 年春に開催され、他の地域で「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」に参加しているプロジェクトチームと共同で、プロジェクトで得られた「地域包括ケアステーション」にかかる知見を広く情報発信、論点提起する

Copyright CarersJapan Inc. 2015

3　スケジュール

1）スケジュール表

年月	成果物など	まちのナースステーション八千代
2015 年 2 月	実施計画書(案)	
2015 年 3 月	実施計画書	キックオフミーティング
		利用者満足度調査アンケート
		働きがい・働きやすさ調査
2015 年 4 月		機能強化型訪問看護２　認定
2015 年 5 月		春の大懇親会、喀痰吸引３号研修
2015 年 6 月		グリーフカフェ
2015 年 7 月		
2015 年 8 月	Buurtzorg	看護小規模多機能型居宅介護
	現地研修報告書	まちのナースステーション八千代
		「むすんでひらいて」開設
2015 年 9 月		リレーフォーライフちば
2015 年 10 月		八千代どーんと祭
2015 年 11 月		喀痰吸引３号研修、社員旅行
2015 年 12 月		
2016 年 1 月		グリーフカフェ
2016 年 2 月	報告書(案)	機能強化型訪問看護１　認定（目標）
2016 年 3 月	報告書	利用者満足度調査アンケート
		働きがい・働きやすさ調査

Copyright CarersJapan Inc. 2015

4　プロジェクトチームのメンバー構成

1）まちのナースステーション八千代　（順不同）

所属機関	肩書き等	職種	氏名
まちのナースステーション八千代	訪問看護　管理者	看護師	福田　裕子
同上	訪問看護	看護師	三浦　由実
同上	訪問看護	看護師	高橋　宏枝
同上	訪問看護	看護師	井尻　弓子
同上	訪問看護	看護師	寺岡　薫
同上	訪問看護	看護師	稲田　圭子
同上	訪問看護	作業療法士	内村　麻衣
同上	訪問看護	理学療法士	泉　若奈
同上	訪問看護	理学療法士	伊藤　亮子
同上	居宅介護支援　管理者	ケアマネージャー	滝口　くみこ
同上	居宅介護支援	ケアマネージャー	有本　多可江
同上	バックオフィス	事務・ケアワーカー	松本　真弓
同上	看護小規模多機能型居宅介護代表者	代表取締役	福田　光宏

※八千代市内における主な連携医療機関（在宅医師、歯科医師、薬剤師）や地域包括支援センターにも都度声かけをして、プロジェクトへの理解と協力・参加を求めます。

また、地域の中核病院の医師や看護師など有識者からの助言を求めます。

プロジェクトチーム代表者
ケアラーズジャパン株式会社　まちのナースステーション八千代
代表取締役　福田光宏
〒276-0042　千葉県八千代市ゆりのき台 5-2-3
TEL：047-455-3640　FAX：047-455-3613
メール：mitsuhiro.fukuda@icloud.com

Copyright CarersJapan Inc. 2015

２）プロジェクトの推進体制

有識者で構成される世話人会（下記３名）と事務局の協力を得て、プロジェクトの推進を図る

・堀田聰子(医療介護福祉政策研究フォーラム 理事/Buurtzorg Innovator)(代表世話人)

・秋山正子(暮らしの保健室 室長/(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション 統括所長)

・西村周三(医療経済研究機構 所長)

※世話人会は、事務局と相談のもと、適宜助言者や協力者を募ることができるものとする

・事務局　一般財団法人オレンジクロス

※推進体制に係る費用は、全額ケアラーズジャパン株式会社の負担とする

Copyright CarersJapan Inc. 2015

5　まちのナースステーション八千代での取り組み

１）機能強化型訪問看護・看護小規模多機能型居宅介護の有機的な連携の確立

①「２４時間体制・重症者対応・看取り」「医療・介護のケアマネジメント機能」「地域の在宅療養環境整備への貢献」にコミットし、機能強化型訪問看護を目指す。

【参考】機能強化型訪問看護１の算定要件

◆２４時間体制・重症者対応・看取り

1　２４時間対応体制

2　重症者の受け入れ件数　１０人／月以上

3　在宅での看取り件数　２０件以上／年

4　サービスを安定的に提供し得る看護職員配置　常勤換算７人以上

◆医療・介護のケアマネジメント機能

5　居宅介護支援事業所を設置していること（同一敷地内）

6　介護保険の利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者１割程度について当該居宅介護支援事業所がケアプランを作成していること

◆地域の在宅療養環境整備への貢献

7　人材育成のための研修を実施していることが望ましい

8　地域住民等に対する情報提供や相談支援を行っていることが望ましい

②訪問看護と一体的な運営の看護小規模多機能型居宅介護とサテライト型訪問看護を開設する

③機能強化型訪問看護のケアマネージャーが、看護小規模多機能型居宅介護のサービス等計画作成担当者を兼任することで、一貫性のあるケアマネジメントを行う

④ICT と紙媒体の使い分け方を整理し、まちのナースステーション八千代内の機能強化型訪問看護と看護小規模多機能型居宅介護のスケジュール管理、利用者情報、連携先情報、ケア情報などを iPad やパソコンで共有する仕組みを構築する

⑤医療との情報共有手段（サイボウズLive、MedicalCare Net、DropBox などの情報共有システム、Skype、Lync などのテレビ電話、電話、ＦＡＸなど）を整理し、課題を整理する

⑥機能強化型訪問看護と看護小規模多機能型居宅介護に必要なバックオフィス機能を整理し、手順と業務の簡素化を議論し、実践する

⑦機能強化型訪問看護と看護小規模多機能型居宅介護のパンフレットを作成して、住民にサービスの理解を図るとともに、地域包括ケア体制への取組みをＰＲする

Copyright CarersJapan Inc. 2015

２）訪問看護ステーションから生まれた看護小規模多機能型居宅介護のモデルケース構築

①医療依存度の高い利用者を重点的に対応する

（割合：訪問看護指示 8 割以上、かつ 24 時間対応 5 割以上、かつ特別管理加算対象 2 割以上）

②「訪問看護」「訪問介護」を中心に、必要に応じて「通い」「泊まり」を行うアウトリーチ型ケアモデルの実現

③「通い」で天井走行式リフトやスタンディングマシンなどを活用したリハビリを行う

④登録定員に空きがあり宿泊室に空床がある場合で、緊急やむを得ない場合など一定の条件下において登録者以外の「泊まり」の短期利用にも柔軟に対応する

（例）まちのナースステーション八千代の訪問看護をご利用中で看護小規模多機能型居宅介護に未登録の方の、急な「泊まり」のニーズにも柔軟に対応しする

⑤他事業所ケアマネージャーの利用者でも、医療依存度の高い場合は数ヶ月の利用にも対応する

（例）まちのナースステーションのケアマネージャーが他事業所のケアマネージャーと連携してサービス計画を作成して看護小規模多機能型居宅介護を数ヶ月間利用し、症状が落ち着いたら元の居宅介護支援に戻る

⑥ノーリフトポリシーを導入し、厚生労働省の「職場における腰痛予防対策指針」に沿って腰痛予防に努める

⑦看護小規模多機能型居宅介護のサテライト型開設の調査・検討を行う

⑧終末期の独居高齢者の在宅看取りにも対応する

（例）日中複数回の「訪問」を行い、夜間の緊急対応は訪問看護師が対応する

（例）「泊まり」で（主治医の指示のもと）看護師が疼痛等の症状マネジメントを行う

⑨地域密着のイベント（八千代どーんと祭・リレーフォーライフちば・グリーフカフェなど）を通して、地域住民とコミュニケーションを図る

⑩ライフサポートワークを活用し、より多くのセルフケア・セルフマネジメントとインフォーマルネットワークを見いだすサービス計画を立案する

（例）セルフケア・セルフマネジメントは「できること・できないこと」に記載する

（例）インフォーマルネットワークは「支援して欲しいこと」に記載する

⑪地域密着型サービスとして、年齢や疾患に関係なく利用できる環境をつくる

（例）終末期の利用者と家族が一緒に「泊まり」ができる、看取りの環境を提供する

（例）やちよ元気体操や介護教室などを開催する

（例）医療的なケアが必要な小児の「通い」や「泊まり」の受け入れにも柔軟に対応できるよう検討を進める

３）介護職との連携強化

①喀痰吸引等の医療行為研修【第３号研修】を開催する

Copyright CarersJapan Inc. 2015

４）八千代市高齢者保健福祉計画の理解と推進

①高齢者の社会参加の促進

１　通い・集いの場の提供

・地域密着型サービスの看護小規模多機能型居宅介護を活用した、地域住民の看護・介護相談や地域交流が行える集いの場を提供する

２　地域で活躍できる場の提供

・ボランティア活動の推進として、生活・介護支援サポーターとして登録された市内在住の高齢者が、高齢者等の自宅や看護小規模多機能型居宅介護の通いで日常生活の援助やサービス等を提供できる仕組みづくりを検討する

②健康づくり・介護予防の推進

１　介護予防に関する普及啓発

・やちよ元気体操を紹介し、運動の習慣化を目的とする教室を行う

> やちよ元気体操：転倒予防を目的に、いつでも・どこでも・だれでもできるように作成した八千代市オリジナルの体操

・高齢者の健康づくり、歯と口腔の健康づくり、認知症予防に必要な運動や食生活に関する講座など、介護予防に関する行政講座の案内をする

③相談支援体制の充実

１　発見・見守り機能の強化

・認知症の高齢者のさりげない見守りを促すために、認知症サポーター養成講座をＰＲする

・はいかい高齢者等に関する情報を携帯電話等及びパソコンで受け取ることができるやちよ情報メールの普及・啓発をする

２　高齢者の権利擁護に関する相談

・日頃から高齢者虐待の防止啓発を行うとともに、通報があった際は、高齢者の保護や養護者に対する支援について関係機関と協力し迅速に対応する

３　消費者被害の発見と早期対応への取り組み

・高齢者や介護支援専門員等からの相談により，消費者被害を発見した際は，消費生活センター，司法関係機関，警察と連携し，被害の救済や再び被害に遭わないための地域での見守りを含めた支援を行う

Copyright CarersJapan Inc. 2015

④住み慣れた地域で住み続けられる安心・快適な生活環境づくりの推進

1　在宅福祉サービスの案内

・ひとり暮らし老人緊急通報システムの設置、老人日常生活用具の給付・貸与、ねたきり老人手当の支給、介護用品購入費の助成、重度認知症高齢者介護手当の支給、はいかい高齢者家族支援サービス、ＳＯＳネットワーク、生きがいデイサービス、高齢者ホームヘルプサービスなど、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等ができる限り住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう、介護保険サービスで賄えない様々な在宅福祉サービスを案内する

2　生活支援サービス

・各圏域に配置される「生活支援コーディネーター」と社会資源についての情報共有を図る

> 生活支援コーディネーターの役割：生活支援・介護予防の基盤整備に向けて、地域の社会資源発掘なネットワーク構築を実施し、地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングして、生活支援サービスが必要な人に適切なサービスを提供する

3　在宅医療・介護連携の推進

・地域の医療・介護従事者に向けて、在宅療養に必要な医療機関や介護サービス情報等が掲載されたパンフレットを活用する

・医療・介護関係職種等、在宅医療・介護に携わる関係機関が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアに繋がっていくことを目的とした研修会に参加する

⑤認知症ケア体制の構築

1　認知症支援策の充実

・認知症に関する講座や認知症サポーター養成講座の案内、認知症ケアパスを活用する

> 認知症ケアパスとは：認知症の人が，症状が進行していく中で，その状態に合わせ，いつ・どこで・どのような医療・介護サービスを受ければよいか理解できるよう，状態に応じた適切なサービス提供の流れを記した冊子

・自宅で生活する認知症の人やその家族に、効果的な介護方法等の専門的な相談支援などを行う

・認知症ケアに携わる関係機関が相互の役割・機能を理解しながた統合的なケアに繋げていくことを目的にした、多職種協働研修会に参加する

2　認知症高齢者の権利擁護の推進

・成年後見制度の活用を地域包括支援センターと連携して推進する

Copyright CarersJapan Inc. 2015

５）評価方法（ケアの質・働きがいと働きやすさ・コスト）

①ケアの質について

・みとおしシートを活用し、見通しをたてたケアを行うとともに、適時振り返りを行い、評価する（ＰＤＣＡサイクル）

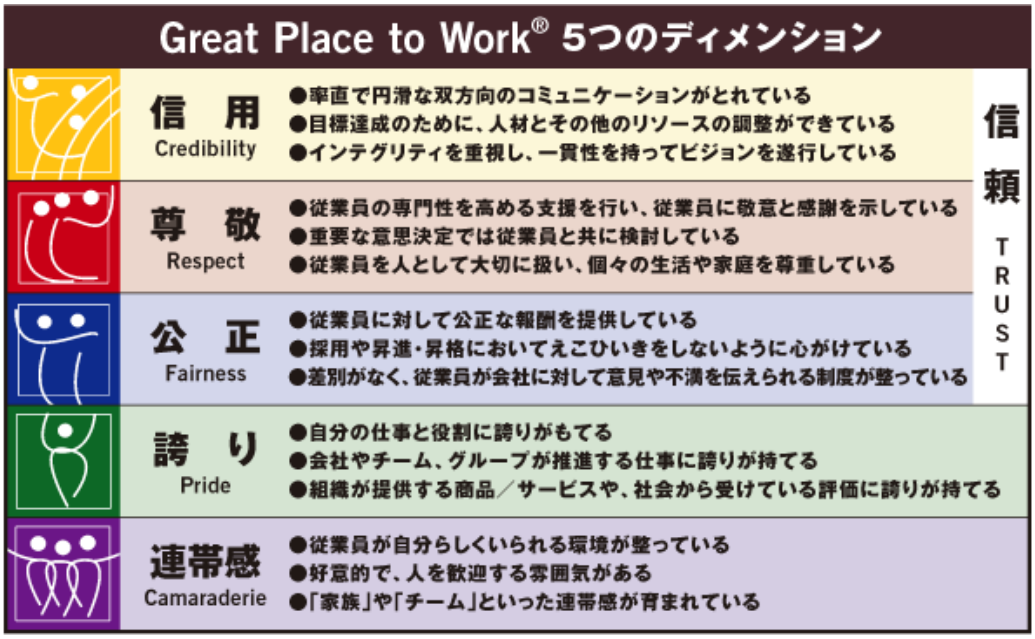
・定期的に利用者アンケートをとり、評価する

アンケート内容は日本訪問看護財団の「利用者満足度調査アンケート」を使う

②働きがいと働きやすさについて

・Great Place To Work(R)の５つのディメンションを切り口として評価項目を作成し年１回調査する

・調査結果は統計化して評価するとともに、業務改善に繋がる意見はスタッフ全員で共有する



【参考】働きがいのある会社とは、従業員が勤務する会社や経営者・管理者を信頼し、自分の仕事に誇りを持ち、一緒に働いている人たちと連帯感が持てる場所

【参考】目指すべき職場の姿とは、「信頼」に満ちた環境で、 ひとつのチームや家族のように働きながら、 個人の能力を最大に発揮して、組織目標を達成できる職場

Copyright CarersJapan Inc. 2015

【参考】9つの重要な場面や機会

触発する	従業員に、「自分達の仕事は、“単なる仕事”ではなく、重要な意味がある」と感じてもらうための仕組み、取り組み
語りかける	従業員と、組織の重要事項を共有化する仕組み、取り組み
傾聴する	従業員の声・意見をマネジメント層が吸い上げ、対応する仕組み、取り組み
感謝する	従業員の成し遂げた仕事・努力に対する感謝を示すための仕組み、取り組み
育成する	従業員の能力開発の機会、取り組み
配慮する	従業員を個人として大切にする仕組み、取り組み
採用する	自社の良い企業文化を継続するための採用活動や、新入社員歓迎の仕組み、取り組み
祝う	成功体験・楽しい経験の中から連帯感を育む仕組み、取り組み
分かち合う	利益を皆で（従業員だけでなく社会含む）分かち合う仕組み、取り組み

③コストについて

1：持続可能な事業経営の観点：コストを下げ、かつ、最大限の利益を得るための仕組みづくり

・機能強化型訪問看護・看護小規模多機能型居宅介護

収入面	**機能強化型訪問看護の評価、利用者数の確保、医療依存度の高い利用者、２４時間対応、在宅看取り**
生産性	ＩＣＴと紙媒体を効率的に使い分けた情報共有、バックオフィスの有効活用、専門職の専門性を生かしたケア、スムーズな多職種連携 →　無駄な稼動削減による支出抑制
評価指標値	人件費率

2：持続可能な国家財政の観点：一人あたりの医療・介護の保険料を削減するための仕組みづくり

ケアマネジメント	**セルフケア・セルフマネジメントとインフォーマルネットワークを生かしたサービス計画の立案**
尊厳の保持・自立支援 **地域**	「機能強化型訪問看護」と「看護小規模多機能型居宅介護」を基盤とした、多職種による総合的なケアの提供
評価指標値	居宅介護支援の介護保険の利用単位の削減数 要介護度が下がった利用者数 機能強化型訪問看護と看護小規模多機能型居宅介護の利用者数

Copyright CarersJapan Inc. 2015

(1) 事業主体

・代表者（所属機関・肩書き、職種、氏名、住所、電話、ファックス、メールアドレス）

・チームメンバー（所属機関・肩書き、職種、氏名）原則として、日々の実践のなかで支援を共にしうるエリアで「チーム」を構成してください。

医療法人社団澄乃会　向日葵ホームクリニック	院長　中村明澄（医師）
〒262-0033 千葉県千葉市花見川区幕張本郷 1-14-7 プチハウス竹中 2 階	
電話：043-276-8771	FAX： 043-276-8782
メールアドレス：asumi@tuba.ocn.ne.jp	

(2) 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）

当クリニックでは、病いや障害のために通院困難な方々に訪問診療を行っています。その方らしい生活を、その方のお住まいで、できるだけ快適に送り続けることができるよう、多職種協働で地域を支える努力を行っています。しかし、患者さんやご家族の方々、また、その方に関わる職種の方々と共に、その方らしい過ごし方を精一杯サポートできるよう、一緒に考えることはできても、なかなかその方の自助・互助の力を引き出すところまで至っていない現状があります。

個々の患者さんやご家族、そしてその方々を中心に結成されたチームと共に、おひとりおひとりに対して考えることも大切ではありますが、地域としての仕組み構築する必要があると感じ、地域の多職種の方々と話し合いを進める中で、2015 年 2 月に、既存の「つながり」をより強化し、医療・介護サービスに関わるスタッフすべての職種と行政が更なる連携を深め、また、住民参加型で、自らの地域を支えていくシステムを構築していくために、多職種協働のためのプラットホーム「チーム八千代」を発足しました。

⋆八千代市の高齢化率は、平成 25 年 10 月 1 日現在の高齢者人口は 43,168 人,高齢化率は 22.3%。

・目的

住民が、自分自身の暮らしや健康について、自ら考え、自ら選択ができるまちづくりをすること。

1) 住民は、暮らしの中で医療や介護を必要としたとき、必要な情報に速やかにアクセスし、必要なサービスを自ら選択し、利用することができる。

2) 住民は、暮らしの延長にある人生の最期の時期について、様々な選択肢を理解し、自分らしい逝き方を考えることができる。

3）住民は、よりよい暮らしを維持し自分らしい生き方を大切にするために、予防にも積極的に取り組むことができる。

そのために、
1）八千代市の医療・介護に関わる多職種が研修会や連絡会などを通じて顔の見える関係を構築する
2）多職種研修会実施（お互いのサービス内容の把握・地域ケアおけるゴールの共有）
3）行政と連携し、在宅医療・介護連携推進事業に着手する。
4）市民講演会の実施

(3) 事業内容

各地域・チームにおける、上記の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、

①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、統合を図るか）

＜ビュートゾルフ型訪問看護ステーションの設立＞

・玉ねぎモデルに基づいたケアの実現

これまでの訪問看護の業務で、何となく行われてきた「セルフケア・セルフマネジメントのサポート」と「インフォーマルネットワークの把握と推進」に力を入れる。
すべてのケアにおいて、可視化・言語化を心がけ、評価可能なものとし、プロジェクトメンバーの誰もが「セルフケア・セルフマネジメントのサポート」と「インフォーマルネットワークの把握と推進」意識し、促進できるような仕組みづくりを行う。
玉ねぎモデルに基づいたケアを行いたいと考える地域のケアスタッフ誰もが、実行にうつすことができる道しるべとなる成果物を残す。

・より質が高く、効率のよいケアの実現

看護師を中心に、看護の視点で、利用者さん個人、家族、地域を見ていくことで、心温まるケアでかつ質が高く、かつ効率のよい（コストを下げられる）ケアを模索する。
ケアプランの作成を看護師が中心となって行い、限られた制度の中で最大限柔軟に対応し、より質が高く、効率のよいケアの実現を行う。
また、ICT の利用の効率性も追求する。

・働きがいのある職場、働きやすい職場の実現

上記のケアが実現できれば、働きがいのある職場になると考えられるが、働き方にも効率性を求め、常に評価と改善を繰り返すことで、メンバーが生き生き働ける職場を目指す。そのためにも、ICT の活用、バックオフィス機能を整備する。

②チーム内及び地域（住民、関係機関、ステークホルダー）との理念・目標の共有や連携、日常の情報共有のあり方　がわかるように、自由にお書きください。

・「チーム八千代」として年 4 回の MTG
・住民参加型の勉強会・シンポジウム
・ホームページや紙媒体を通じた情報発信
・メーリングリストを通じた情報共有

(4) スケジュール

4 月～7 月　訪問看護ステーション設立準備
8 月　　訪問看護ステーション設立

（チーム八千代）
平成 27 年 4 月・7 月・平成 27 年 2 月　多職種協働のための勉強会
平成 27 年 10 月　市民講演会

(5) 期待される成果とその把握方法

目的に照らして期待される成果とその把握方法について自由にお書きください。
特に①ケアの質、②働きがい・働きやすさ、③コストについて、評価方法（ツールや指標）のアイデアを是非お書き添えください。

期待される成果
・自分自身の暮らしや健康について、自ら考え、自ら選択ができるまちづくり
・顔の見える関係を構築することで、よりスムーズな多職種協働が可能になる。
・多職種が地域ケアにおけるゴールを共有し、お互いの提供するサービス内容を充分に把握することで、地域の資源を適切に利用できるよう住民をサポートできる
・市民の自助・互助をサポートできる

Buurtzorg柏（仮）の展開ステップ（案）

看護介護の活動を基盤に少しずつ活動を多様化
→真の“地域包括”ケアステーションへと進化／深化

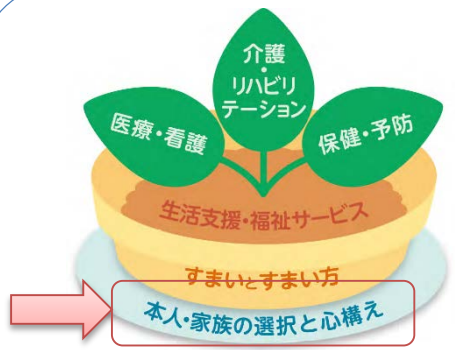
地域のかかりつけ医
（オランダにおけるGPに相当する存在）

BUURTZORG
ご近所ケア：かかりつけ看護師
（かかりつけ医との連携を前提に）

ex1. BUURTZORGhuis
ご近所ハウス：空き家等の活用
（オランダにおけるホスピス的な運用のみならず対象を限定しない地域共生のプラットフォームとして）

ex2. BUURTZORGwerk
（医療介護職等が地域に根ざしてWLBにも配慮しながら活き活きと働ける多様なあり方を支援する）

ex3. BUURTZORGinstituut
（ケア・従事者・地域のアウトカムを探求する）



生涯を通じて「本人・家族の選択と心構え」を支える存在を目指す

BUURTZORG
統合概念・旗（flag）

ブランディング（＝かっこいいイメージ）の象徴でありながら、画一化は志向せず、地域の独自性を重視

※図や画像：Buurtzorgホームページ，地域包括ケア研究会報告書より引用

地域包括ケアステーション実証プロジェクト
「Buurtzorg 柏（仮称）」事業計画書（案）

1．名称：Buurtzorg 柏（希望）
※本実証プロジェクトにあわせて１から法人及びステーションを新設します。ステーション名称の一部として Buurtzorg の名義使用を希望します。

2．事業計画
（1）目的
・住み慣れた地域で、生涯を通じて、その人らしい暮らしをすることができるような、患者中心／住民本位の地域ケアを、持続可能な形で実現すること
・上記目的を実現する過程において、看護職、介護職等の専門職が、患者（住民）への思いや仕事へのやりがいを最大化できる（より活き活きと働ける）ような仕組みを実現すること
・あわせて、住民と医療・ケア提供者が同じ地域の構成員としてともに助け合う関係にもあることが地域の共通認識となることを目指し、それにより医療・ケア提供者と住民の片方にだけ負担が集中することのない社会を実現すること
※上記目的を表す象徴として、Buurtzorg（Buurt＝地域／近所、Zorg＝ケア）という単語とロゴ（青地に白文字の道路標識を模したもの）を一貫して用いたいと考えています。

（2）地域包括ケアステーション設置場所
・千葉県柏市内
・地元自治会の協力を得ながら住民がそのステーションの立ち上げに参画している意識を醸成しつつ設置していくことを予定

（3）地域包括ケアステーション・多職種協働ケアチームメンバー

所属	職種	氏名
法人設立準備中	看護師	吉江悟
法人設立準備中	看護師	河嶌夏來
法人設立準備中	看護師	南雲由紀子

※事業の進展に伴ってメンバーを随時追加予定
※市内診療所の医師と連携予定
※徐々にその他の職種・立場の者を参画させていく予定

（4）取り組み内容
0）前提

・後述する内容において、「予防」、「ケアマネジメント」、「医療」、「看護」、「介護」、「リハビリテーション」といった用語について、便宜的に、前二者をマネジメントに類する概念、後四者を直接ケアに類する概念として、６つの用語を大きく２つに区分して記述している。ただし、本質的には、「医療」、「看護」、「介護」、「リハビリテーション」という概念の中には、「予防」と「ケアマネジメント」という機能が包含されていると考えられる。上記分類は、あくまで本事業計画において６つの機能の統合に言及するために用いているものである。
・以下では、取り組み内容の列記を通じて、「玉ねぎモデルの考え方を実践する方法」と「『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』の機能をどのように組み合わせ統合を図るのか」といった論点に触れている。

１）生涯を通じた伴走役としての看護師等の役割モデルの試行
・住民によるセルフケアを高めるためには、生涯を通じてそれぞれの住民に伴走することのできる半公的・半私的とも言える医療・ケア従事者の存在が必要と考える（参考：資料１参照）。
・GP（General Physician）などのプライマリケアの仕組みが制度的に確立していない日本において上記のような存在を実現していくため、「かかりつけ医との密接な連携を前提とした看護師」という存在を、地域に根ざした形で試行的に位置付けていくことを模索する。
・上記看護師は、現行の訪問看護師が要介護状態になってから（特に医療処置等が必要になってから）関わり始めることが通例であるのに対し、できる限り早期からの「細く長い付き合い」から開始することを目指す。
・上記看護師の果たす役割は、ある患者（住民）を担当するかかりつけ医やその他医療・ケア従事者との協調のもと、英国やオランダにおける GP の役割に類する役割、すなわちプライマリケアの役割を果たすことにある。
・この役割は、本実証プロジェクトにおいて統合が求められる「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」といった機能を用いて表現するならば、当初は主に「予防」（医療やケアが必要でない時点において、引き続き必要のない状態を保つことができるような支援）の機能を果たすことになる。また、当該患者（住民）との生涯を通じた付き合いの経過において「医療」、「看護」、「介護」、「リハビリテーション」といったものが必要となった際には、上記「予防」の機能を引き続き果たしつつも、必要な医療・ケアが必要なだけ提供されるよう各種の調整を行う「ケアマネジメント」の機能を果たすことになる。
・ただし、上記の「予防」及び「ケアマネジメント」の機能の発揮については、上記看護師によって排他的に果たされるものではなく、本事業の目的に沿う形で他の職種によって合理的に提供される場合には、それを否定するものではない。同時点において上記看護師と他職種がともにそ

の機能を担う場面も想定される。

・なお、上記看護師は、できる限り早期から患者（住民）との関わりを開始することを目指すわけだが、これにより、「ケアマネジメント」の機能のうち、当該住民の医療やケアに対する考え方や価値観を、生涯を通じて確認（定期的な対話により自然な形で考えを引き出し可能な範囲で言語化を促すこと、またそれをカルテ等の記録に残していくこと）、喚起（終末期ケアのあり方などについてまだ先のこととして実感を有していない住民に対し、意識啓発を目的とした教育介入を定期的な対話を通じて行っていくこと）、更新（随時変化していく可能性のある考えを定期的な対話を通じて更新していくこと）、代弁（あらかじめ確認された医療・ケアへの考え方を、実際に医療・ケアが必要となった場面において代弁していくこと）、意向に沿う形で実現（あらかじめ把握されている患者の意向の代弁を通じて、提供される医療・ケアのあり方に現実に影響を与えること）していくことができる立場となることが期待される。このことは、別の言葉を用いるならば、「アドバンスケアプランニング」という表現で説明することも可能である。

・なお、上記看護師の機能に対する対価（報酬）は、既存の社会保険事業（訪問看護事業など）で対応できる範囲についてはその範囲で対応することとし、対応できないものについては、以下の２通りの対応策を模索することとする：①提供を受ける住民（患者）個人による自費払い、②一部地域を対象として試行的にこれを実施できる場合には、自治会等との協力のもと、地域住民（自治会員等）出資による基金を設置し、それを少しずつ切り崩して看護師の報酬に充てる形（参考：資料２参照）。

・上記看護師の地理的な活動範囲は、前項における②の報酬支弁の方式を採用する場合には、一定の制約を設けることとなる。

・あるいは、②を採用しない場合においても、本事業においては医療・ケアの提供側、受領側（住民）の双方に「地元への愛着」という共通の認識の土壌があることが望ましい（「医療・ケアを提供する側」、「される側」という二元論を廃し、ともに地域で負担と利益を共有しながら役割を果たしているという認識を醸成する意図から）と考えているため、一定の地理的な制約を設けることには意義があるかもしれない。

・上記の試行（かかりつけ医やその他医療・ケア従事者との協調のもと果たされる、英国やオランダにおける GP の役割に類する役割、すなわちプライマリケアの役割）が一部対象または地域で実現される期限は、現時点で明確に示すことはできない。本実証プロジェクト期間においては、ニーズを掘り起こしつつ、試行的に一部住民（数名程度？）を対象として実施することになると思われる。

２）１）と連動する直接ケアの機能的統合の試行

・「医療」、「看護」、「介護」、「リハビリテーション」の機能それぞれが分断せず統合された形で提供されるためには、「ケアマネジメント」が統合的

に行われることが要件の１つであるが、あわせてこの４つのいわば直接ケアの機能が、相互に隙間のない形で、かつ重複なく無駄もない形で提供されることもまた重要な要件の１つである。これを実現するため、実証プロジェクト期間を通じて、望ましい提供形態を検討する。実証プロジェクト開始当初段階においては、まず「医療」と「看護」の機能発揮が合理化されるところから開始するが、それに続き、「看護」と「介護」の論点を取り扱う予定とする。「リハビリテーション」については、「医療」、「看護」、「介護」のいずれにも関わりをもつ機能であり、上記の２つの検討（「医療」と「看護」、「看護」と「介護」）と連動させつつ同時並行的に検討を進める。

３）１）や２）と連動する地域交流事業

・１）や２）に記載した専門職の役割は、主に個別支援に関するものであるが、あわせて、自治会などとの協調のもと空き家などを活用したサロンやカフェといった（集団を対象とした）地域交流活動も展開する。両者（個別支援と地域交流活動）を同時並行させることにより、双方の活動にポジティブな相互作用が生じることが期待される。（例：個別支援を通じて個々のつながりが強化されれば地域交流も活性化される。地域交流を通じて意識啓発の基盤づくりが行えれば効果的な個別支援につながる。）
・この取り組みは、１）の実践において自治会等を巻き込んでいくのと同様、玉ねぎモデルの実践における地域のインフォーマルな資源の発掘を目的としたものでもある。
・あわせて、高齢者、子供、子育て中の親、若者、障がい者といった多様な特性をもった地域住民が縦横無尽に交流するきっかけを与えていくことも目指す。

４）専門職が１）～３）に創造的に取り組める基盤整備

・看護職、介護職等の専門職が、患者（住民）への思いや仕事へのやりがいを最大化できる（より活き活きと働ける）ような仕組みを実現するためには、専門職が自ら簡便に、最低限必要な経営収支のバランス等を把握することができ、経営の専門家ではない彼らであっても、必要なときには自律的に経営改善の対処行動をとることができる（あるいは事業の拡大が可能そうなときには新たな創造的活動に踏み込むことができる）仕組みを整える必要がある、Buurtzorg オランダのチームコンパスなどの指標を参考として、本実証プロジェクト期間を通じて ICT システムなどその具体的な形を模索する。
・ICT システムの開発に際しては、目指すシステムは、ICT リテラシーの高くないケア提供職種が使いこなしやすいシンプルさと、当該システムを使用することによりそのケアのアウトカムが可視化されるような仕組みと、中長期的なシステム維持管理の思想として、そのシステムを使用

するケア提供職種が皆でそのシステムを共同利用（ともに支えている）意識のもと維持されることとし、システムの費用は、そのシステムの利用者増加に伴って低廉化していくことを前提とする（ICT 活用のメリットは、処理のロジックがしっかりしていれば、ヒューマンサービスのように人件費が倍々と増えていくことがなく、データサーバーが安価になっているこの時代においては、データ量が莫大に増えても管理コストがあまり大きくならないことにある）。システムの使い手たるケア提供職種が主役、その利便性の向上を通じて患者ケアにより注力できることが至上目標であり、実質的にシステムが使い手を管理統制するような状況とはしない。これを実現するため、ファンドレイズが必要な段階においては、システムの潜在的な使い手であるケア提供職種からの少額ずつの出資を募る形を模索する。また、開発にあたっては、当面、特定の技術者による首尾一貫した（必要最小の分業にとどめる）体制とし、開発体制の肥大化を極力抑えることとする。

（５）ケアの質、働きがい・働きやすさ、コスト等のアウトカムの評価方法

・実証期間中に信頼できる量と質のデータにより評価を行うことは難しいと思われ、当面は患者（住民）に与える影響、医療・ケアを提供する側に与える影響、コストといった要素の観察を行いながら、事例ごと状況の記述を行い、系統的な評価につながる要素の抽出を行っていくことになると思われる。

・試行的な評価として、上述した看護師による対応を受けた患者と、従来の訪問看護を受けた患者との間で、患者の考え方や状態、コスト等にどのような違いが生じるか、同一ステーション内で比較を行うことは想定される。しかしながら、そもそも両群の対象となる患者（住民）の状態像は異なる可能性が高いため、比較可能性の低さが懸念される。

・ケアの質については、患者が評価するそれ、家族が評価するそれ、医療・ケア従事者のうち同職種が評価するそれ、他職種が評価するそれ、という４つの側面は、それぞれ完全一致しない可能性があると考えられる。そのため、少なくとも４つの側面からは情報を収集する必要があると考えている。うち、同職種による評価以外は、当事者（患者本人、その家族、その患者に医療・ケアを提供している他職種）による評価が可能であるが、同職種については、医療・ケアを提供する本人以外による評価も必要と思われることから、評価の枠組みを工夫する必要があると考えている。Buurtzorg オランダが採用するオマハシステムなどの指標も参考としつつ、本実証プロジェクト期間を通じてケアの質を評価する指標を検討する。

（６）期待される成果

・人生に伴走する医療・ケア従事者を得た住民が、自身のセルフケア能力を最大化しつつ、住み慣れた地域で、生涯を通じて、その人らしい暮ら

しをすることができるようになる。
・医療・ケア従事者は、これまで法制度や事業の縦割りの中で分断された医療・ケアを提供してきたところ、生涯を通じて住民の人生に伴走できる機会を得ることができ、より高い働き甲斐を持ってその役割を果たすことができるようになる。
・早期から伴走する医療・ケア従事者を得た住民に対する生涯の医療・ケア費総額が低下する。（実証プロジェクト期間中に実証することはおそらく困難と目され、中長期的な評価を通じて実証していきたい。）
・（医療・ケア従事者の働きやすい環境については、具体的にどのような形で実現できるのか検討を続け、実証期間中を通じて一定の形を見出すことを目指す。）

以上

資料１：ダイヤ高齢社会研究財団ニューズレター寄稿「高齢者の『選択と心構え』をいかに支えるか」（2014 年 11 月）

高齢者の「選択と心構え」をいかに支えるか

東京大学医学部在宅医療学拠点 特任助教　吉江　悟

1. 地域包括ケアシステム

厚生労働省の提唱する「地域包括ケアシステム」は、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」ものとして、「地域の特性に応じて作り上げていくこと」が求められている[1]。同システムのイメージ図は年を追って更新されており、直近のもの（図 1）では、基盤となるものとして「本人・家族の選択と心構え」というキーワードが掲げられている。

図 1. 地域包括ケアシステムのイメージ

図出典：地域包括ケア研究会報告：地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点．2013

本稿では、ここで述べられている「選択」、特に医療・介護の使い方に関連した選択の支援に焦点を当て、（一部筆者による乱暴な解釈も含まれると思われるが）関連する概念をいくつか示し、課題やあり方を簡単に論じてみたい。

2.医療・介護の選択支援に関わるいくつかの概念

（1）ケアマネジメント

ケアマネジメントは、2000 年の介護保険制度開始以降特に市民権を得てきたと思われるが、ケアマネジャーと呼ばれる職種が各種ケアサービスを適切に調整する機能のことである。介護保険法第 69 条 34 項に「要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って」という記載がある通り、高齢者本人の選択を支える仕組みであると言えよう。

一方で、日本におけるケアマネジメントの課題は、理念としては合意されているこの点が、実務レベルではまだまだ制度の縦割りから脱せていない、というよりもむしろ、制度があるがゆえに縦割りの溝にはまってしまっているかもしれない点であろう。介護保険法におけるケアマネジメントは「介護支援」と呼ばれ、同法におけるケアマネジャーを「介護支援専門員」と称する。彼らは介護保険法に基づき、「適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して」（介護保険法第２条３項）ケアマネジメントを展開することとされているものの、居宅介護支援の介護報酬は、介護保険の給付サービスの調整を行った場合にしか算定できないという実態がある。介護給付対象外のインフォーマルなサービスを多様に組み合わせた場合や、極論は全てセルフケアで賄えることになった（ある意味ではたいへん理想的な）場合に、介護支援専門員は無報酬になるのである。この枠組みは、介護支援専門員によるケアマネジメントを介護給付対象サービスに傾倒させ、ケアマネジメントが有する本来の創造性を奪ってしまう恐れをはらむものである。

（2）法定代理・後見

国内では、認知症高齢者等判断力の低下した者に対する法定代理を行う成年後見制度という仕組みが存在するが、後見人等は、原則的には医療同意の代理権は有しないこととされている。海外だとヘルスケア・プロキシ（healthcare proxy）などと言われる医療的な選択に特化した代理人が置かれる場合があるが、日本ではこれについて法的に裏付けられた仕組みは存在しないということになる。

(3) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

法定代理の代わりというわけではないが、厚生労働省による「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007年）は、広くインフォームドコンセント全般を扱ったガイドラインとも捉えられ、内容が漠としているという批判は聴かれつつも、原理原則を与えてくれる貴重な資料と言える。ここでは、本人の意思を中心に考えるという基本理念が示されており、判断能力が低下した際にもその意思を推し量ることの重要性、そしてそれさえ困難な場面において初めて、関係者が本人にとっての最善を協議することとされている。ガイドラインはあくまであり方を示したものであり、その選択を支える担い手まで特定はしていないが、本人・家族・ケア提供者がこの考え方を共有して医療・介護の選択に臨むことは有用であろう。

現在の日本では、海外のように医療的な決定について代理権を与える形をとっていないため、ときに臨床では判断や責任の主体が定まらず混乱をきたすことがあるが、見方を変えれば、本人の意思は他人がそう簡単に代理できるものでもなく、今の仕組みは、ある意味では本人の選択を非常に重視した形になっているとも言えるかもしれない。

(4) アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACPとする）は、「意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体」、「患者の価値を確認し、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にさせることを目標にしたケアの取り組み全体」等とされている[2]。かつては事前指示書を作成することとほぼ同義に捉えられていた向きもあったが、昨今では、書類の整備のみでは効果は限定的で、むしろACPの効果は、関係者のコミュニケーションが促進されることにあるとされており、本人の選択を支える上で重要な意味をもつ[3]。

ただし、もしACPを国民の一部ではなく広く普及させることが善というスタンスに立脚する場合には、ACPを支えるケア提供者が制度なりで特定されていないことは、普及に向けた課題となろう。ACPは、書類を一度作成すれば終わりということではなく、継続的なコミュニケーションがあって初めて実効性をもつ取り組みである。即ち、書式等のツールとともに、「伴走者」あるいは「水先案内人」が必要であり、家族はもちろんのこと、本人の側でACPを継続して支えてくれるケア提供者の存在が重要となろう。

なお、このACPのプロセスで示された事前意思が、(3)で述べた厚労省ガイドラインにおける「本人の意思を推し量る」有力な材料の1つとなることは言うまでもない。

3. 課題と今後の方向性（私論）

2.においていくつかの概念を示したが、(1)、(2)はその役割が限局的であるという課題、(3)、(4)には現制度下では選択を支える担い手が特定されていないという課題がある。今後さらに高齢化が進む本邦においては、多様な疾患・障害・その他状況を併せ持つ高齢者が増加し、単一の制度や枠組みでは対処ができないことがさらに増えてくると予測される。個別の問題に対処するべく多様な制度が整備されても、それらを横串に刺して「本人の選択と心構え」を支える担い手があらわれなければ、多数の専門家がいるにも関わらず、ケア提供者の「お見合い」、「押し付け合い」が生じかねない。この意味において筆者は、それが完全に本人側の（家族のような）立場として機能すべきか、本人とケア提供者がともに意思決定を行う（Shared Decision Making）のを支える中間的立場として機能すべきかという結論はいまだ見出せないものの、このような担い手が法制度上あるいはデファクト・スタンダードとして、普及することを願っている。

現状としてそれを実際上担っているのは家族であるわけだが、家族による選択支援は良くも悪くもときに乱暴である。他方、業として行われる選択支援はお行儀がよい。両者の間を突くような、多少踏み込んだ、しかし合理的な選択支援が必要ではないだろうか。

<引用>

1）厚生労働省．地域包括ケアシステム．http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（2014年9月1日アクセス）

2）国立長寿医療研究センター．アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）に関する解説．http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/col/ad/3acp.html（2014年9月1日アクセス）

3）Detering, KM, Hancock, AD, Reade, MC, Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ, 340: doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345.

資料２：シルバー新報連載「意思決定を支援する⑤」（2009年２月20日）

意思決定を支援する ⑤

ミシガンのSWに学ぶ

緊急時対応に〝共助〟基金

米国ミシガン大学老年医療センター附属ターナークリニックの元ソーシャルワーク部長で、日本の介護事情にも造詣の深いルース・キャンベル氏にお話を伺う機会を得ました。高齢者医療・介護の場面における意思決定について、アメリカのソーシャルワークの実践をご紹介しながら、日本のケアマネジメントの今後を考えてみます。

アメリカには公的介護保険はなく、介護支援専門員という職種も存在しません。「サービス利用という意思決定を支援するケアマネジメントは、主にソーシャルワーカーがその役割を果たしています」（キャンベル氏）。つまり、ケアマネジメントはソーシャルワーカーが行う広い相談援助（カウンセリングなども含む）の中の一部分です。

ソーシャルワークは基本的に有料です。ケアマネジメントも利用者負担となる点は日本との大きな違いです。これについてキャンベル氏は、「ケアマネジメントは継続的なかかわりを通じて展開されることが重要で、日本のように利用者負担が生じないのは良いこと」と評価しています。ちなみにターナークリニックでは、カウンセリングは有料ですが、ケアマネジメントについては基本的にクリニックが負担する形となっているそうです。同クリニックが老年医学の専門医や研究者、ソーシャルワーカーなどの学際的チームアプローチを実践する先進的な医療機関であるためとも言えますが、自己負担なしで意思決定を支援するケアマネジメントが利用出来る日本の介護保険の仕組みは、海外からもメリットととらえられているのです。

次に、日本でも応用出来るかもしれない興味深い取り組みを伺いました。ターナークリニックと5つほどの事業所が共同で、緊急時サービス用の基金を設けているのです。

この基金とは、薬やサービスが必要な事態となり、あらゆる制度の利用を検討してもお金が手配出来ないような場面で、ソーシャルワーカーがその基金を使う申請をして受理されれば、サービスを利用することが出来るというものです。基金の原資は個人や企業からの寄付で、年度単位で出資者を募り運用します。利用に当たっては参加事業所のソーシャルワーカーがお互いに審査するため、画一的には決められていないところが特徴です。各種制度が「公助」という位置付けなのに対して、この基金は「共助」の理念で成り立っており、小さな規模で運営されていることによって、制度では拾い上げられないきめ細やかなサービス提供が可能になっています。

具体的には、薬代に使われることが最も多いそうですが、緊急時の介護・看護サービスはもちろん、寒冷地域ならではの冬季の暖房費用、身寄りのない利用者が亡くなった後の対応など、とにかく多様なニーズに対応するとのこと。日本でも、例えば認定前にサービスを入れたにもかかわらず自立と判定された際や、状態変化によって急遽必要が生じた保険外サービスなど、緊急時の利用者負担を軽減する「緩衝材」として、こうした私的基金の存在価値はありそうです。

なお、この基金の利用は利用者1人当たり1年に1回。基本的には200ドル以内です。あくまで緊急時のための位置付けで、まさに「切り札」と言えます。限られた「切り札」をどう使うか、それはソーシャルワーカーの先を見越す力にかかってくるわけです。米国全体でも珍しい取り組みだそうですが、相談支援サービスの質の向上にもつながる可能性も感じます。

もう1つ、意思決定の代理を担う「ヘルスケア・プロキシ（プロキシ＝代理人）」の話も聞きました。

ヘルスケア・プロキシは、本人の判断能力が衰えてしまった際に、本人に代わって医療同意等を行う人のことです。ミシガンを始め米国では、認知症になり判断が出来なくなった場合などに備えて、代理人を指名しておくことが出来ます。家族以外の親密な友人などでも対象となります。一方で、ソーシャルワーカーなどの専門職が指名されることはほとんどなく、意思決定の「支援」と「代理」という2つの役割は明確に区別されていると言えます。日本では、医療同意の代理は法的には出来ませんので、選択肢が与えられているのは大きなメリットではないでしょうか。

ただ、制度的な基盤は整っている米国でも、代理人を指名している人は「多くても10％くらい」（キャンベル氏）と多くはありません。「しかし、指名しておくことは大事なこと。多くの人は、自分が認知症になったり、死に瀕したりした時のことを考えたくないと思っていますが、いざというときに自分に合った対応をしてもらうためには、あらかじめそれを考えておくことが必要だからです」と強調していました。

筆者ら東京大学が昨年実施した調査でも、延命処置等について1度でも家族等と話し合ったことのある人は半数に満たないという結果でした。国や制度は違えど、国民の意識や課題には共通する部分が大きいと感じました。

これまで、「意思決定を支援する」というテーマで、医療、福祉、工学、倫理など、さまざまな分野からのアプローチをご紹介してきました。これからの超高齢社会を支えていくためには、それぞれの強みを活かしながら、分野の壁を超えて横断的に課題に取り組む必要があります。そのためには自分と異なる立場を積極的に理解しようとする態度が重要になります。

このことは医療者と患者、介護サービス提供者と利用者等の関係でも同様です。お互いの立場を尊重し合った協力体制を築くことが出来れば、それが「社会の意思決定」、つまり政策決定へとつながっていくことになるのだと思います。

（終わり）

（吉江悟・東京大学）

Yes, I have a:

- ☐ Living Will
- ☐ Health Care Agent (Proxy)
- ☐ Health Care Power of Attorney

Documents are kept at:

ミシガン州が発行している市民向け健康手帳には、「代理人」の情報を記入する欄が設けられている（http://michigan.gov/mdcr）

事　業　計　画

団体名　一般社団法人　日本作業療法士協会
責任者　中村　春基

1.　事業名称

「地域包括ケアステーションとソーシャル・インクルージョン社会づくり実証開発プロジェクト」

2.　事業計画

①　事業実施目的

2025 年に向けた地域包括ケアシステムの構築に向けた持続可能な社会保障制度、介護保険制度の在り方である、中重度の要介護者等を支援、活動・参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進、自立支援に資するマネジメント、急増する医療ニーズへの対応を設置する地域包括ケアステーション（以下、ステーション）において「看護」「介護」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」を訪問・通い・泊まり機能によって包括的に提供するとともに、多職種協働・連携によるケアの価値を高め、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活し続けることのできる提供体制、自立支援を推進し主体的な活動、参加の場つくり、参加を促し好循環な改善の流れを構築実証していく。

さらに当プロジェクトでは、地域社会の全ての人々を年齢や障害の有無、障害の区別なく地域の中で自助・互助・共助・公助をシームレスな環境でコーディネートし、社会的な孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合うことを支援できる半歩前のステーション実証、コミュニティ形成にもチャレンジし、ステーションが地域の中心となり「まち・人・仕事づくり」への貢献性も考察していくものとする。

なお、当プロジェクトの構築実証としての「地域包括ケアステーション」パイロットステーションは、倉敷市市内事業所に置く。

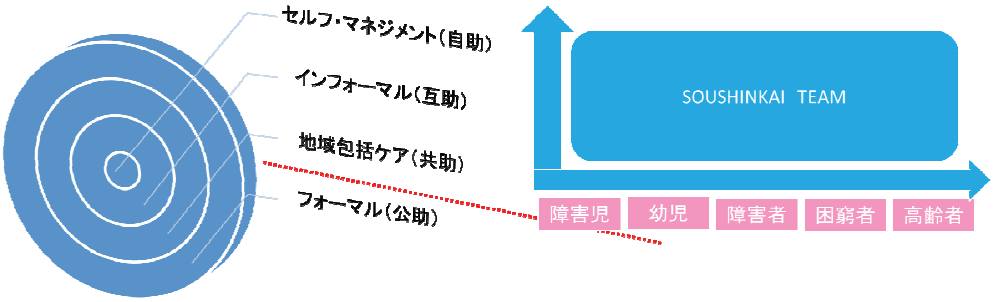
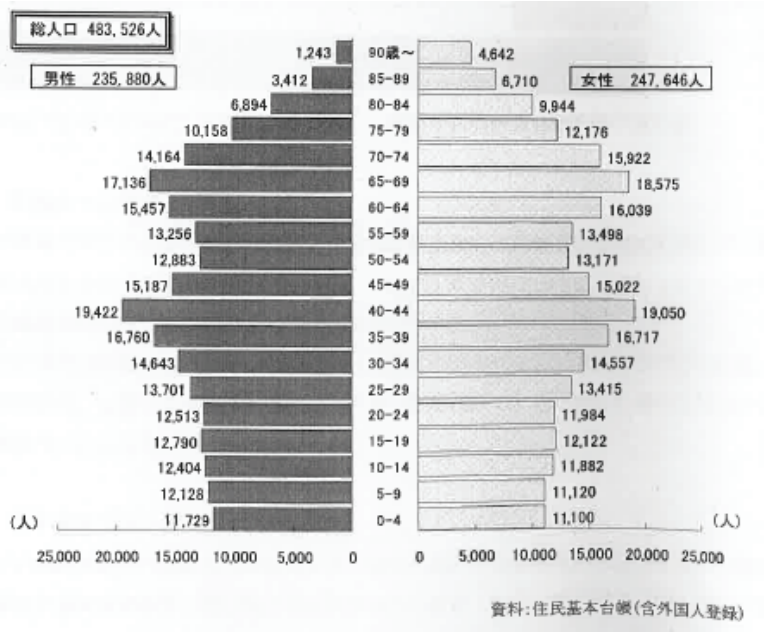


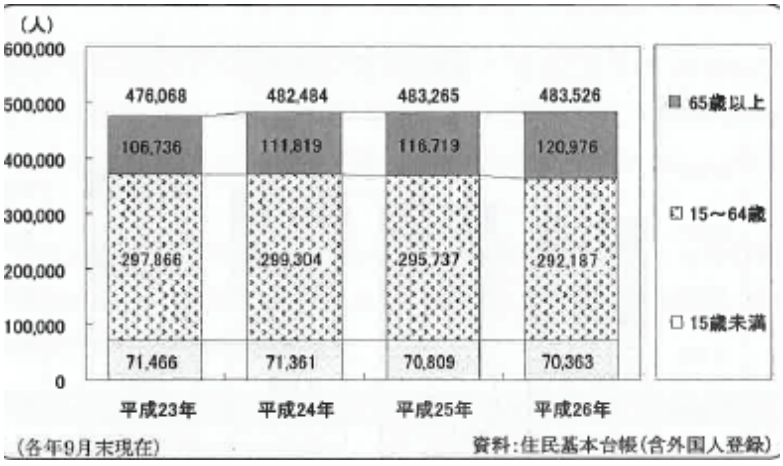
図　当プロジェクトの概念図

② 当該地域の地域分析とそこから把握できる対応課題

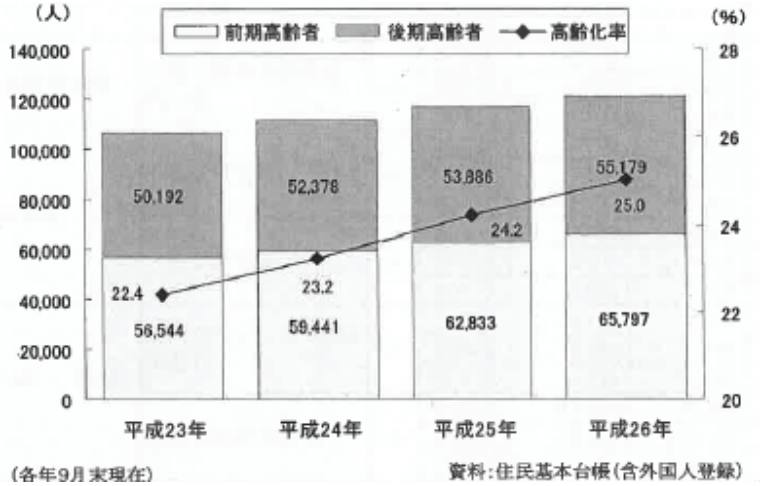
ⅰ）倉敷市　人口構造



ⅱ）倉敷市　年齢３区分別人口

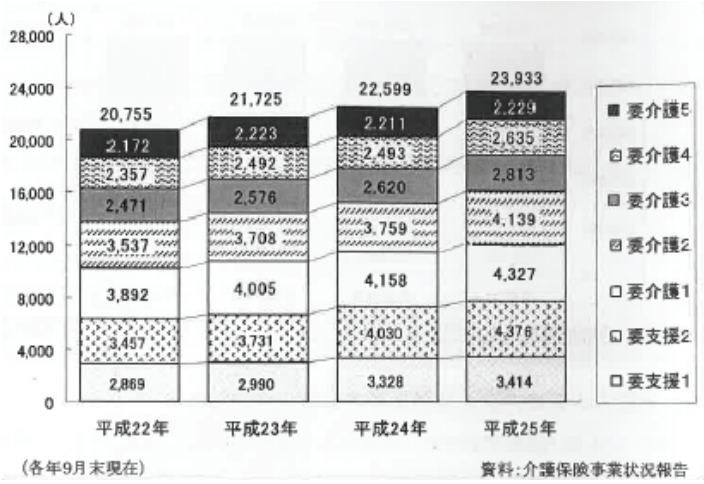


ⅲ）倉敷市　高齢者人口の内訳、高齢化率



2

ⅳ）倉敷市　要支援者・要介護者認定者数推移



○対応課題

・平成 26 年 9 月時点の高齢化率は約 25%とほぼ全国水準と同じ水準である。

・倉敷市の介護保険料基準額の推移をみると、第 5 期 5430 円、第 6 期 5850 円と緩やかな上昇率である。

・第 5 期の訪問系サービスの整備状況の推移を対計画比で見ると訪問介護 89.9%、訪問入浴介護 91.6%、訪問看護 108.2%、訪問リハビリテーション 57.0%と訪問看護を除いて訪問系サービスの整備が十分でなかった。

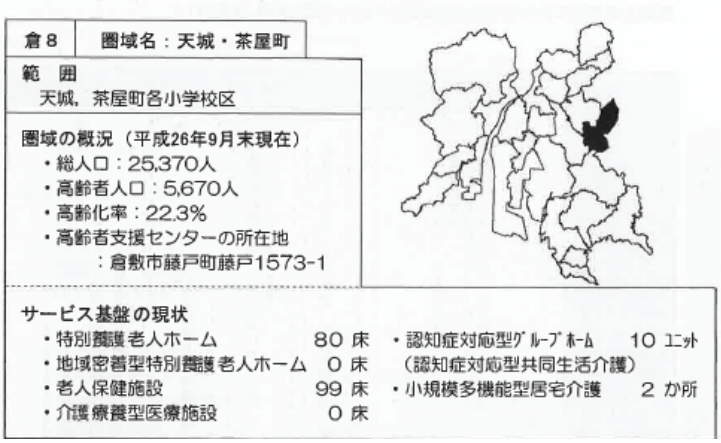
・地域密着型サービスの整備状況を見ると、夜間対応型訪問介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、複合型サービスが、いずれも対計画比 0%となっており、訪問による包括的支援サービスが未整備の状況である。一方で、小規模多機能型居宅介護は 113.9%と計画を上回る実施状況である。

・平成 18 年改正の際から倉敷市における包括的支援事業は、各地域の社会福祉法人等に民間委託されており、倉敷市内には 25 か所の高齢者支援センターと 2 か所のサブセンターが配置されている。おおよそ中学校区を基盤とする「区割り」は進んでいるが、地域における多様な社会資源の開発はいまだ十分な状況にあるとは言い難い。

・地域包括ケアシステムの考えは介護保険サービスに偏っている。

・地域ケアにおいて介護保険サービス、障害者・児をシームレスに支援できる体制の未確立。

③　「地域包括ケアステーション」パイロットステーション設置地域



3

住所　〒710-1101　岡山県倉敷市茶屋町 2102-14，2104-1，1720-1
TEL　086-420-1500　FAX　086-428-0946

④　取り組み内容

ICF の考えにおける「心身機能」「活動」「参加」へのアプローチを、リハビリテーションの理念~~理論~~に基づき、バランスよく多職種チームにて実践することにより、生活意欲を高め、ADL,IADL 等の生活機能向上はもとより、参加レベルの範囲を、自宅から地域へ、地域社会の中での居場所と住民主体による役割創りへと拡げていくことが出来るまちづくりのモデルを構築する。

（1）活動」と「参加」への取り組み

まずはデイサービス内での生産的活動を増やし、障害があっても再就労へ繋げていく機会として、就労継続・移行事業所につなげ、介護保険サービスから障害者総合支援サービス、さらには一般就労への移行を段階的にコーディネートしていく。この移行に際しては、医師、作業療法士、介護支援専門員、看護師、社会福祉士、介護福祉士等の専門職が協働で、利用者の思い、生きがいを含めたきめ細やかなアセスメントと情報共有を行い、支援の流れを構築していく。

具体的取り組み内容としては、地域のコミュニティスペースとして開設予定のコミュニティカフェ、パン工房における模擬的就労や、就労継続支援における生産的活動や農業生産法人における「楽しみとしての農」への参加、就労移行支援に於ける復職への支援などを予定している。さらに、地域コミュニティの場の一つとして、高齢者や障害者が働く、活動・参加の場として、農業（農園）と福祉の連携、6 次産業化の実践活動の提供も計画している。

（2）「訪問」「通い」「泊り」機能を生かした地域づくりの取り組み

加えて、介護保険事業を中心とした「訪問」「通い」「泊り」機能を生かした、生活機能の維持、改善、リハビリテーションによる認知症のケア、地域づくり等について、多職種協働によるチームアプローチによる地域包括ケアステーションの役割、機能を実証したいと考えている。

（3）障害者支援における取組

障害者支援においても地域包括ケアステーションのはたす役割は大きいと考えている。発達支援事業においては、地域の「看護」「リハビリテーション」「教育」「子育て」機能を有機的に提供できる体制の構築に取り組む。また、成人期の障害者においては、相談支援事業、就労移行・継続事業等の実践の中で、地域のインフォーマル、フォーマルサービスの活用と育成に取り組む。さらに、同施設内には事業所内保育所が併設されており、子供を持つ女性の社会参加の支援を行なうと同時に、障害の有無に関わらず、乳幼児から高齢者まで幅広い世代間交流が行なえるまちづくりについて提案を行う。

（4）地域での交流の場の促進

コミュニティーカフェなど集いの場を設け、地域の高齢者と利用者及び介護者等との交流を促す。また、ピアグループの形成やピアサポーターの養成を支援する。さらに、地域住民参加型のイベントやセミナーを企画・開催し、障害や要介護状態に対する啓発活動を実施していく。これらの過程を通じて、住民サポーターやボランティア資源の開発を促し、住民主体の地域づくりの支援を行っていく。

具体的な事業項目

- 介護予防・日常生活総合事業
  - 自助のセルフマネジメント力支援
  - 住民サポーターの養成支援
  - ピアグループ、ピアサポーターの養成支援
  - 互助の形成支援
- 介護保険事業
  - 看護・介護・リハビリテーションの訪問・通い・泊りによる包括的ケア提供
  - サービス合同　多職種連携会議の実施
- 福祉事業
  - 障害者の就労訓練、就労支援による社会参加と生活基盤の構築
  - 障害児の療育、保育・教育現場への支援
- 介護人材確保事業
  - 保育環境の整備
  - 多様な人材の参入促進（資格取得講座）
  - 多様な人材の就職支援・企業とのマッチング
  - 外国人介護士の支援
- 活動・参加の場づくり
  - 農・福連携
  - 商・福連携
  - 学・福連携
- その他
  - ICT 環境の導入

⑤　連携する関係機関

- 自治体（市役所 地域ケア推進課、保健所、地域包括支援センター、児童発達支援センター等）
- 地域の医療機関（回復期、訪問診療機関、かかりつけ医、嘱託医）
- 町内会、民生委員、愛育委員
- 保育園、小学校、支援学校、高等支援学校等
- 他介護サービス事業所、他障害者・児支援事業所
- 農業生産法人
- 製造・加工・販売各所
- 大学等

⑥　期待される成果

（1）「活動」と「参加」への取り組み

デイサービス内での「活動」の経験を通して、利用者が具体的な「活動」「参加」のイメージを持ち、高齢であっても、障害があっても、地域活動や就労といった、自分らしい生活、生きがいのある生活を再構する。また、その過程における、利用者主体の「看護」「介護」「リハビリテー

ション」「ケアマネジメント」「医療」等の協働の在り方、地域包括ケアステーションの役割、機能について提案する。

（2）「訪問」「通い」「泊り」機能を生かした地域づくりの取り組み

「訪問」「通い」「泊り」機能をワンストップで提供できるケアステーションにおいて、「医療」「看護」「介護」「リハビリテーション」を一体的に提供し、生活機能を改善し、在宅生活の継続を図る。また、認知症ケアにおいては、リハビリテーションにおける改善モデルを研究しそれを地域に啓発する。

（3）障害者支援における取組

介護保険サービス対象者に限らず、障害者・児等の多様な対象者を地域で支え合うモデルを構築する。その中で、年齢や障害、制度、機関、地域の垣根を越えた、また、自助、互助のインフォーマルサービスの活用を含めた地域包括ケアの在り方を提案する。

（4）地域での交流の場の促進

コミュニティーカフェなど集いの場の有効性を明らかにし、その運用のノウハウを整理する。合わせて、住民主体の地域づくりについての取り組みをまとめる。

⑦　担当者名

二神雅一（一般社団法人　日本作業療法士協会）

3.　実証開発メンバー

所属	部署・役職	職種（資格）	氏名
一般社団法人 日本作業療法士協会	会長	作業療法士	中村　春基
一般社団法人 日本作業療法士協会	副会長	作業療法士	荻原　喜茂
一般社団法人 日本作業療法士協会	株式会社創心會 代表取締役	作業療法士	二神　雅一
医療法人 木村医院 （一般社団法人　都窪医師会）	院長 （副会長）	医師	木村　丹
社会医療法人水和会 倉敷リハビリテーション病院 （回復期）	院長	医師	浅利　正二
つばさクリニック 在宅療養支援診療所 （小児科、内科）	理事長	医師	中村　幸伸
株式会社創心會	営業本部　本部長	介護福祉士	田中　真允 ※実証サービス代表者

株式会社創心會	本物ケア推進部	主任介護支援専門員 /社会福祉士/介護福祉士	佐藤　健志
株式会社創心會	本物ケア推進部	看護師	横山　登岐子
株式会社創心會	本物ケア推進部	作業療法士	多賀　弘明
株式会社創心會	本物ケア推進部	介護福祉士/介護支援専門員	坪井　美由樹
株式会社創心會	内部監査室	社会福祉士/介護福祉士	宮内　祥
非営利法人未来想造舎和―久	理事	作業療法士	廣田　聖治
農業生産法人 合同会社ど根性ファーム	統括責任者	介護福祉士	山田　浩貴
株式会社ハートスイッチ	取締役	中小企業診断士	葉田　勉
株式会社　おかやま工房	代表取締役	ベーカリープロデューサー	河上　祐隆
※営業本部は各サービス事業を統括する事業部門 ※本物ケア推進部はケアの質を向上させる教育部門 その他調整中			

以上

2015/03/03

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト事業計画（案）

作成者：江川恵子、山田理恵子、藤純一郎、馬渕茂樹

1．事業主体

・代表者：馬渕茂樹

医療法　人社団トータルライフ医療会　理事長/医師
東京都台東区雷門2－6－8　ユニカ雷門2F
電話　03-5806-8971　　FAX　03-5806-9878　mail：　s_mabuchi_md@tlc.or.jp

・チームメンバー

江川恵子（トータルライフ訪問看護ステーション雷門　所長、看護師）
山田理恵子（ウエルビーイング21居宅介護支援事業所・訪問介護事業所　管理者、介護支援専門員、社会福祉士）
藤純一郎（東京トータルライフクリニック　内科医長、医師）

2．事業の背景と目的

（1）事業の背景

1）地域の現状①（台東区）

・（平成27年1月1日現在）総人口189,795名、高齢者数（65歳以上）45,100名（外国人を含む）高齢化率23.76%（外国人を含まない高齢化率は25.24%）23区において高齢化率は北区に次いで2位。
・平成24年度の生活保護費歳出額では全国1位、23区内の老人福祉費歳出額は千代田区、中央区に次いで3位。高齢施策に対する自治体の歳出額が高い。
・（平成24年1月1日現在）区内の病院・診療所は188か所（内、救急医療機関は5か所）、歯科診療所229か所、保険薬局123か所
・ダイヤモンド社の平成22年年7月作成の資料では、年間死亡率が10.4%と23区内で最も多い。
・面積が10.08㎢で23区内で最も小さく、1k㎡当たりの薬局、交番数は23区内で1位、診療所は7位、歯科診療所は5位であり、地域の協力機関が多い地域である。
・（平成24年8月1日現在）居宅介護支援事業所は65か所、訪問介護事業所は65か所、訪問看護事業所は16か所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は1か所、地域包括支援センターは7か所、特別養護老人ホームは6か所、老人保健施設は2か所、小規模多機能は1か所である。
・地域包括支援センターは、ほうらい地域包括、まつがや地域包括、たいとう地域包括、みのわ地域包括、あさくさ地域包括、くらまえ地域包括、やなか地域包括の7カ所。
・訪問看護ステーションは、平成27年度1月現在で13か所。横のつながりを大切にしており台東区内訪問看護ステーション連絡会議を2か月に1回開催し情報共有、事例検討、勉強会等を行っている。
・医師会は、浅草医師会と下谷医師会がある。開業医が多く、一人の医師が外来と在宅を担っているためマンパワー的に在宅患者を多くは担えない。
・基幹病院として、永寿総合病院（400床　急性期中核病院）、浅草寺病院（一般60床、療養60床）、浅草病院（136床）、区立台東病院（一般40床、回復リハビリ40床。療養40床）、上野病院（92床）、同善病院（45床）がある。
・そのうち台東区の在宅療養後方支援病院は永寿総合病院。

2）地域の現状②（今回ターゲットしている寿四丁目エリア）

・（平成25年1月1日現在）全人口730名、65歳以上人口206名、高齢化率28.22%（台東区平均24.45%
前期高齢者97名、後期高齢者109名（80歳以上74名）くらまえ包括エリア認知症状あり869名
・毎年1月に「寿四丁目新春の集い」（新年会）が行われるが、参加者は世話人クラスが多く約50名であり比較

的お元気な方が多い。それ以外の住民の方のことが見えない。今年は、その場に、東京トータルライフクリニックの医師 2 名（穴水、藤）とトータルライフ訪問看護ステーション雷門の江川、ウェルビーイング居宅介護支援事業所の山田が参加した。

・くらまえ地域包括支援ｾﾝﾀｰが管轄の包括であるが、あさくさ地域包括支援ｾﾝﾀｰのような地域との交流会や住民主体の「家族の会」のような取り組みはない様子。

・長年老老介護をしてこられても、最期になって介護者が高齢のため疲れて、施設や病院へ入所させる家族も少なくない。

・東京は核家族で家族間の関係がドライという地域性がある。「家族の絆の復活」「地域の絆の復活」というテーマがあるように感じる。

・近隣の開業医に、島田クリニック、磯野医院、本宮形成外科がある。

・昨年、寿四丁目町会会館が新しく建設された。

・東京 TLC 主催で 2 か月に 1 回開催している「100 歳まで元気」連続講座に、寿四丁目町会の元会長さんや女性部会 5～6 人は毎回参加してくださっている。

（２） 目的

１） 地域住民の方々が、様々な専門職の協働に支えられて希望と絆を再生させてもっと元気になる。その輪が広がって浅草地域ももっと元気になる。そして、一人ひとりの健康と長寿と生きがいを回復した人生が実現する。

２）住み慣れた地域でのその人らしい暮らしを最期まで支え、「生まれてきて良かった」と安らかな気持ちで終末を迎えていただける地域包括ケアのネットワークの拠点をつくる。

３） そのパイロットスタディとして、予防、治療、在宅、看取りをトータルに支える地域包括ケアを寿四丁目エリアに実現し、地域が元気になる実績をこの 1 年でつくる。

3. 事業内容

高齢化率の高さと年間死亡率が高いことが特徴であるエリアであり、玉ねぎモデルに基づいて事業内容を以下のように考える。この 1 年では、セルフケア・セルフマネジメントとインフォーマルネットワークに特にターゲットして取り組む。

（1）セルフケア・セルフマネジメント（養生の支援）
　地域住民の方々の身体的・精神的・社会的フレイルの予防

（2）インフォーマルネットワーク
　寿四丁目町内会との絆づくり、ネットワーク

（3）地域包括ケアステーション
　看護、介護、ケアマネジメント、医師の情報共有のプラットホームとして KOMI チャートシステムを導入し、IPW の実践に取り組む。

（4）フォーマルネットワーク
　近隣の地域包括支援センター、他事業所とのネットワーク

◇具体的取組

（1）セルフケア・セルフマネジメント（養生の支援）

1）パイロットスタディ

a）インテークアセスメント

プロジェクト開始時、住民の方に以下の4つのアンケート、検査を実施し事前の状態を評価する。

①高齢者向け生きがい感スケール（K－I式）

②身体的・精神的・社会的フレイルの評価（基本チェックリスト）

③身体的フレイルの評価：握力測定、5m通常歩行検査

④簡易栄養状態評価表（MNA）

b）フレイル予防の実践

町内会での定期的講習会において、以下の予防について取り組みをすすめる。

・いきがい発見の取り組み

・ロコトレ指導－開眼片足立ち、スクワット

・嚥下体操－

・食事指導－基本的な食習慣、特にたんぱく質の摂取

c）アウトカム

1 年間のプロジェクト終了前に上記4つのアンケート、検査を再度実施し、前後の変化をみて成果の評価を行う。この結果を実証開発プロジェクトの成果として出す。

・生きがい感スケールの変化

・身体的・精神的・社会的フレイルの変化

・栄養状態の変化

2)寿四丁目町会会館での定期的講習会

講習会、健康相談、生活相談の定期的開催を看護、介護、ケアマネジャー、医師が協働して寿四丁目会会館（台東区寿4丁目）において 2 か月に1回実施する。

次の講習会までの 2 か月の間、フォローアップするシステムを作り、継続して行動変容し改善につながるよう支援する。

・「100 歳まで元気」の本をテキストに講習会の開催（TLC の医師または看護師が講演）

・フレイルの予防、寝たきり予防→ロコトレ指導、嚥下体操、食事指導など

・看護師による血圧測定、健康相談

・介護支援専門員による生活相談

・お迎えの準備教育（終活）→今年度は時間的制約があれば、来年度の活動に入れる。

（2）インフォーマルネットワーク

1）寿四丁目町会役員との定期的 MTG

・本プロジェクトを起動するにあたっては、前町会会長さんや女性部長さんたち役員の方々に本プロジェクトを推進するにあたっての願い（寿四丁目地域をご一緒に元気にしてゆきたい）を共有し、願い・目的を役員の方々と一つにすることを大切にし、協力者になっていただく。

・その上で、地域の現状や要望などをヒアリングする。

・MTG を定期的に行い、企画なども相談しながらすすめていく。

※役員の方々と私たちの絆の深まり、願いを一つにすることが本プロジェクト推進の鍵となると思われるため、プロジェクト始動時、そのことに時間とエネルギーをかける。

2）町内会行事への参加

三社祭りや防災訓練に積極的に参加し、地域との絆を深める。

（3）地域包括ケアステーション

1）KOMI チャートシステムによる情報共有

KOMI チャートシステムを看護・介護、医師の情報共有のプラットホームにする。

3月中に、システムを導入する。

2）事例検討会

・利用者さんの事例を KOMI や IPW の視点を用いて多職種でディスカッションを行う。

・講習会での企画実施における多職種連携についても特にうまくいかなかった事例の振り返りを行う。

・より本来的な看取りについてもディスカッションを重ねていく。

（4）フォーマルネットワーク

近隣のくらまえ地域包括支援センター、あさくさ地域包括支援センター、PT（OT）、連携している薬剤師（あさくさ薬局）、栄養士の方にも講習会にお越しいただき、講習会を担当していただく。（講習会の具体的企画は、町内会役員との MTG のなかでプランニングする）

以上の取り組みを、PDCA サイクルで展開していく。

4. スケジュール

		プロジェクト関係	
起	1 月		・
	2 月	4 日（水）～事業計画案作成 17 日（火） 運営会議で事業計画案共有・検討	
	3 月	3 日（火） 運営会議で事業計画案共有→承認 主催者へ事業計画案提出 13 日（金） キックオフミーティング（事業計画案の共有）、懇親会 中～下旬 寿四丁目町内会役員の皆様との MTG（目的の共有）	KOMI ケアシステムの導入
	4 月	寿四丁目町内会役員の皆様との MTG 住民の皆様へのアンケート、検査	
承	5 月	アンケート、検査続き	三社祭（5/16-17）
	6 月	講習会①（予防に関する内容、運動、食事） 評価（check）	
	7 月		
	8 月	講習会② 評価（check）	
転	9 月		
	10 月	講習会③ 評価（check）	
	11 月		
	12 月	講習会④ 評価（check）	
結	1月		
	2月	講習会⑤ 評価（check） 住民の皆様へのアンケート、検査	
	3月	アウトカムのまとめ プロジェクト事業報告書提出 成果報告会（2016 年春）	

※実証開発プロジェクトのワークショップは、2～3か月に一回開催予定

5. 期待される成果とその把握方法

※今年 1 年は、予防、多職種連携に重点的に取り組み成果を出すことをめざす。

◇成果物

・生きがい感の向上（高齢者向け生きがい感スケールの改善）
・身体的・精神的・社会的フレイルの改善（基本チェックリストの改善、握力アップ、5m通常歩行の改善）
・栄養状態の改善（簡易栄養状態評価表の改善）
・事例の提示（ADL の向上、看取りなど）
・多職種連携の向上、多職種協働の向上（フラットな関係）
・多職種連携のための実践原則

※IPW の現状評価、改善の評価のメソッドについてはまだ案がなく、今後の検討課題とする。

◇添付資料

・高齢者向け生きがい感スケール（K-I 式）

出展：近藤勉『生きがいを測る　生きがい感ってなに？』ナカニシヤ出版　2007 年　P156

・身体的・精神的・社会的フレイル評価用　基本チェックリスト

地域支援事業実施要綱　平成 22 年 8 月 6 日　厚生労働省老健局長通知より抜粋

・簡易栄養状態評価表（Mini Nutritional Assessment-Short　Form　MNA）

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答（いずれかに○をお付け下さい）	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長　　cm　　体重　　kg（BMI＝　　）（注）		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

（注）BMI（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が18.5未満の場合に該当とする。

地域支援事業実施要綱　平成22年8月6日　厚生労働省老健局長通知より抜粋

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment-Short Form
MNA®

Nestlé Nutrition Institute

氏名:

性別: 年齢: 体重: kg 身長: cm 調査日:

下の□欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング

A 過去 3 ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事量が減少しましたか?
0 = 著しい食事量の減少
1 = 中等度の食事量の減少
2 = 食事量の減少なし □

B 過去 3 ヶ月間で体重の減少がありましたか?
0 = 3 kg 以上の減少
1 = わからない
2 = 1〜3 kg の減少
3 = 体重減少なし □

C 自力で歩けますか?
0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
2 = 自由に歩いて外出できる □

D 過去 3 ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか?
0 = はい 2 = いいえ □

E 神経・精神的問題の有無
0 = 強度認知症またはうつ状態
1 = 中程度の認知症
2 = 精神的問題なし □

F1 BMI (kg/m^2) : 体重(kg)÷身長(m)^2
0 = BMI が19 未満
1 = BMI が19 以上、21 未満
2 = BMI が21 以上、23 未満
3 = BMI が 23 以上 □

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC
0 = 31cm未満
3 = 31cm以上 □

スクリーニング値
(最大 : 14ポイント) □□

12-14 ポイント: 栄養状態良好
8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)
0-7 ポイント: 低栄養

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

設問に対する妥当性を精緻な方法よって行い、開発された「高齢者向け生きがい感スケール」K－Ⅰ式は、“閉じこもり予防と生きがい支援の連接”にアプローチしていくものです。

高齢者向け生きがい感スケール（K－Ⅰ式）

これはあなたの現在の気持をおたずねするものです。読んでいただいていて、 はい，どちらでもない，いいえ のいずれかを○でかこんで下さい。

	はい	どちらでもない	いいえ
1. 私には家庭の内または外で役割がある	2	1	0
2. 毎日をなんとなく惰性（だせい）で過ごしている	2	1	0
3. 私には心のよりどころ、励みとするものがある	2	1	0
4. なにもかもむなしいと思うことがある	2	1	0
5. 私にはまだやりたいことがある	2	1	0
6. 自分が向上したと思えることがある	2	1	0
7. 私がいなければ駄目だと思うことがある	2	1	0
8. 今の生活に張り合いを感じている	2	1	0
9. 何のために生きているのかわからないと思うことがある	2	1	0
10.私は世の中や家族のためになることをしていると思う	2	1	0
11.世の中がどうなっていくのか、もっと見ていきたいと思う	2	1	0
12.今日は何をして過ごそうかと困ることがある	2	1	0
13.まだ死ぬ訳にはいかないと思っている	2	1	0
14.他人から認められ評価されたと思えることがある	2	1	0
15.何かなしとげたと思えることがある	2	1	0
16.私は家族や他人から期待され頼りにされている	2	1	0

△の項目は配点が逆になっている。　合計得点　？

（16項目のため、最高点は16×2点＝32点となる）

点　数	32～28	27～24	23～17	16～13	12～0
評　価	大変高い	高いほう	普通	低いほう	大変低い

（判定基準は老人福祉センター来所者の得点の標準偏差をもとに作成されている）

出典：近藤　勉『生きがいを測る　生きがい感ってなに？』ナカニシヤ出版　2007年　p156判定

それでは、各設問と生きがいとの連接について考察していきましょう。

1）高齢者が、“家庭内外での役割が有る”ということは、この役割の遂行が“生きがい”を創り出す重要な要素と考えられる。

2）高齢者が、“惰性”で過ごしていない日々とは、年一月一週一日といった時間の使い方をあらかじめスケジューリングし、ポジティブに消化していくことである。時間の使い方は、目標（生きがいの対象）に対して設定されるわけであるから、“生きがい感”と極めて強い連接的関係にある。

3）高齢者が、“心のよりどころ”や“励み”を意識化していることは、“生きがい感”を覚えていることそのものである。

4）高齢者が、“何もかもむなしい”と思わず、“楽しく充実した時間”を営んでいることは、生きがい感を覚えている証左である。

5）高齢者が“まだやりたいことがある”と思うことは、生きがいの対象が明確に認識されていることに相違ない。

6）高齢者が“自分は向上している”と認識できることは、“生きがい感”を覚えていることに他ならない。

7）高齢者が、いろいろな場面で“私がいなければ駄目だ”と意識することは、その場面にあるいは他者に対してポジティブな姿勢を示しており、“生きがい感”を覚えることに違いない。

8）高齢者が、“今の生活に張り合いを感じている”ということは、生きる目標の無い“精神的に緩んだきりの生活”ではなく、メリハリのある生活感を覚えていることであろうから、“生きがい感”に連接していることになる。

9）高齢者が、“何のために生きているのか？”といった自己への問いかけに対して明確に応答できることは、“生きがい感”がハッキリと意識化されていることである。

10）高齢者が、“世の中や家族のためになることをしている”と思うことは、“自己の存在充実感”をもたらすことであり、“生きがい感”はきわめて明白に認識されているに違いない。

11）高齢者が、“世の中の推移を見ておきたい”と思うことは、社会の諸事象に対する関心や興味を保持していることであり、“生きがい感”に支えられてのスタンスである。

12）高齢者が、“今日やること”が明確にスケジューリングされていることは、極めてポジティブなライフスタイルを描き出していることであり、“生きがい感”を覚えていることに相違ない。

13）高齢者が、“まだ死ぬわけにはいかない”と思うことは、自己の人生の価値をしっかりと認識していることであり、“生きがい感”に連接していくことになる。

14）高齢者が、他者から“認められ評価されたと思う”ことは、日常の生活を意欲的な状況に改変することになり、“生きがい感”を覚えてくることになる。

15）高齢者が、“何かなしとげたと思う”ことは、日々の練磨が集約された達成感や成就感をもたらすことになり、“生きがい感”に連接していくことになる。

16）高齢者が、“家族や他人から期待されていると思う”ことは、その知見の豊かさが周囲の人々から認められていることであり、“生きがい感”の重要な要因である。

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト「事業計画」

団体名　公益社団法人　日本理学療法士協会

１、事業主体

（１）代表者

１）氏名　　：半田　一登
２）所属機関　：公益社団法人　日本理学療法士協会
３）役職　　：会長
４）電話　　：03-6804-1422
５）ＦＡＸ　　：03-6804-1405

（２）担当窓口

１）氏名　　：野崎展史
２）所属機関　：公益社団法人　日本理学療法士協会
３）役職　　：主任
４）e-mail　　：nozaki@japanpt.or.jp　（電話、ＦＡＸは同上）

（３）チームメンバー

所属	職種	氏名
公益社団法人日本理学療法士協会　会長	理学療法士	半田　一登
公益社団法人日本理学療法士協会　理事	理学療法士	松井　一人
公益社団法人日本理学療法士協会　主任	理学療法士	野崎　展史
越前市　長寿福祉課 地域包括支援センター	センター長	平沢　登姿恵
越前市　長寿福祉課 地域包括支援センター	主任専門員	辻　さゆり
福井大学医学部 看護学科	保健師	北出　順子
有限会社ほっとリハビリシステムズ	理学療法士	吉本　與史一
有限会社ほっとリハビリシステムズ	看護師	谷田　佳子
有限会社ほっとリハビリシステムズ	介護福祉士	山口　孝俊

２、事業内容

（１）背景

地域包括ケア元年と呼ばれる平成 24 年度から約 3 年がたち、地域包括ケアシステムの具体像が明らかになってきている。例えば介護給付サービスにおいては定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス等がスタートし、介護給付以外であれば新しい総合事業が開始されようとしている。住み慣れた地域で国民が暮らし続けるためのフォーマル・インフォーマルサービスがともに充実し、地域包括ケアが着実に進んでいる。この流れを一層加速するためには、地域包括ケアを支えるこれらのサービスを有機的に機能させ、住民の暮らしを自立支援の立場から支えるマネジメント機能の強化が必要である。また年齢や疾患、障害の別に関わらず、自立支援を必要とする全ての住民をターゲットとした包括的な自立支援機能が必要である。

本モデル事業を実施する福井県越前市は、①市の居住範囲が広い②独居・高齢のみ世帯が多い③無医地区がある等の地域課題を抱えている。それに加え、在院日数の短縮による在宅の受け皿の整備や後期高齢者の増加に対応した介護予防の推進といった、本邦における共通した課題にも取り組んでいかなければならない。限られた地域資源で多くの課題を適したスピードで解決してかなければならず、自治体・各種専門職・民間企業等が、共通した目標に向かって一致団結し、各種課題の解決に取り組む必要性が高まっている。

（２）目的

そこで本事業では、年齢や疾患、障害の別に関わらず、全ての住民が、住み慣れた地域でいきいきと暮らすために必要な、自立支援機能を有する多主体多職種チームを立ち上げ、「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」機能を軸とした、住民本位の統合的なケアの在り方を探ることを目的とする。

（３）事業内容

１）パイロットステーションが有する機能イメージ

・既存のサービスおよび地域自治体と連携し、
専門的な評価と提案により、地域全体の自立支援機能を補完する。

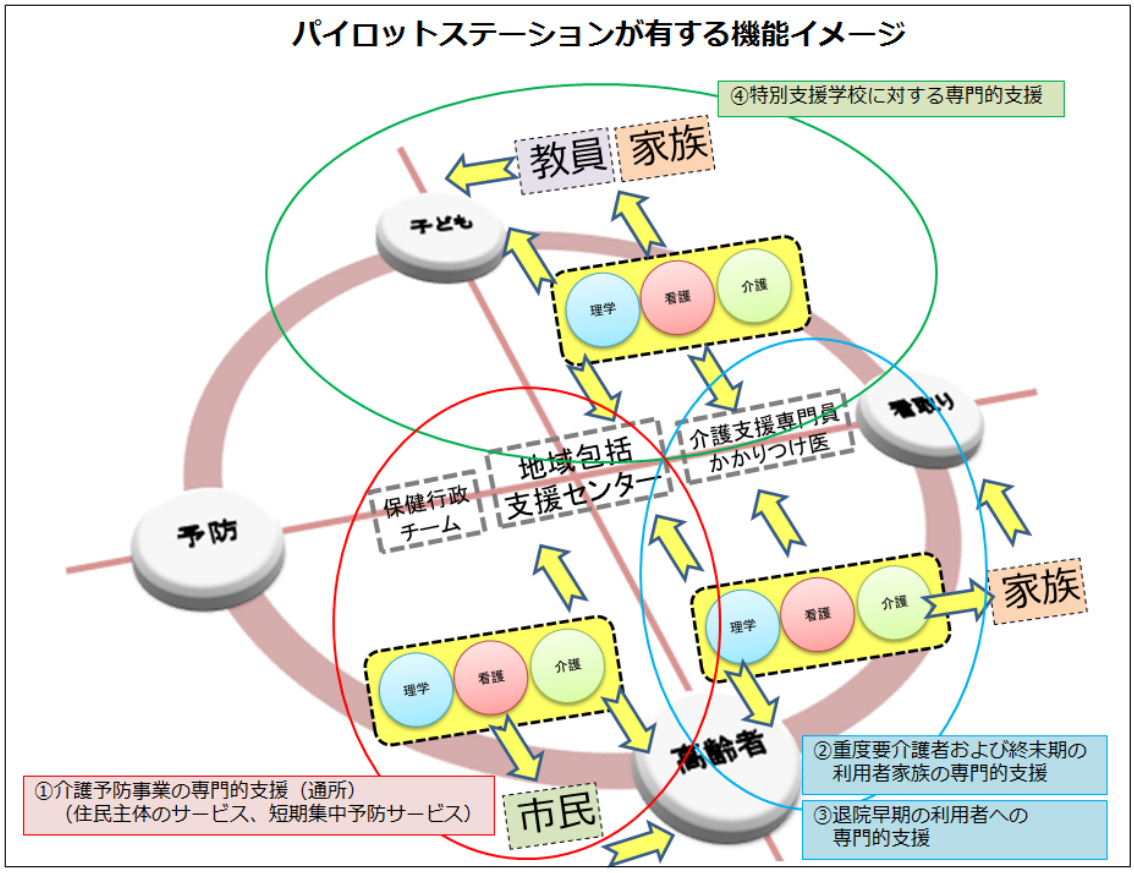


図 １：パイロットステーションが有する機能のイメージ

２）具体的な事業内容

①介護予防事業の専門的支援（通所型サービス）

Ａ．住民主体のサービスへの専門的支援

・支援する側の高齢者に対する専門的支援

・サービスを受ける高齢者に対する専門的な定期評価

・状態に応じたサービスの提案

（支援する側への誘導や、より専門的なサービスへの誘導　等）

Ｂ．短期集中予防サービスへの専門的支援

・専門的評価に基づく、サービス終了後に移行する適切なサービスの提案

②重度要介護者および終末期の利用者家族の専門的支援

・重度要介護者および終末期の利用者を介護する家族等を対象とした、専門職による相談業務および解決策の提案。

③退院後早期の利用者に対する専門的支援

・退院後早期の要介護者を対象とした多職種アプローチの在り方を、モデル的に検証する。

④特別支援学校への専門職の定期派遣および専門的支援

・特別支援学校に理学療法士等の専門職を定期的に派遣

・担任の教諭・保護者から課題等をヒアリングし、解決策を提案。

・必要に応じた児童の個別評価、環境整備。

⑤研修＊１による各種専門職の知識の統合

＊１　リハビリテーションケアワーカ育成研修

リハビリテーションや看護の概念や技術を介護職と共有し専門性の統合を図る研修。

３）看護・介護・予防・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ・医療の機能の統合方法

①研修＊1による各種専門職の知識の統合

②状態像に応じた地域のかかりつけ医および医療機関との連携

③状態像に応じた既存のファーマルサービスおよびインフォーマルサービスとの連携

４）チーム内及び地域との理念の共有方法

①チーム内での日々の情報交換による理念の共有

②運営推進会議の場を利用しての、利用者・住民・自治体等との理念・目標の共有

③地域ケア会議（個別・推進）への出席。

その場を利用した住民・自治体・医療介護専門職種団体との理念の共有。

（４）スケジュール

・別紙１を参照

（５）期待される効果とその把握方法

１）介護予防事業

効果：参加者の活動範囲や社会的役割の向上

支える側の高齢者の働きがいの向上

方法：介護予防事業への参加前、3 か月後、6 か月後における評価により把握

２）特別支援学校への専門的支援

効果：児童の障害像に合った就学環境の整備

方法：専門職による評価および担当教諭に改善策を提案

３）重度要介護者および終末期の利用者家族の専門的支援

効果：家族の介護負担の軽減

方法： Zarit 介護負担尺度 短縮版を利用

４）退院後早期の利用者に対する専門的支援

効果：退院後早期の利用者を支える多職種アプローチの具体的事例が示される。

方法： 症例検討による経時的なサービス量の評価

５）リハビリテーション・看護・介護の統合を目指す研修事業

（リハビリテーションケアワーカ研修事業）

効果：介護職のモチベーション、離職率等

方法：アンケートおよび全国参考値との比較

など

別紙１

年間スケジュール（予定）

4月			5月			6月			7月		
上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
	第1回ワークショップへの参加						第2回ワークショップへの参加		実地研修への参加		
						介護予防事業の専門的支援（第1クール）					
										運営推進会議	
				地域ケア個別会議			地域ケア個別会議		地域ケア推進会議	地域ケア個別会議	
			リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修

8月			9月			10月			11月		
上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
				第3回ワークショップへの参加（中間報告）						第4回ワークショップへの参加	
介護予防事業の専門的支援（第1クール）			介護予防事業の専門的支援（第2クール）								
			特別支援学校への専門的支援								
			重度要介護者および終末期の利用者家族への専門的支援								
				運営推進会議						運営推進会議	
				地域ケア個別会議					地域ケア推進会議	地域ケア個別会議	
リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修
											介護技術向上基礎研修講師派遣

12月			1月			2月			3月		
上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
							第5回ワークショップへの参加（事業の振り返り）				
介護予防事業の専門的支援（第3クール）											
特別支援学校への専門的支援											
重度要介護者および終末期の利用者家族への専門的支援											
				運営推進会議						運営推進会議	
	地域ケア個別会議			地域ケア個別会議					地域ケア推進会議	地域ケア個別会議	
リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修	リハビリテーションケアワーカ育成研修		リハビリテーションケアワーカ育成研修
介護技術向上基礎研修講師派遣											

事業計画

（1） 事業主体

セントケア東京株式会社
代表取締役社長　成田　正幸
〒170-0004　東京都豊島区北大塚 3-32-4ＯＢＣビル 3Ｆ

メンバー
事業部係長　訪問看護担当　　赤木　佳世（看護師）
セントケア訪問看護ステーション浜松町　管理責任者　渋木　香理
セントケア訪問看護ステーション板橋　　管理責任者　松本　幸子
セントケア浜松町（訪問入浴）セントケア板橋（介護・居宅・定期巡回）
医療法人社団　悠翔会（未確定）

（2） 事業の背景と目的

背景

現在の組織体系では、サービスごとの縦割りによる管理体系となっています。その中では、部門ごとに経営方針が決められ、各事業所はその方針のもと日々の経営をしています。このことから、事業所ごとに地域の特性に応じた経営とならず、画一的な経営となる欠点を持っています。

画一的な経営方針によるピラミッド型経営では、各スタッフは指示待ち社員になり、患者の状態を観察した上での自律的な判断で行動できなくなる傾向も出てきます。また、事業所の所長に権限と責任が集まっているため、所長が退職などで交代する時など、事業継承時に課題を持っています。

目的

このヒエラルキー型経営をあらため、各スタッフが上司の指示によらず、患者の状態に応じて看護師が自律的に判断し行動できるステーション運営を目指します。また、縦割りだった管理体系から、地域エリアごとでの多職種連携による統合的なサービス提供ができるようことを目指していきます。

地域でお客様を支えるサービス提供のためのキーワード
・サービスの質が、人が変わっても継承される
・地域の特徴を、全スタッフが理解する
・地域のサービスについての知識を、共有化する

・Ｎｓはサービスの核ではなく、ファシリテーターを目指す

（３） 事業内容（別紙参照）

① パイロットステーションのイメージ

地域エリア内にある訪問看護ステーションに併設している居宅・介護・入浴・福祉用具などの部門（同一法人内）と連携を図ります。

連携方法

ⅰ地域のサービスについて知るための勉強会（1回/月）目的の共有含める

まずは地域にあるＳＣ東京のサービスの理解が必要

コミュニケーションも図りやすくなるために

ⅱ併設の営業所では訪問の状況を直接伝える

現状でもできている営業所はあるが、併設では無い所の連携が課題

ＨＨさんは直行直帰のケースが多い為

連絡ノートもあまり効果的ではない

ⅲカンファレンス開催

曜日と時間を設定し毎週開催

検討事項はお客様の状況はもちろんだが、最初は運営状況についても相談していくこともあり。

集合して顔を合わせて話す事が重要と考える

その中での看護師の立ち位置としては、ファシリテーターです。

サービスの特徴

ⅰ営業所の特徴

所長という立場が居ない事で今まで所長が負担を抱えていたものが分散できる

スタッフの思う看護を提供できる事でモチベーションＵＰ

看護に悩んだ時も営業所間で話ができる

お客様の相談も営業所間みんなで相談できる

スタッフみんなで運営している意識が高い

ⅱお客様サービスの特徴

所長の判断を確認し連携していた部分が解消されるため早い対応ができる

お客様の目標設定を共有しお客様と共に地域で生活することができる

地域で連携するとどの部門のスタッフに伝えてもすぐに情報共有ができており対応がスムーズ

お客様が過ごしたいと思う場所で生活を維持することができる

② 目標の共有や連携

一人（所長）に責任を集中せず、役割を決め、責任を分担します

③ 検討事項

リーダー的な人を立てたほうが良いのか？

お客様は担当制にしたほうが良いのか？

カンファレンスは毎日？（情報共有の時間は作る？）

スタッフのレベルはそろえる？

（4） スケジュール

平成 28 年　10 月新規開設予定

（5） 期待される成果と把握方法

① ケアの質：多職種連携となる患者割合

訪問看護におけるサービス提供期間（自律までの期間を短縮）

② 働きがい・働きやすさ：入退職数

③ コストについて改善効果（ツールや指標）：

患者一人当たりのサービス提供時間数の短縮

＊他の訪問看護ステーションの患者との比較

地域包括ケアステーション開発・実証プロジェクト

メンバー

氏名	職種	所属
長谷川　幹	医師	三軒茶屋リハビリテーションクリニック
成田　和代	介護支援専門員	ケアプラン駒沢居宅介護支援事業所
渡辺　孝行	介護支援専門員	たから薬局居宅介護支援事業所
黒崎　まい子	社会福祉士	上馬地域包括支援センター
森　道章	訪問介護	訪問介護事業所
河野　由香	社会福祉士	池尻地域包括支援センター
畑野　仁志	作業療法士	訪問看護ステーションスターズ
中島　鈴美	理学療法士	三軒茶屋リハビリテーションクリニック

地域包括ケアステーションの事業計画

「チーム三茶」

三軒茶屋リハビリテーションクリニック　長谷川　幹

事業の背景と目的

本チームの自治体は、人口87万の住宅、商業地域である。平成26年度3月末では、高齢化率約19.7%、その内50%が75歳以上で、要介護者は1 号被保険者の要介護認定率は20.4%である。また、前期高齢者（65～74 歳）人口の内要介護認定率は4.4%であるのに対し、後期高齢者（75 歳以上）の内要介護者は36.4%と高い比率になっている。今後平成37年には後期高齢者は1.3倍になるとも推測されている。

地域における住民主体の支え合い活動やミニデイも600団体に上っているが、高齢化により利用者が限定されていることや馴染みの関係の中で継続されていることも現状であるこのような背景において、障害者や高齢になって身近な地域との接触が少なくなっていることに注目し、地域活動の課題を整理し介護保険関連機関だけで解決するのではなく、地域活動の情報を共有化し、広く利用できる仕組みつくりが必要で、ミニデイなどへ障害のある方の利用が抵抗感なくできるよう住民も含め支援者の意識の変革が求められる。そして、当事者、家族とともにかかわる支援者が主体的な生活を送れる一助となることを目的とする。

１．玉ねぎモデルの考え方

玉ねぎモデルの中心には「セルフケア」「セルフケアマネジメント」が位置付けられているが「セルフケア」とは自己管理のことで医療機関や各種の介護サービス等といった他者からの援助よりも、自らが生命や健康生活を守ろうとする意志とその技法をもつことと定義されている。できる限り要介護者、家族が自らの生活を自分で決めていけるよう支援することが掲げられているが、そのような状態に至るには時間を要す。支援者には下記に述べる視点を踏まえた関わりが必要となる。

①中途障害者への視点

脳卒中などの中途障害者は発症前の何でもできた状態を基準にして現在の不自由な状態と比較して、そのギャップに大いに悩み、いつまでたっても「よくなって（治って）いないから、何もできない」と思う。そこで、治すために、医療機関での理学療法、作業療法、言語聴覚療法に黙々と励むことになる。残念ながら、そのことによって「障害が治って元に戻る」わけではないので、当事者－支援者がともにそこから脱しないと、当事者は「してもらう」―支援者は「してあげる」共依存関係が続くことになり、その先の展望が開けない。

周囲の障害者の状態が見えない時は自らの状態を客観的に判断できず、「自分は重症で一番苦労している」と感じる。片麻痺、車いす、杖の姿では、近所の人の視線が気になり、「家族に迷惑をかけたくない」などと外出に消極的になり、自宅に「閉じこもり」やすい。

そして、家庭では、家族は「健常者」で自分だけが「障害者」と孤独を感じる時がある。いずれにしても、「極めて自信がない」心理状態が続き、うつ状態に陥りやすい。

②支援の視点

意欲などがわかない間は、全身状態や歩行などの能力を保つことに努めながら、自信がない本人の「障害があるから何もできない」気持ちから「障害があってもできることがある」という考えに転換するきっかけづくりを提案し実践する。すなわち、障害者の「夢」と思っている興味・楽しみや役割（仕事）などを体験してもらう。そのような活動をする中で、そのひとらしい生活（生き方）を主体的に展開する可能性につながる。

③高齢者への視点と対応

一般的に、80 歳以上で歩行能力などが低下すると、「年だからしようがない」と思う人々（医療関係者を含めて）が多い。ところが、自分の能力の 2～3 割を使用しない（目安は「外出しない」状況）と徐々に筋力が低下し、さらに 1 週間寝込んで動かないと筋力の約 1 割が低下するといわれている。年齢の要因より不活動の用意が大きいと考える。そこで、若年者のように短期間に改善していくことは難しいが、地道な努力で少しずつ改善していくことはできる。「高齢だから無理」というわけではなく、高齢者でも練習の意図を理解し自主練習をすれば年相応に筋力が改善する。

④障害者、高齢者の病像の理解

周囲の支援者と障害者が考えを共有化して展開するには、同じ地平に立つ必要がある。第 1 歩は、病像の理解である。それは家族も同様である。

２．インフォーマルネットワークの構築

①自主グループ

介護保険がいきわたり障害者にとって気軽に出かけられる通所施設などが身近にあり、障害者、家族が努力して運営する「自主グループ」は先細りになっている。

ところが、各地で「たまり場」づくりが展開しつつある。世田谷区では、社会福祉協議会が後押しして住民主体の会（「ふれあい・いきいきサロン」「支えあいミニデイ」など）が約 600 か所で活動している。以前、通所リハビリテーション利用者である要支援の片麻痺者が体操のグループへ参加した際、周囲の人々は「転ばれたら、どうしよう」と腫れものに触る感じであり、本人は体操のスピードについていけず、「通所リハではできる障害者だが、地域ではできない障害者になる」との発言があり、まだギャップが大きいことを再認識し、障害者と市民との継続的な交流

の実践が重要と考えた。

最近、三軒茶屋で地域包括ケア支援センターの後方支援により、障害者が企画・運営する「オーロラの会」が立ち上がった。徐々に、充実した内容になっている。

また、2005 年、障害者、家族、医療・福祉関係者などで「世田谷高次脳機能障害連絡協議会」を設立し、2008 年から毎年 2 月に高次脳機能障害者などが出演する「春の音コンサート」を開いている。200～300 名の聴衆を前に、プロが操作する照明を背景にした舞台でバンド演奏、朗読、歌などを披露している。秋には、当事者、家族、医療・福祉職が集まって、様々な経験談、悩み、今後の方向性などを議論している。

これらグループの趣旨を軸に高齢者も集い、互いが支え合う関係を確立し、地域の当事者団体、生活者としての意見を発信できる場を構築していく。

③学生との連帯

以前、小学校の子供たちに接触し、「障害者と街に出よう」でボランティアをお願いした。事前に小学生に車いすの講習会をして、当日、障害者の車いすを押してもらった。この交流の経験から、さらに中・高等学生及び大学生に展開していこうと考えている。

上記のことを推進する「地域包括ケアステーション」の構築が重要となる。

３．地域包括ケアステーション職員の考えを共有した実践活動

（「看護」「介護」「予防」「理学療法、作業療法（リハビリテーション)」「ケアマネジメント」「医療」の統合）

①職員同士の考えの共有化

○全体会議：月２回

○ケース会議：各職種で行っている事例検討会を継続しつつ、多職種の横断的な事例検討会を開催する。

○勉強会：参加事業所の職員の全員が参加し職種の取り組みを共通の理解とするための勉強会

○地域講習会：障害者・高齢者、家族、区民へ医療・福祉関係の身近な情報提供

○自主サークルへの支援

○地域包括ケア・ワンコイン塾：福祉、医療、保健職、行政職など地域医療、福祉関係者を中心とした勉強会の開催

②担当者会議の再構築

介護保険制度では、訪問系、通所系、福祉機器関連、医療機関をケアマネジャーがまとめる担当者会議がある。時間設定として時間内か時間外か、会議時間が 15 分か 30 分かそれ以上か、で集まりやすさは分かれる。短時間ですますには、事前に必要な情報集約ができるか、および、予後予測に基づいた方向性を確認する討論までできることなどが課題である。2015 年介護保険改定では、リハビリテーション機関が関係事業所へカンファレンスの開催を働きかけることが評価されている。療法士の視点を他職種へ伝達し地域での参加を意識したカンファレンスのすすめ方を再考する。より現実味のある検討をするために会議へは、事業所責任者が出席することに限らず、原則として実務担当者の出席を奨励する。

③障害者、家族、医療、保健、福祉職との事例検討会

このようなさまざまな立場の人々が事例検討をするに、大きいハードルがあるように感じるのであれば、最初に、多施設、多職種事例検討をして、次に障害者、家族と一緒にすればいいと思う。事例提供は、参加者誰でも立場は問わず、7～8 人ずつに分かれたグループで 40 分～1 時間くらいデスカッションして内容を報告し、それに対して、事例提供者が感想を述べる。障害者、当事者、家族と医療者などが同じテーブルについての討論は、適度な緊張関係があり、お互いの考えなどを知る、いい機会になる。

④地域活動の情報収集

地域では公的な地域支援活動に加えて住民主体のインフォーマルな活動も増えつつあるが、其々の活動がどのように行われているのか情報は分散していることも否めない。改めて、地域活動の情報収集について、地域包括ケアに役立てる方法論など検討する。

上記内容を進めるにあたり、情報の共有化を効率的に行うツールについて検討が必要である。当事者も参加できる評価様式、目標設定の共有など当事者、周囲の関連職種に伝わり、見やすく簡便な様式の開発を行う。

４．まとめ

要介護者は 65 歳以上で約 20 パーセントであり、約 80 パーセントはそうではない。1～2 割の市民がさまざまな場に参画すれば、状況は変わると考えられる。さらに、要介護者が苦闘を乗り越えて介護を受けながらも支援者になれば、情況は一変すると考える。介護保険を受ける立場（または施設内）にとどまらず、地域の活動と融合する企画など働きかけることで、要介護者は特別な対応が必要というイメージを払拭することが重要である。

そのためには、地域活動の情報が分散した活動になっている現状から関連機関との情報共有を図るための介護保険等の情報公開が必須であり、行政の度量が試されると同時に、市民の力も試される。

また、本チームは、地域包括支援センター、居宅介護事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーション、診療所など法人が異なる事業体で構成されていることが特徴である。このことにより以下の内容が期待できる。

期待できる効果

・1 事業所では解決できないことも、チーム内で情報交換を行い対応することで、解決に向けた展開の幅が広がり速い動きとなる効果も期待できる。
・定例会議、多職種合同事例検討会、勉強会を通してチーム内での質の向上が図れる
・チーム内の共有に留まらず、関連機関への働きかけを意識し普及に働きかける
・他関連機関、事業所とのカンファレンスを通して、共通化した方向付けができる
・地域での活動について幅広い取り組みができる
・地域住民に障害者への理解を深め、協力体制が得られる
・これらのことを通して、目標達成や関わり方によって当事者の日常生活が変化(改善)することを実践者が体験することで、仕事に対しての意識の変革が期待できる

チーム構成メンバーで以下の項目について分担

- 事例検討会・勉強会（職種別検討会、多職種間検討会、ミニ講習会など）①
- 情報収集（地域活動、協力機関） ②
- 情報公開（各事業所の活動紹介、地域活動の集約） ③
- 情報共有ツール（カンファレンス、事例検討、連絡用紙など） ④

スケジュール

月		内容	
4 月	職種の内容理解	職種ごとに取り組みの視点について勉強会を開催し共通の理解を深める	①～④
5 月		共通ツール検討、地域情報の共有、勉強会	
6 月	実践	勉強会、検証内容（評価項目）の検討	①～④
7 月	実践	担当カンファレンス、事例検討会	①～④
8 月		担当カンファレンス	
9 月	実践	担当カンファレンス、事例検討会	①、④
10 月	報告	実践中間報告、課題抽出	
11 月		担当カンファレンス	
12 月	評価と検証	課題抽出、解決検討　　地域関連機関への情報提供 効果の検証	①～④
1 月			
2 月	報告会	関連機関へ活動報告、検証内容（評価項目）の検証	
3 月	まとめ	オレンジクロス報告	

＊5～6 月は、チーム内における職種の取り組みの視点の違いを理解し、スムースなチームアプローチにつなげるための期間として勉強会を設ける。
＊効果については、評価の指標を設定しコスト、働きやすさなど開始当初と比較し検証するどのような指標を用いるか検討。

相模原・北里大学　地域包括ケアプロジェクト

事業計画案

（1）事業主体

・代表者

所属機関：北里大学医学部 総合診療医学・地域総合医療学
　　北里大学東病院在宅・緩和支援センター
肩書き：准教授、センター長
職種：医師
氏名：木村琢磨
住所：〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1
電話：042-778-8111
ファックス：042-778-8441
メールアドレス：takuma7kimura@gmail.com

・チームメンバー（所属機関・肩書き、職種、氏名）

北里大学東病院在宅・緩和支援センター医師、新森加奈子

その他にも、本事業に関わる北里大学東病院在宅・緩和支援センター、相模原市立青野原診療所の各スタッフや、地域の多職種に参加してもらう予定であるが、チームメンバーは事業開始後に徐々に追加したく考えている。

（2）事業の背景と目的

本事業を実施する背景には、①北里大学東病院在宅・緩和支援センターの開設、②北里大学医学部の相模原市寄附講座「地域総合医療学」における研究、③医療系学部における教育・研修がある。

①北里大学東病院在宅・緩和支援センターの開設

北里大学および北里大学病院、北里大学東病院（北里大学から 600m）が立地する神奈川県相模原市においても、少子高齢化や慢性的な疾患を複数抱える高齢者の増加、団塊世代が後期高齢者（75 歳以上）となる 2025 年問題などを背景に、医療のみでは解決

できず介護・福祉と密接な連携が必要な高齢患者が今後ますます増加していく。また、療養の場として自宅を選択すること、治療方針としての緩和ケアなど、患者の意向や自己決定を重視することの必要性が増している。

そのため北里大学および北里大学病院、北里大学東病院においても、リハビリテーション、在宅医療、多職種連携、地域包括ケアを重視した事業を推進している。北里大学東病院では、平成 27 年度より、在宅・緩和支援センター、回復期リハビリテーションセンター、小児在宅支援センターをオープンする。

在宅・緩和支援センターでは、急性期以降の在宅医療、終末期医療や、専門的医療を必要としない患者のケアを通して、地域に貢献するべく機能する所存である。患者が救急医療、専門医療・先進医療の恩恵を適切に享受する様、特定機能病院である大学病院と密接な連携をはかる。また、地域の医療機関、医師会、行政、多職種との連携や、各種の医療系学部を有する大学病院として教育・研修機能も重視していく。

②相模原市寄附講座「地域総合医療学」における研究

神奈川県相模原市は､2014 年 4 月現在､人口 72 万人を有する政令指定都市である。いわゆる「平成の大合併」により旧津久井郡４町（城山町・津久井町・相模湖町・藤野町）と合併した結果、交通網が発達して商業施設等も多い「都市部」と、自然豊かな「中山間地域」とが共存する市となっている。神奈川県の保健医療計画では、相模原市全体を一つの二次医療圏として設定しており、広域的な要素を有した市であるといえる。

旧津久井郡４町のうち城山町を除いた旧３町の地域は、元来、医療機関（診療所）が少なく、県立診療所３箇所（現 市立診療所）と国民健康保険診療所３箇所、津久井赤十字病院（現 相模原赤十字病院）が地域医療の中心を担ってきた。県立診療所の医師は、神奈川県内で最も医師が少ない地域のひとつである津久井地域へ、これまで自治医科大学の卒業生（卒後４−５年程度）が第一期生以降、義務年限内の一人診療所長として派遣されてきた。しかし、相模原市の政令指定都市への移行と同時に市立診療所となり、平成 25 年度から段階的に自治医大からの派遣医師数が削減され、平成 28 年度からは完全に派遣がなくなる予定である。また、国民健康保険診療所の医師２名はすでに高齢である。相模原市においては、「旧３町地域の人口は減少していくものの、高齢化が進展し高齢者を中心として患者数が今後当面は減少しない」という推計を算出しており、今後の地域医療体制の構築を大きな課題としている。このような状況のため、総合診療医、在宅医、医師の業務の補完を含めた多職種との連携が極めて重要である。

そこで相模原市では、同市内の北里大学医学部と協議を重ね、平成 25 年 4 月から総合診療医の育成・確保を目的とした修学資金貸付制度を、さらに平成 26 年 2 月からは

北里大学医学部総合診療医学と並列して寄附講座「地域総合医療学」を開設し、今後の地域医療体制と教育・研修体制の充実に向けた活動を行政と大学が一丸となって開始したところである。

③教育・研修

国も推進している地域包括ケアは、今後の地域医療供給体制、在宅医療推進の鍵となる概念である。本プロジェクトへ参画する事は、そのシステム化に向けた全国における先駆的な取り組みの情報収集や、相模原市における現状に関するフィードバックを受けることが可能となり、このプロセス自体が、多職種でのネットワークの構築プロセスといえ、北里大学の医学部ならびに医療系学部の教育・研修にも活かしていく。

本事業は、「①北里大学東病院在宅・緩和支援センター」を中心に実施するものとするが、「②寄附講座における研究」並びに「③教育・研修」への活用や展開等を見据えながら実施していく。

(3) 事業内容

第一に、北里大学東病院在宅・緩和支援センターにおいて、専門的医療を必要としない患者のケアを、同じ医師チーム（７名体制より開始）による病棟診療・訪問診療、外来診療を通してシームレスなケアを提供する。北里大学東病院において既に展開している訪問看護の充実、連携も行う。地域の在宅関係の介護・福祉職や、医師会とも連携する。さらに、各種の医療系学部を有する大学病院として教育・研修機能の充実もはかっていく。

患者中心／住民本位の統合ケアの実現に向けた市民への啓蒙活動を行い、既に行われている相模原市や医師会との定期的な懇話会にて密接な連携を図る。

第二に、相模原市立青野原診療所における診療を平成 28 年度からの本格的な参画に備え、週に１回から開始する。地域の在宅関係の介護・福祉職や、医師会とも連携する。患者中心／住民本位の統合ケアの実現に向けた市民への啓蒙活動を行い、既に行われている相模原市や医師会との定期的な懇話会にて密接な連携を図る。

これらを統括するパイロットステーションとして、北里大学東病院在宅・緩和支援センターおよび、北里大学医学部の総合診療医学・地域総合医療学を最大限に活用する。

(4) スケジュール

第一に、北里大学東病院在宅・緩和支援センターにおいて、診療業務（外来・訪問・病棟診療）と、まずは、医学部学生、初期研修医に対する教育・研修活動を開始する。そして、相模原市の商業地区における、チームを形成する。訪問看護師、地域包括支援センター、行政、介護士、薬剤師、栄養士などを想定している。

第二に、相模原市立青野原診療所において、診療業務（外来・訪問・病棟診療）を週に１回から開始する。同診療所の他の医師とも協調する。なお、医学部学生に対する教育・研修活動は既に開始している。そして、相模原市の山間地における、チームを形成する。訪問看護師、地域包括支援センター、行政、介護士、薬剤師などを想定している。

(5) 期待される成果とその把握方法

事業開始後の評価については検討課題である。在宅医療に関する患者アウトカムや、医療・介護スタッフの職務満足度などに関する評価方法について、継続的に検討していく所存である。訪問看護師、介護士などへの質的インタビューなどを検討している。

地域包括ケアステーション実証・開発プロジェクト

チームメンバー	ワーキングチーム	氏名	職種	所属・立場
		時田佳代子	社会福祉士	法人本部事務局長
		井口健一郎	社会福祉士	人財育成センター　副センター長
		我妻秀明	社会福祉士	西部総合センター　センター長
		吉澤久美子	看護師	れんげの里短期入所生活介護 医療看護サービス部　統括課長
		落合眞由美	看護師	潤生園訪問看護ステーション　管理者
	オブザーバー	上原淳司	事務員	法人事務局管理部
		井口広宣	事務員	法人事務局管理部
連絡先	団体・事業所名		社会福祉法人　小田原福祉会 在宅介護総合センターれんげの里　短期入所生活介護	
	担当者氏名		井口健一郎	
	住所		小田原市穴部 377	
	電話		0465-34-6001	
	ＦＡＸ		250-0053	
	メール		iguchi@junseien.jp	
照会事項				

地域包括ケアステーション実証・開発プロジェクト　事業計画

チーム名「れんげの里ケアステーション」

１．　事業の背景と目的

法人開設以来３８年が経過し、この間可能な限り在宅での暮らしを支えることを目的として、様々な介護サービスを提供してきた。中でも介護者の支援を目的としたショートステイの重要性に着目し、２か所で計７０床のショートステイを運営している。在宅介護の継続のためには不可欠なサービスであると確信しており、今後もニーズに応えられるよう努めたい。

さて、医療制度改革がいよいよ本格的に開始されようとしている。「病院から地域へ　医療から介護へ」との「療養のかたち」が示されているが、そのひとつの方向性として「早期退院」への流れが始まっている。入院期間の短縮によって、医療依存度の高い高齢者も地域へ戻ってくることが想定されるが、医療機関から直ちに自宅に戻ることができるとは限らない。独居高齢者や老々世帯の増加に伴い、在宅介護の機能強化は大きな課題であり、特に退院直後のような、病状の安定していない時期はまだ不安が残る。

このような状況を踏まえ、ショートステイが果たすべき役割を再考したとき、退院後の受け皿としての可能性の高いことに着目した。これまで介護者のレスパイト機能を中心に、医療依存度の高い利用者の受入れはセーブしていた。
しかし、３６５日看護師が常駐していること、場合によっては医師の訪問が可能なことから、退院後の受け皿として機能するよう取組みを開始したいと考えた。

さらに、短期入所施設では多くの専門職が関わることができるため、退院後一定期間滞在することで、この間に各専門職が必要な情報収集を行い、ケアプラン立案のための適切な情報提供に結び付けることによって、退院後に必要な各種介護サービスのプランニングの有効性が担保されやすいのではないか。

また、すでに「かかりつけ医」がいた場合は、その医師との連携を図ることは当然だが、いなかった場合には医師との間をつなぐことが必要になる。

さらに、自宅の環境をアセスメントする必要がある場合には、訪問し福祉用具等の活用も検討課題としたり、安定した日常生活が遅れるような様々な社会資源を調整したりするなど、在宅復帰の可能性を総合的にアセスメントし、専門職の連携のもとにその実現を目指す、という新たな方向性を模索したい。すなわち、「ショートステイの地域包括ケアステーション」化である。

この構想実現のためには、ショートステイの現場がチームとして一層の団結力を高める必要がある。特に介護職員に求められるものは、施設でのケア提供に留まらず、利用者の３６５日の暮らし全体に対する理解である。利用者が今後も地域で暮らし続けるためには何が必要であり、それはすでに地域にあるものなのか、もしなければそれに代わるものがあるのか、あるいは独居や老々世帯の場合には、自宅での暮らしを支えるキーパーソンは誰なのか、その人との連携を図るためにはどうしたらよいのか、等々といった視点を持って、利用者の暮らしぶりをトータルに見る目こそが求められることになる。

なお、看護職員には医療的な面での介護職員への教育も不可欠であろう。看護と介護が利用者を中心においてしっかりと手を結び、安心した療養環境を整備することによって、この取組の成果が確実なものになる。

２．　事業内容

急性期医療から在宅療養へのワンストップ窓口として、ケアステーションの持つ機能を最大に活用し、地域のなかで「支えきる仕組み」を構築する。

３．　スケジュール

４月　プロジェクトチーム発足（事業行動内容の合意）
５月　年間計画立案
６月　毎月１回、「プロジェクト会議」実施、事業の進行や評価を行う。

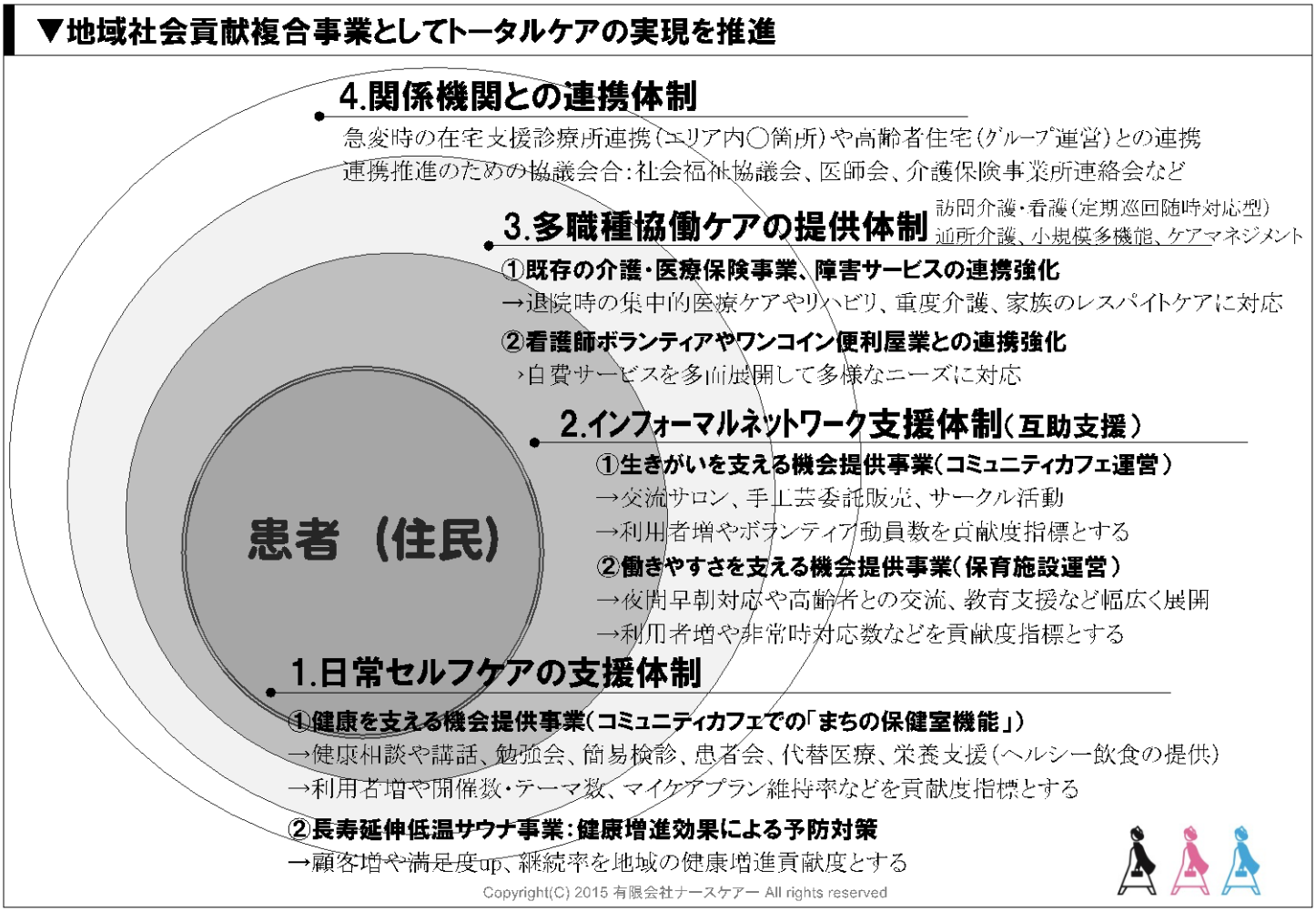
４．期待される成果

- 安心して退院できる場がある。
- 在宅の暮らしも想定したアセスメントができる。
- 実現可能性の高いケアプランが作れる。
- 住まいの療養環境が整備され、安心して在宅復帰できる。
- 看護、介護職員の支援する力が向上する。

・ 地域を視野に入れることで、不足している社会資源の発見ができる。
・ 地域で安心して暮らせることが発信でき、地域住民への啓発になる。

以上

【地域包括ケアステーション開発・実証プロジェクト参加申込書】



（1）　事業主体・代表者（所属機関・肩書き、職種、氏名、住所、電話、ファックス、メールアドレス）

有限会社ナースケアー取締役

NPO キャンナス　理事長　　看護師・主任介護支援専門員　菅原由美（すがはら　ゆみ）

251-0025　藤沢市鵠沼石上 1-6-1B1F　TEL0466-23-4500　FAX0466-27-8280 yumi@nurse.jp

チームメンバー（所属機関・肩書き、職種、氏名）

株式会社　ウエルビー　代表　青木正人 aoki@bonanet.or.jp

有限会社ナースケアー

専務　介護福祉士　主任介護支援専門員　梅澤雅男（うめざわ　まさお）masao@nurse.jp

事業統括部長兼定期巡回随時対応型訪問介護看護管理者

看護師　斉藤初美（さいとう　はつみ）hatumi@nurse.jp

事業部長補佐兼訪問看護管理者　看護師・主任介保支援専門員　牧田律子（まきた　りつこ）　makita@nurse.jp

（1）　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）

事業展開予定地：湘南（藤沢市　人口 42 万、世帯数 18 万の中で主に市の南部地域を中心にする予定（想定エリア人口約 20 万人）

地区名	総人口	65 歳以上	高齢化率(%)	在宅ねたきり高齢者	ひとり暮らし高齢者
片瀬	20,732	5,640	27.20	14	439
鵠沼	55,780	13,074	23.44	16	2,046
辻堂	41,011	8,972	21.88	21	1,398
村岡	29,068	5,909	20.33	6	685
藤沢	45,090	10,152	22.51	28	1,669

上記地区の中でも、特に鵠沼地域は旧高級住宅街で、いわゆる上層社会の方々が多く、権利意識が高く、ヘルパーはお手伝いさん、家政婦さんと考えているような方々が多く暮らしているエリアです。介護保険個人負担も 2 割の方も多いと推測され、今後予防給付から総合支援事業への移行の際も、介護保険が提供する定型的なサービスより自らが望むサービスを自費で利用される方が多く居住している地域です。

・目的　(3) 事業内容

○　トータルケア、地域看護（community nursing）の日本での提供形態の創造
○　日本型「玉ねぎモデル」の実現
○ケアマネジメントとケア提供の分離のないケアシステムづくり
○スタッフの専門性の向上とミッションの共有によるフラットな自律型チームの形成
○専門家による啓発・サポートを充実させたより効果的・効率的なケアマネジメントの確立

各地域・チームにおける、上記の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」機能を組み合わせ、統合をはかるか)

○現状の資源を発展させ、利用者のセルフマネジメントから、地域づくり・ネットワークづくり、専門家によるサポートまで途切れのないケアモデルをつくる
○セルフケアケアプランの啓発・普及をベースにした、「玉ねぎモデル」のコアづくり

現在、このエリアの藤沢駅近くで介護保険事業者として居宅介護支援・訪問介護・訪問看護・小規模通所介護（複合検討）・小規模多機能居宅介護事業を実施しており、訪問看護ステーションを事業として展開しているので、在宅支援診療所など地域の医療機関と連携して独居老人、認知症で独居、重度な医療を必要とする方々を在宅で看護し、看取ってきた経験も豊富にあります。保険ではなく自費による健康関連事業として健康長寿延伸赤外線低温サウナ事業（平成２６年11月より）を開始し、地域助け合い支えあい事業としてコミュニティーカフェ（同年10月より）も運営しており、これに加え、保育施設（幼老統合病児夜間早朝緊急宿泊対応）、（仮称）生活サポートサービス（ワンコインで利用できる便利屋のイメージ）事業も開始予定となっております。

また、社会福祉協議会と藤沢市の担当課長から介護と医療の連携事業について協議を持ちたい旨の内申があり、医師会との正式な連携協働を目指す予定となっております。

・　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がわかるように、自由にお書きください。

チームメンバーは事業における中心メンバーで構成されており、同じ事務所内で働いており、必要に応じて随時報告協議できる上、毎週、チームメンバーも属する会社の役員会議が開催され、他の役員との協議や連携も可能となっています。外部との連携については、今後の協議となりますが、介護保険制度開始以前から看護師主体によるボランティア団体、「訪問ボランティアナースの会キャンナス」（その発展としてのNPOキャンナス）として活動してきた歴史と地域で培ってきたネットワークをバックボーンとして、今まで同様に、代表の菅原由美を中心に地域の中での事業を推進していく予定です。
また、すでに地域密着型の事業を運営しており、定期的な運営推進会議などの活動を通して、民生委員、ご利用者家族、診療所、包括支援センター、市役所職員等の参加の中から新しい連携事業への理解、協力関係を構築することが可能であると考えています。

(4) スケジュール

平成27年4月1日から28年3月31日予定（継続予定）

(5) 期待される成果とその把握方法

○トータルケアの効果と効率性の検証

需要サイド

満足度

活動・社会参加の実現度

供給サイド

満足度

ケアの提供時間の短縮

労働生産性

既存の居宅介護支援・訪問介護・訪問看護・小規模通所介護・小規模多機能居宅介護で、今回のメンバーで連携チームを構築して、介護保険、医療保険、障害サービスなど適切な社会保障制度内のサービスを複合的に提供できるよ

うに体制を構築していくことにより、地域住民、地域の訪問診療所、病院との関係を結んでいく中で産まれてくる医療介護協働による連携の中で、介護職の意識や質等の向上も図っていく。社会貢献評価は売上、雇用人数、働きやすさは勤続年数で、ケアの質の評価は在宅看取り人数、重度要介護者数等で計っていきます。
関連する必要なサービスを複合的に臨機応変即時組み合わせ利用できることが、最期まで在宅を続けられる条件かと考えます。

病院からの退院時には、必要に応じて小規模の宿泊機能と看護による医療的ケア、リハビリテーションを短期集中的に組み合わせて、身体状態、精神状態の回復を主軸に、併せて家族への指導、教育や精神的なフォローを行なっていく。そして、家族による小規模での利用者の状況把握と介護トレーニングで在宅での継続的な療養生活への道筋を創っていく在宅へ向けての老人保健施設的役割を担う。

在宅移行後は定期巡回随時対応型訪問介護看護で当初は対応しながら、障害サービスが利用できるか、必要であるのか等のアセスメント、カンファレンス等行い、公的な制度の利用では不十分なところは、地域資源としてのボランティアや各種の自費サービスで隙間を埋めて、安心して在宅生活が継続できるように支援する。
急変時は、在宅支援診療所との連携で入院、或いは当社の小規模等の宿泊機能やグループで運営する高齢者住宅を自費で短期入所として利用できますので、介護家族に緊急時における安心とレスパイトを担保していくが可能です。

また制度の狭間にあって制度を利用できない子供から高齢者の方々が、困っていることを解決できるようにボランティアでの制度外のサービス、制度になじまない便利屋のような困りごとのお手伝いなどを、地域の若者を中心に格安のワンコイン生活サポートサービスを開始、その後徐々に、活動を周知広報することで地域の元気な高齢者に実働して頂くことで、地域の困りごとを地域で、地域の力で解決していく地域循環型の「社会資源」として育成していく。
社会貢献評価は売上と雇用、ボランティア人数等で計っていきます。

そして、まちの保健室としてのコミュニティカフェで、健康相談、講話、ワンコイン検診、鍼灸、マッサージ、割安でヘルシーな食事、お茶の提供、癌カフェ、認知症カフェ、様々な難病等の患者会、地域の方々による手工芸委託販売、サークル活動、各種教室、勉強会、セミナーなど、地域へ開けた場所での拠り所としての交流サロンを周知広報活動することで、より多くの多種多様なボランティアを募集、相互に交流しながら、これから始まる地域総合支援事業の担い手として自助、互助の仕組みを創出していく。この活動により、少しでも多く地域での助け合い支えあい社会を構築して、社会貢献評価は売上、雇用人数、参加人数等で計ります。

保育施設（名称：キャンズ）では、働くお母さんを応援する為に、夜間早朝や宿泊、食事、入浴、遊びと教育、高齢者と子供の交流も視野に入れ、幼児の人格形成教育、高齢者の生きがい等の相乗効果を図ると共に、子供がいても働きやすい環境を整備していくことで、女性の雇用開発や有用な人財の活用、少子化対策を目指していきます。社会貢献評価は保育による売上、雇用人数、就労人数等で計ります。

自費健康関連事業の長寿延伸赤外線低温サウナ事業では、体温上昇によるアンチエイジング効果から免疫力アップ等による健康増進を図り、早期に未病、予防対策して、地域の健康高齢者を増やし、生涯現役として仕事、ボランテ

ィア等社会貢献による地域の助け合い支えあいを推進していきます。社会貢献評価は、地域のボランティア人数等で計ります。（ 相乗効果の可能性がある酸素カプセルや水素水による健康増進も複合的に検討していく）

上記事業は助成金や補助金を利用しないで自立した運営で収支のバランスを確保することで持続可能な地域社会貢献複合事業として育成し、人材創出、保険料の効率化、このモデルを他の地域で活用できるようにしていく事と共に、マイケアプランを啓蒙、セルフヘルスケアマネジメント、セルフライフプランということで、自分の健康増進に意識、意欲を持って頂き、万一要介護状態等になっても、ケアプランはマイケアプランで行うことで、最後まで自律した生活ができるように意識改革して、藤沢市ケアプラン作成費用（認定者数から推計）約１億６千万の半分程度を節約、医療介護の保険料の上昇を抑えることも同時に狙っていく。

この新しいチーム連携事業により、コミュニティビジネス（ソーシャルビジネス）としても確立させ、団塊世代の多様なニーズに合ったサービスを創造、そして現役時代の能力を活用、興味のある活動につながれば、退職者の生きがい、やりがい、役割の再現となる事となり、新しい互助の社会化が構築できるものと思います。

○要介護度別認定者数 ２０１４年（平成２６年）９月３０日現在（参考統計情報）

要支援 要介護 合 計

１号被保険者 16,080

65 歳～69 歳 784

70 歳～74 歳 1,478

75 歳～79 歳 2,576

80 歳～84 歳 3,974

85 歳～89 歳 4,058

90 歳～94 歳 2,313

95 歳～99 歳 754

100 歳～ 143

100.00%

小 計 13,818

２号被保険者 420

合　　計 16,500

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト「事業計画」

1. 名称「とやま地域包括ケアステーション富山市」

2. 事業主体

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

〒930-0194　富山県富山市杉谷 2630

TEL 076-434-7240、FAX 076-434-5084

メールアドレス：yanmashir@med.u-toyama.ac.jp

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）

3. 事業の背景と目的

1) 背景

富山市は、総面積 1241.85km^2（距離　東西 60.7km　南北 43.8km）で、海抜 0m から標高約 3000m に及ぶ広大な面積を有している。県のほぼ中央から南東部分までを占め、北は豊富な魚介類を育む富山湾、東は雄大な立山連峰、西は丘陵・山村地帯が連なり、南は豊かな田園風景や森林が広がっている。市内には神通川や常願寺川など大小の河川が流れ、古くから川で結ばれた文化圏を形成している。平成 8 年には旧富山市が中核市に移行、平成 17 年 4 月に富山市、大沢野町、大山町、八尾町、婦中町、山田村、細入村の 7 市町村が合併し、新しい「富山市」が誕生。新市として、地域の連携で支え合い、健やかに生きる健康福祉のまちづくりを進めている。平成 24 年 4 月に高齢化率が 25%

を超え、平成 26 年 11 月末現在では、人口 420,032 人、65 歳以上の高齢者人口は 113,321 人、高齢化率 27.3%と、年々高齢化が進んでいる。

高齢化が進んだ中心市街地では、１人の高齢者を 1.75 人の現役世代で支えており、全国や全市と比べても 10 年早い。この現役世代の 1.75 人の中には、元気な人だけでなく、特定疾患患者やガン末期の方、生活困窮の方、障害者などの支援が必要な方も含まれている。そこで、赤ちゃんがすくすくと育ち自立した大人になり、高齢者が元気に暮らして支え手になることが必要である。また、町内単位での高齢化率が 60%を超える町内も出てきており、これまでと違った、新たな地域づくりが課題になっている。

平成 25 年度から 3 年計画として、保健・医療・福祉・介護・教育等の連携を強化し、赤ちゃんから高齢者、障害者やその家族が安心して暮らせる健康まちづくりを推進することとなった。健康まちづくりの推進では、健康まちづくりマイスターの人材養成や、地区包括的情報交換会、包括的ネットワークの構築や推進会議の実施に取り組んでいる。健康まちづくりマイスターは、地域住民、専門職、行政の職員がなっており、地域の縦割り、行政の縦割りなど、各々の縦割りに存在する人が健康まちづくりという共通のテーマで横につながり、統合化を図っていくキーマンとなる人材である。平成 26 年度の「富山市健康まちづくりマイスター養成講座」により 140 名のマイスターが誕生した。

今回、特に高齢化が進み、かつ住民の課題が多い中心市街地を対象に、地域包括ケアシステムの構築のモデル事業「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」を開始する。

2) 目的

本プロジェクトでは地域包括ケアシステムの構築のために、地域包括ケアステーションを設置し、保健師機能を高め、医療と看護そして介護職と連携し、さらに住民と協働する。その目的は、

① 地方中核都市において、地域包括ケアシステムの基本方針の共有「規範的統合」をどのように図っていくかを明らかにすること、
② 保健・予防の視点から自助力･互助力を高めるプログラムを検討すること、
③ 在宅医療･看護･介護の連携を強化し、看取りケアができるプログラムを検討すること、
④ 行政、専門職、地域住民が顔の見える関係になり健康まちづくりを推進する人材育成のプロセスを明らかにすること、
⑤ 地域を基盤としたケアと統合ケアを具体的にどのように推進していくかを明らにする。

4. 地域包括ケアステーション設置場所

富山市中央保健福祉センター

5. 事業内容

赤ちゃんから高齢者、障害者その家族を対象とした総合的な地域包括ケアシステムを構築するため、富山市中心市街地の課題に対して、2つのプロジェクトに取り組む

①プロジェクトA

主に65歳未満の現役世代を対象に保健･予防の視点から、自助力･互助力を高める自立支援ケアプロジェクト

②プロジェクトB

65 歳以上の要介護高齢者を対象に在宅医療･介護を中心とした看取りケアができるプロジェクト

1） 実施地区

中心市街地 10 地区

（総曲輪、星井町、五番町、八人町、西田地方、愛宕、安野屋、奥田、柳町、清水町）

2） 実施方法

＜両プロジェクト共通＞

①規範的統合

市の関係課、関係団体、関係機関と地域包括ケアシステムの構築の基本方針を共有する。

②地域包括ケアチームの設置

保健福祉センター内に、保健師、看護師、医師等の地域包括ケアチームを設置し、効率的で統合されたケア、マネジメントを提供する。

③地区チーム担当制の導入

地区を一人の保健師が担当するのでなく、チームで担当し、地域づくりの連続性、包括性を担保する。

④包括的情報交換会（地域介入会議）の開催

地域づくりに介入する地域包括支援センター、保健福祉センター、社会福祉協議会の担当者が、地域の課題を共有するとともに、共通の目標をもって計画的に地域介入を行うための情報交換会を開催する。

⑤包括的ネットワーク構築

既存のサービスでは在宅生活が困難な人に対し、個人のネットワークを生かしながら、在宅生活の継続のために必要なフォーマル、インフォーマルなサポートメンバーを加え、包括的ネットワークを構築し、在宅生活の継続、自立支援、QOL の向上を図る。

⑥地域の関係機関･団体、ボランティアの連携から協調･統合へ

・赤ちゃんが元気に生まれすくすく育つ地域ネットワークの構築

保健推進員や民生委員児童委員等の健康まちづくりマイスターが中心となって、地

域の母子保健、子育て、教育に関わる機関や団体、ボランティアの情報交換会を開催しネットワークを構築する。関係者の連携を強化し、地域活動の協調を図るとともに、地域で生まれ育ち大人になる子どもたちへの途切れない支援体制を検討する。

・障害者、高齢者が健康で安心･安全に生活できる地域ネットワークの構築

老人クラブや民生委員児童委員、社会福祉協議会等の健康まちづくりマイスターが中心となって、地域の障害者、高齢者に関わる機関や団体、ボランティアの情報交換会を開催しネットワークを構築する。関係者の連携を強化し、障害者、高齢者の自立と社会参加の促進や、虐待等の早期発見･対応を促進するため、健康づくりや介護予防、消費生活等をはじめとした地域活動の協調を図る。

・在宅医療･看護･介護のネットワークづくり

医師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の健康まちづくりマイスターが中心となって、地域の医療機関、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設、地域包括支援センター等、関係者のニーズ調査を行い、実態を把握する。また、在宅医療･看護･介護の関係者が一堂に会し、顔の見える関係づくりを推進する。さらに、担当している高齢者の在宅生活を継続する上の課題、在宅生活を支援する上での医療･看護･介護等の専門職側の課題、地域全体で共有していくことが必要な課題等について情報交換し、課題の解決について話し合う。

⑦包括的健康まちづくり推進会議の開催

地域全体の規範の統合を図ると共に、様々なレベルのネットワークの課題を市の関係課、地域の関係団体、関係機関が全体で共有し、具体的な取り組みについて話し合うとともに、課題の解決にむけた連携、協調、統合への実践の足がかりとする。

＜プロジェクトＡ＞

①　地域包括ケアチームによる効率的なサービス提供とセルフケアマネジメントの推進

中心市街地 10 地区に生活している気がかり親子や精神障害者の他、特定疾患患者や多問題家族で継続的な支援が必要な人を対象に、地域包括ケアチームのメンバーは本人が自立して生活できるようセルフマネジメント能力を高めるケアを推進する。ケアの提供にあたり病院の看護師が病棟全体を管理し入院患者の病室を訪れ必要なケアを行うと共に安心感を与えるように、病院や施設にいるかのごとく安心感を与える。

②気がかり親子等へのインフォーマルサポート導入のシステム化

産後うつ、気がかり親子等の方は病気や障害を抱えている人やその恐れがある人など様々であるが、日常的なちょっとした見守りや支援があれば自立できる人である。インフォーマルなサポートについては現在、タイミングなどシステム化されていないが、事例を通して、システム化を測る。

③障害者･高齢者が参加できるご近所サービスの開発にむけた検討

介護が必要な高齢者が増加する中で、買い物やゴミ出し等といった簡単な日常生活支援

や居場所としての通いの場所、人との交流の場所等をご近所サービスとして開発するための検討を行う。ご近所サービスは、完全な互助というインフォーマルサービスもあれば、障害者や高齢者の社会参加と報酬につながるようなセミフォーマル化されたインフォーマルサービス等、地域の団体だけでなく企業などの参画も得ながら、地域の特性にあった形で検討を行う。

④地域を基盤とした保健師活動の見える化

保健師は、古くから感染症予防対策をはじめ、地域住民の健康と生活を支えるというもとに地域組織活動を行う専門職として存在してきた。2000 年の社会福祉基礎構造改革以後、課題や対象別に様々な法律が整備され、専門分化が進んだことにより、地域の健康課題も見えにくくなり、また、全国的にも保健師が一歩引いた感じになっている。行政の保健師は、本来、地域住民をその生命の誕生の時から連続的･包括的に見守ることができ、地域の様々な健康や生活の課題を統合していくことができる職業特性があることから、保健師本来の活動のプロセスを記録化、検証し、見える化をはかる

＜プロジェクトＢ＞

①　地域の医療機関の在宅医療・訪問看護の現状調査

中心市街地には 141 の医療機関があり、医療環境は恵まれている。しかしながら、在宅医療を実施している医療機関は少ない。この地域の要介護認定者数は 2901 人おり、実際に在宅にいる人は多くない。地域の医療機関等への在宅医療・訪問看護の現状調査を行う。

②とやま在宅協議会等との連携による多職種連携在宅医療･看護･介護研修

中心市街地の医療機関、介護保険関係者等にスポットをあて、顔の見える関係、連携が促進するよう、研修会を開催する。

③在宅医療・訪問看護の推進に関する検討

在宅生活を支えるために医療はかかせないものである。生活の場である在宅で 24 時間 365 日のケアは、介護者のみならず、かかりつけ医の時間的拘束感、精神的拘束感からくる負担感は大きい。その負担感を軽減し、在宅医療を推進するためには、人材育成のための教育研修（動機付けおよび実地研修等のプログラム）と医師同士あるいは訪問看護との連携が必須ある。同様に、訪問看護を推進するためには、人材育成（看護機能および各職種への橋渡しを行うリエゾン機能の習得）やステーションの運営、および医師や介護職員との連携が必須である。この両者の実践的な連携を地域包括ケアチームで検討する。

④ターミナル期における Quality of Death （QOD）の確保

最期まで在宅で過ごしたいという高齢者は半数を超えている。自分がどのような最期を望むのか、日頃から話し合ったり、考えたりできるよう、QOD についての啓発とその支援を行う。

6. スケジュール

1) 4月キックオフミーティング
2) 4月14日オレンジクロスへ事業計画案を送付
3) オレンジクロス主催ワークショップへの参加（4月20日～24日、6月18日（木)、9月第3週、11月20日（金)、2月19日（金))
4) 平成27年度健康まちづくりマイスター養成講座（第1回6月5日、第2回6月26日、第3回7月2日、第4回7月24日、第5回8月21日）
5) 平成28年3月、実証開発プロジェクトの総括

7. 期待される成果

① 地域包括ケアシステムの基本方針の明確化と共有化（規範的統合）がなされ、その課題へも取り組みが継続される。
② 保健・予防の視点から自助力･互助力を高めるプログラムが開発される。
③ 在宅医療･看護･介護の連携を強化し、看取りケアの仕組みができている。
④ 行政、専門職、地域住民が顔の見える関係になり健康まちづくりを推進する人材育成がなされている。
⑤ 地域を基盤としたケアと統合ケアの具体的な取り組みが開始されている。

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト事業計画

2015 年 4 月 8 日

１、名称　「とやま地域包括ケアステーション南砺」

２、事業主体

１）代表者　南　眞司　医師

南砺市政策参与、南砺市地域包括医療・ケア局地域包括課顧問
〒939-1898　富山県南砺市蛇喰 1009
℡0763-23-2034　Fax 0763-64-2550
メールアドレス minami.shinji@city.nanto.lg.jp

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	看護師
社会福祉法人福寿会本部 教育担当責任者	村井真須美	看護師
富山大学付属病院総合診療部・教授	山城清二	医師

３）参加組織

主体組織：南砺市訪問看護ステーション（看護、リハビリテーション）
南砺市井波在宅介護支援センター（ケアマネジメント）
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（バックオフィス機能）

協力組織：南砺市地域包括医療・ケア局
南砺市医師会（地域医療連携部会）
南砺市地域包括支援センター
南砺市社会福祉協議会
南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会
ニチイケアセンター山見　ニチイのやわらぎ

３、事業の背景と目的

１)背景;

南砺市は富山県の南西部の中山間地に位置し、平成 16 年 11 月、4 町 4 村が合併し誕生した。誕生後 10 年間で、人口は約 5.9 万人から 5.4 万人、高齢化率は約 27.6%から 34.3%へ過疎化、超高齢化が進行した。合併時、国保直診の 3 病院、4 診療所の市立医療機関があり、保健や介護・福祉、行政等と協力し、地域包括医療・ケアの構築に取り組んできた。しかし、医師、看護師不足で赤字経営など課題があり、平成 18 年から 20 年頃には急速に医師が減少し、医療崩壊の危機に見舞われた。

平成 19 年度より、富山大学総合診療部山城教授と南砺市及び南砺市民病院が連携し地域医療再生に取り組み、平成 21 年 10 月から「南砺市地域医療再生マイスター養成講座」が開催され、平成 22 年 2 月に「南砺の地域医療を守り育てる会（現在、南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会)」が発足した。地域の住民、行政、医療などの専門職と大学が協働して、この 6 年間で地域医療再生の人材、マイスターを 260 名養成した。取り組みの波及効果として、南砺市民病院の医師数は増加し、訪問看護・リハビリの活性化と職員数の増加も実現した。住民グループが認知症対策などを積極的に行い、顔の見える住民参加型システム（南砺市モデル）が構築された。この南砺市モデルが認められ、平成 26 年度富山大学に「とやま総合診療イノベーション センター」が設置され、地域包括ケアシステムの教育・研究・実践と、リサーチマインドと優れた臨床能力を有する総合診療医の養成が開始された。センターを中心に「南砺市モデル」の地域包括ケアシステムを富山市や富山県で構築する計画が進められている。

南砺市は過疎化、超高齢化の進行で、独居・老々世帯が増加し、介護や生活支援を家族に依存する構図は困難となった。昨年、世界で最も進んだオランダの地域ケア「ビュートゾルフ」の取り組みに出会い、哲学や理念を学ぶ機会を得た。南砺市で理想的な地域包括ケア構築へ、これまでの経緯と実績を踏まえ、平成 26 年 11 月に街づくりの規範①～⑤を田中南砺市長が示した。①幸せに生涯を過ごせる協働の街づくり。②地域包括医療・ケア（地域包括ケア）で家族の絆と地域の絆を結ぶ街づくり。③介護が必要になっても、家族と共に安心して暮らせ、自宅で穏やかな死が迎えられる街づくり。④健康寿命を伸ばし、互いに支え合い、独居・老々世帯も安心して暮らせる街づくり。⑤一人暮らしの認知症の人が笑顔で暮らせる街づくり。南砺市の目標が明確になった。

富山市は中都市型システム構築を目指し、南砺市は中山間地型システムとして、特に住民と共に地域包括ケアを構築する事を目指し、“とやま地域包括ケアステーション南砺”を立ち上げる。

2)目的

住み慣れた地域でその人らしい暮らしの継続を支える地域包括ケア実現のため、南砺市の井波地域において、共助の地域包括ケアステーションを基点に、利用者や地域住民の自助・互助を醸成し、公助の支援のもと、理想とする地域包括ケアシステムの構築に取り組み、その有効性の実証および一層の開発事業を実施する。

4、 地域包括ケアステーション設置場所

南砺市民病院内の南砺市介護福祉支援センター

5、事業内容

1)共助の構築、地域包括ケアステーション・多職種協働ケアチーム

①とやま地域包括ケアステーション南砺の構築

南砺市民病院内の南砺市介護福祉支援センターに地域包括ケアステーションを設置し、南砺市訪問看護ステーション、南砺市井波在宅介護支援センターと南砺市井波ホームヘルプステーションが核となり、南砺市井波地域約 1 万人の住民へ、一体的なケアマネジメント、看護、介護、リハビリなど地域包括ケアを提供する。

南砺市介護福祉支援センターにケアステーションのプロジェクトチームを結成し、事例毎に実務者会議を行い、情報共有や支援方法を検討する。各専門職の窓口は介護支援専門員；松本、介護；角藤、看護；重倉、リハビリ；羽柴、総括は南、相談役は村井で行う。

②井波地域訪問看護チームの結成

井波地域を担当する訪問看護＋訪問リハビリチームを結成する。看護師５～６名、リハビリテーション療法士３～４名で構成し、井波地域（井波地区、山野地区、高瀬地区、南山見地区、井口地区）を担当する。地域や地区を担当する事により、地域住民や地域・地区への責任や愛着が生まれる。利用者の個別事例を通し、地域住民、地区担当の生活支援コーディネーターや地区担当専門員との連携が図られ、地区の人材育成とネットワークの構築が期待される。

具体的事例へ、担当介護支援専門員、訪問看護師、リハビリ療法士、地区担当専門員、地区担当生活支援コーディネーター、地域住民（近所の人）等と対応されている家族が提供票を確認しつつ、対象者から意見や希望を聞き、対応策を検討する。

③南砺市医師会地域医療連携部会

専門職の顔の見える連携と包括ケアの質向上を目指し、平成 22 年 6 月より開始された。医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士、ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ、歯科衛生士、介護福祉士・ホームヘルパー、社会福祉士・介護支援専門員等統合するケアに必要な専門職種だけでなく、地域包括支援センター、市社会福祉協議会、砺波厚生センター等や各種事業所など必要な組織もほぼ参集しており、今後「とやま地域包括ケアステーション南砺」での事例などを検討し、解決や支援能力の向上を図る。

④南砺市民病院との連携

井波地域の訪問診療だけでなく、悪化時の外来・救急医療や入院医療を遅滞なく受け入れてもらう事が地域包括ケア構築には必須条件である。「とやま地域包括ケアステーション南砺」が南砺市民病院内に設置される強みとこれまでの連携を踏まえ、より良い医療の支援機能を構築する。特に、平成 26 年 9 月より地域包括ケア病棟が開設されており、急性期病棟や回復期リハビリ病棟と共に、より良い地域包括ケア機能発揮のための課題や解決方法の検討も行う。訪問診療や連携の活動の中から、総合診療医・家庭医の育成だけでなく、病院看護師やコ・メディカルの意識改革にも努める。

⑤とやま総合診療イノベーションセンターとの連携

今回の南砺市で行う実証開発プロジェクトのバックオフィス機能を担う。全国で展開する実証開発プロジェクトの主体である一般財団法人オレンジクロス事務局や推進

する世話人会などと協力し、「とやま地域包括ケアステーション南砺」プロジェクトのケアの質（Better Care)、職場環境（Better Work)、診療費用（Lower Cost）やシステム構築の評価や指導を行う。南砺市で不十分な ICT の開発やバックオフィス機能開発の支援や国内外の先進的な取り組みの紹介も行う。プロジェクトの取り組みの中で、訪問診療、訪問看護などの技能教育や人材育成を行い、確認された課題へ、臨床研究としての支援も行う。その他、地域住民の自助と互助への支援として、南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会やマイスター養成講座などにも協力する。

2)自助の構築、南砺市高齢者養生訓の普及・啓発

病気や障害などで支援が必要な住民だけでなく、現在元気な住民も自分事として自身の健康に留意する必要がある。その上で、どう生き、どう人生を仕舞うのかなどの意識を持ち、行動する事が求められる。南砺市高齢者養生訓（資料１）などを住民へ周知し、また事例に即した指導や啓発を行う事により、住民の意識や行動の改善に努める。

3)互助の構築、31 自治振興会毎の生活支援コーディネーターやケアネットの構築

南砺市の旧小学校校区である 31 自治振興会毎に、生活支援や介護予防などを担う互助機能の構築、向上を目指す。地区毎に状況や課題が異なり、各自治振興会の住民が自分事として認識し、暮らしやすく暮らす価値のある地区にする取り組みが求められる。資料２で示すように、自治振興会毎に生活支援コーディネーターを設置し、地区社会福祉協議会のケアネットや民生児童委員・高齢福祉支援員、自治会長等と協力し、要生活支援者を支える。地域にある生活支援をコーディネートすると共に、必要であれば地区担当専門員や介護支援専門員・訪問看護師などと連携し、課題解決に努める。個別事例の支援を通し、生活支援コーディネーターの機能向上と地区の人材の開拓やネットワーク作りを行う。地区の元気な住民にはゴミ出し、除雪、配食やサロンなどの協力を依頼し、より元気な住民には介護職員初任者研修に参加してもらい、一人暮らし高齢者などへの在宅介護を担ってもらう。住民と専門職が協力し、インフォーマル・フォーマルネットワークのマッピングと活性化を通し、南砺市型玉ねぎモデル構築を目指す。

4)公助の構築、医療協議会・ワーキング会議、地域包括ケア推進会議、地区担当専門員

南砺市では平成 22 年 9 月より医療と保健、福祉・介護などの課題解決や連携を目的に地域包括医療・ケアワーキング会議を開催した。地域課題を地域包括ケア推進会議などで分析し、解決方策を策定し、ワーキング会議や市長も出席する医療協議会に図り解決に努めている。各地区の地域力（地域を基盤とするケア）向上を支援する体制は脆弱であった。以前は地域保健師が地域づくりを担っていたが、介護保険導入や地域包括支援センター構築などでその機能への意識が希薄化した。今回、地域包括支援センターと市社会福祉協議会の保健師や社会福祉士などが協力し、31 自治振興会毎に地区担当専門員として配置し、生活再建や認知症対応などを担う。同時に地区の生活支援コーディネーターや介護支援専門員・地域訪問看護師などと協力し、地域の人材確保・育成とインフォーマルネットワーク作りを通して、地域力向上に努める。

５)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

毎月第1水曜日午後0時30分から南砺市地域包括医療・ケア局で開催している「南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会」の幹事会を、「とやま地域包括ケアステーション南砺」の実証プロジェクトの幹事会としても運用する。代表者、チームメンバー以外に住民代表も参加し運営する。広く住民や関係者への情報の共有等は年３回開催される「南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会」や年１回開催される「地域医療・地域活性化マイスター養成講座」等で報告し、周知に努める。

６、スケジュール

1)平成27年４月８日;とやま地域包括ケアステーション南砺のキックオフミーティング
2)４月10日;オレンジクロスに事業計画案送付
3)４月25日; 第18回南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会で事業計画を発表
第19回(7月予定)、第20回(平成28年２月予定)にも進捗状況を報告
4)６月初旬、11月初旬、平成28年２月初旬に事業の振り返りと評価を行う。
5)６月18日、11月20日、平成28年２月19日の東京でのワークショップに報告
6)平成28年３月、とやま地域包括ケアステーション南砺の実証プロジェクトの総括を行い、平成28年度の活動に繋げる。

7、期待される成果

①井波地域をモデルに、南砺市が目指す街づくりへ規範の統合が前進する。
②看護、介護、予防、リハビリ、ケアマネジメント、医療などをフラットに機能させる「統合するケア（フォーマルネットワーク)」の構築が進む。
③これまで不十分であった、地域住民の自助機能と地区で住民が支え合う互助機能の向上が期待され、「地域を基盤とするケア（インフォーマルネットワーク)」構築が進む。
④ケアの質（Better Care)、職場環境（Better Work)、診療費用（Lower Cost）の改善へ、具体的工夫やシステム構築を行い、1年後その成果結果を評価し、課題を明確にする。平成28年度、とやま地域包括ケアステーション南砺のチームが、その解決方法を再構築し、新たな取り組みが開始される。

ケアの質（Better Care)；現状のケアプラン関係者のケア会議から、地域生活圏の対象者の会議に視点を変更する。取り組み前の提供票と生活圏の住民にケア会議を実施後の提供票やケアプランの変化を検証する。期待される成果として、連携・人材育成・　ネットワーク化や本人の行動変容とQOL向上が期待される。

調査期間；平成２７年１０月～平成２７年１２月

評価方法；訪問看護サービス質評価のガイドラインの調査項目を使用し、質変化の因子分析を行う。

職場環境（Better Work)；平成２６年５月厚生労働省職業安定局雇用開発部雇用開発

企画課から出されたアンケート調査用紙を使い、ケアステーション関係者の意識調査を行い、今回のプロジェクトによる職場環境の変化を確認する。

対象職員；ケアステーションに所属する、訪問看護師５名、訪問リハビリ４名、ヘルパー５名、ケアマネジャ９名。

調査期間；第１回、平成２７年３月１３日～３月２０日、第２回、平成２７年１０月２１日～１０月２４日

診療費用（Lower Cost）；提供票から見えるサービスコスト変化等を確認する。バックオフィス機能を担う「とやま総合診療イノベーションセンター」と協力し、評価する。

資料１

南砺市高齢者養生訓（自助）　「元気で幸せに生きて人生を仕舞う」

南砺市政策参与、地域包括医療・ケア局地域包括課顧問、福寿会副理事長、
前南砺市民病院長　南　眞司

・高齢者養生訓、第一「病気を予防し悪化を防ごう」

老いによるゆっくりとした元気さの低下と、結果としての死は避けられませんが、住民が心配する癌や後遺症を残す脳卒中などは予防できます。

第１は生活習慣の改善で、特に喫煙の中止は大切です。南砺市では高齢者の６～７％が喫煙されています。医者からみれば喫煙関連の肺癌は自殺に近く、脳卒中になれば自業自得の面があります。タバコは吸わず、大酒は飲まず、適切な体重を維持できれば大丈夫で、昔から、早寝早起き、腹八分目、まめに歩けば医者いらずと言います。それに加え、塩分を控え、緑黄色野菜を多く取ればより完璧です。癌や脳卒中だけでなく、高血圧、糖尿病なども予防できます。

第２は検診を受け病気を予防することが大切です。生活習慣が良くても加齢に伴い色々な病気が出てきます。住民検診で、高血圧、高脂血症、糖尿病や動脈硬化などを確認し、必要であれば悪化予防の食事運動療法や内服治療などを行ってください。人間ドックや脳ドックで癌や脳卒中などが確認されれば、早期の治療が可能です。

第３は癌や脳卒中、心筋梗塞などになっても、適切な急性期治療と継続診療が大切です。高齢になれば病気と共に生きることは普通で、急性期治療後の適切な治療で元気に長生きできます。医師や看護師などと信頼関係を結び、療養を継続することが大切です。

・高齢者養生訓、第二「身体と頭を元気にしよう」

高齢者は病気の予防だけで元気を維持できる訳ではありません。社会で活躍していた方が、定年になって楽隠居した途端、急に年を取って弱くなったと聞くことがあります。

人が元気で生きてゆくには、病気の予防と治療は勿論ですが、身体や頭を使い続けることが必要です。大きな脳卒中になれば不自由になりますが、病気がなくても何もせずボーとしていれば身体も頭も弱くなります。足腰を使わなければ弱くなることはご存知ですが、頭も同じです。現役で仕事をしている時は、否応なく身体や頭を使い続けます。仕事や社会貢献は生きる糧（お金など）を得る手段ですが、人を鍛え成長させる大切な役割も持っていす。お金がたまり楽隠居できることは、これまでの社会貢献のご褒美ですが、人を鍛え成長させる機会が無くなることを意味します。その上に、忍び寄る老いが後押しし、急速に元気が無くなってしまうのです。

ヒントは井波彫刻の方や家事と畑仕事をしている女性です。生涯現役が最も元気で幸せかもしれません。女性が元気なのも、身体も頭も使う家事や畑をしているからです。仕事を辞め、家事も畑もせず、地域と関わらない男性が元気を無くすことは当然の結果です。トレーニングセンターで身体を動かし、脳トレで計算することは身体も頭を使うので効果

があります。しかし、高齢者は残り少ない時間を楽しんで元気になるべきです。さわやかな風を感じながら散歩したり、スポーツで汗を流したり、好きな畑仕事で色々段取りしながら身体を動かし、取れた野菜を近くの人にお裾分けして喜ばれることなど幸せです。町内会の世話などで歩き回ることも良い活動です。新たな生きがいや役割を持ち、身体と頭を使い、そのことが人ためになれば最高です。

・高齢者養生訓、第三「社会貢献し、元気で幸せに生きよう」

高齢になっても病気を予防し、身体と頭を使い続けることで元気は維持できます。しかし、それだけで幸せでしょうか。縁があって 32 年前、旧井波厚生病院に赴任して以来、多くの方から年を取って「役立たず」になることの心配を聞きました。この地の方々は、仕事をしたり、地域の世話をしたり、家事や畑をしたり、何か社会や地域や家のために役立っていないと気が済まない働き者です。頑張って働き、お金もたまり、楽隠居しても文句は言われない立場でも、何らか社会のために役立ちたいのです。動物は生きて子孫を残すことが大切ですが、人間はそれだけではありません。人間は人や社会とつながり、役に立ちたい（社会貢献）との思いが強く、このことが生きている証なのです。

高齢になって元気だとしても、人と会わずに暮して幸せでしょうか。畑で採れた野菜や調理したものをご近所におあげし「ありがとう」の言葉を聞き、地区の方と何気ない会話をするだけで幸せなのです。大げさなことでなく「お互い様」の思いで少し役立てば良いのです。一人一人できることが違います。近所の一人暮らしの方などに、見守りや話し相手をするだけで十分です。ゴミ出しや除雪が必要な方にお手伝いすれば感謝されます。もっと元気ならボランティアや研修して介護をすることも喜ばれます。人のために役に立てば元気になるし幸せなのです。いつか自分に返ってきます、「情けは人の為ならず」です。

人生の終わりごろに「役立たず」になり、家族などに迷惑をかけることが心配な方は、「世話されることも大切な役割」だと知ってください。その上、死ぬ時も自宅や施設で主人公として死ぬことで、多くの役割を発揮して終れます。

・高齢者養生訓、第四「家族介護のあり方を見直し、家族の絆を結ぼう」

家族が病気や怪我で介護が必要になった時に、家族の絆が結ばれることを、医師として感じます。しかし、その介護が家族にとって過剰に負担であれば虐待や介護放棄に繋がります。家族の絆を結べるか、虐待になるかは紙一重なのです。

南砺市は 3 世代同居も多く、家族の誰かが介護を担ってきました。在宅医療も整備され、自宅で医療・介護サービスなどを利用し暮らすことも可能です。しかし、急速な少子高齢化で、高齢者の一人暮らしや老々世帯が増加し、家族の介護力が低下しています。昨年、南砺市の 65 歳以上住民への「生活圏域ニーズ調査」で、介護が必要になった場合、多くの方は自宅で介護サービスや家族介護を受けたいと希望されています。反面、約 70%の方が介護する家族の身体的・精神的負担を不安に思っておられます。

どうすれば、家族が大変でなく、高齢者も不安なく家族と絆を結び、望む自宅での生活を継続できるのでしょうか。必要なことは、家族に頼っている介護や家事のお世話を、社

会や地域がしっかり担うことです。介護を家族の義務とする限り、介護を家族に頼りきっている限り、高齢者が安心して暮らせるようにはなりません。家族のいない一人暮らし高齢者も、本人が望めば自宅で支える南砺市を構築すればよいのです。

家族との絆を結んで生涯を終えるには、元気な時からの良好な家族関係が大切です。介護が必要になった時に、本人の思いを家族や社会が尊重することも大切です。その上で、家族は義務でなく思いから無理なく介護し、本人も出来ることは自分で行い、介護する方への感謝を伝えることです。

・高齢者養生訓、第五「近所や地区の方と交流し、地域の絆を結ぼう」

私は 32 年前、縁があって井波町に赴任しました。現在、井波の山斐部落に家を建て住んでいます。65 歳の定年後も医師として、南砺市の地域包括医療・ケア構築へ活動しています。活動が役割や生甲斐であり、社会貢献になっています。同時に高齢者の私にとっての社会参加であり、元気も維持（介護予防）できています。近所の方には美味しい野菜や料理を頂き、部落とは 1 月常会、3 月江浚い、8 月フェスティバル、11 月 3 世代餅つき祭りなどに参加し交流しています。

将来、私が一人暮らしで認知症になっても、多くの思い出があり、親しい住民がいるこの地で暮し、家で終われる南砺市を望んでいます。私の選択を家族や地域の方に尊重してもらい、自分でできることは行い、見守りや生活支援は地域の方にお願いし、訪問看護や介護で支えてもらいます。急に病気や怪我した場合は入院などの適切な医療が必要です。地域の絆を感じて笑顔がもらえ、質の高い医療・介護サービスで安心が得られます。

南砺市では今後、見守りや生活支援を地域で作り、介護を社会として提供する必要があります。定年後の方や育児・介護にめどが立った方などが、「お互い様」の思いで地域の見守りや生活支援に貢献されることを期待しています。より元気な方には 10 月からの介護研修に参加して頂ければ、介護職として活躍される場が用意されています。70 歳代までは地域や社会に貢献し、その後は地域から支援されて終われることが目標です。人の役に立てば元気になるし幸せです。いつか自分に返ってきます。「情けは人の為ならず」です。

・高齢者養生訓、第六「尊厳の保持と自立へ、生き方を決め、伝え、歩もう」

私達高齢者にとって、残りの人生をどう生き、どう死ぬかはとても大切です。人は老いと病から必ず人の世話になり、死にます。医療が進歩してもこの事実は変わりません。高度成長期以降、介護が必要になれば老人ホーム、死ぬ時は病院となり、介護や死が生活から遠くなりました。

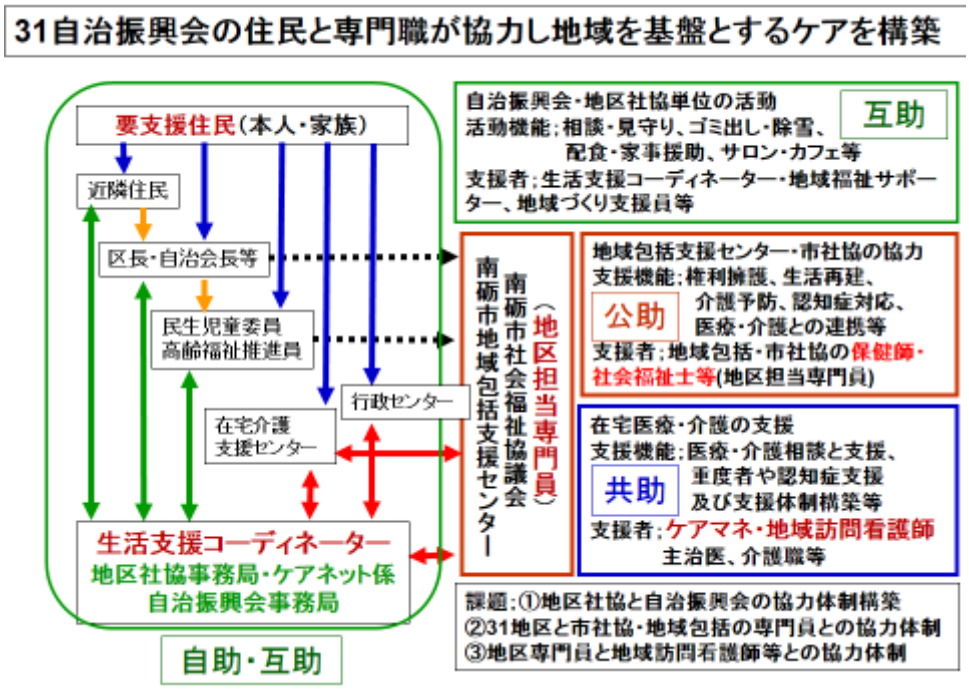
近年、急速な超高齢化で介護を受ける人が増え、経済的に老人ホームや病院は増えず、少子化で介護や医療を担う若者もいません。後期高齢者を中高年が家で支える構図です。介護する家族は不安で、介護される高齢者も家族に申し訳なさを感じ、両者とも大変です。解決には、高齢者がしっかり覚悟して生き、介護を受けることも死ぬことも大切な役割だと認めあう社会が必要です。

第 1 に、どう生きるかを明確にすることです。まず生活の場、住まいが大切です。その

上で、趣味や生甲斐、役割や仕事、悠悠自適など生き方を自分で決めることが必要です。第２に、生き方を家族や住民に伝え、尊重してもらいます。第３に、選んだ生活の場で自立して生きることが大切です。幸せな暮らしと共に健康寿命を伸ばし、介護を受ける期間も短くします。

介護が必要となっても高齢者の思いに寄り添えば、高齢者の尊厳は保たれ、自立にも寄与します。高齢者も幸せであり、次は我が身の世代にとっても安心です。家族は世話をして優しさや絆を感じ、どう生きるかも学べます。家や地域で暮らし、介護され看取ってもらい、次世代を育成する大切な役割を果たして世を仕舞いましょう。

資料２



地域包括ケアステーション開発・実証プロジェクト事業計画案

申請団体名：こまつおもいやりのまちプロジェクト

１．申請理由

地域包括ケアの目指すべき姿は、生涯を通じて幸せと感じることができるコミュニティヘルスのあるまちの実現である。これからの地域包括ケアの対象は、高齢者だけでなく、年齢や疾患・障がいの別を問わないことや、当事者主体、看護、介護、予防、リハビリテーション、ケアマネジメント、医療の機能を組み合わせた総合的なケアをめざす必要がある。しかし、地域の課題はさまざまであり、十分な成果があがっているとはいえない。その実現のためには、各エリアの地域のアセスメントを行い、課題を明確にした上で、個々の地域に適合した方法を工夫し取り組む必要があると考えられる。　しかし、地域包括ケアの視点を持って総合的ケアの取り組みができる人材は不足しており、さらに地域ごとに課題が異なるため参考にできる実践事例は少ない。総合的ケアの視点を持った地域包括ケアの担い手の育成、さまざまな取り組みを実践者レベルで地域包括ケアシステムの構築プロセスの実践と評価を見える化することは総合的ケアの普遍化のために重要と考えた。

2. こまつおもいやりのまちプロジェクトのこれまでの取り組みと本プロジェクト参加の目的

われわれが活動している小松市には、在宅医療を行う医師が中心となった「在宅医療研究会」、多職種が参加する認知症ケアの担い手を育成する「チーム・ディメンティア」、福祉施設や介護事業所のスタッフを中心に地域包括ケアの担い手を育成している「こまつ福祉人材育成プログラム」、当事者や介護者らが中心となり住民主導でまちづくりに取り組むNPOが行っている「おもいやりのまちプロジェクト」等が存在する。それぞれに地域包括ケアの研修や担い手を育成するなど積極的に行政や他業種とも連携した活動が継続的に行われている。しかし、個々の活動が連動して地域包括ケアシステムの構築に取り組むには至っていない。「在宅医療研究会」、「チーム・ディメンティア」の活動は平成24年にはじまり継続的に活動している。NPOは、平成24年度に「おもいやりのまちプロジェクト」を主催した際に、「在宅医療研究会」、「チーム・ディメンティア」のメンバーとワークショップを行ない「いのちの学校」や「保健室」等のアクションプランを立案し実施した経験がある。

今回、患者中心／住民中心の地域包括ケアの総合ケアの実現を目指したい、小松をエリアとしたこまつ型地域包括ケアのモデルを実証開発したいと各グループの実践者らでフラットな多主体で多職種からなる「こまつおもいやりのまちづくりプロジェクト」を立ち上げた。住民中心のセルフケア・セルフマネジメント、家族・隣人・友人・住民組織等のインフォーマルネットワーク、多職種協働ケアチームの活動の場、制度的支援の事業者・関係機関のフォーマルネットワークをベースとしたシステムをベースとし、地域包括ケアの担い手の育成を行うと共に、特に自立支援・QOLの向上を目指し本人・家族・地域・関係機関と協働した玉ねぎモデルを、対象となる木曽町、末広町２ケ所の小エリアで実証開発していく。

３．　本プロジェクトで実施したい事業内容

1）　企画運営委員会

参加者：活動メンバー

地域課題の分析、企画運営に必要な情報収集

2）小エリアの玉ねぎモデルの実証開発

木曽町、末広町の量的・質的アセスメント（聞き書き、ヒアリング）

住民向けの認知症ケア、セルフケア講座、座談会の実施（ディマンド、ニーズの確認）

3）地域包括ケアの担い手育成　―コミュニティリーダー養成研修会―

日時：平成 27 年 7 月～9 月（5 回）OJT、Off-JT　（予定）

平成 27 年 12 月（1 回）　フォローアップ

場所：小松市すこやかセンター（予定）

内容：認知症ケアと総合ケアに関する知識を持ち、地域包括的な実践ができる人材の育成、地域包括的な総合ケアのアクションプランの立案、

アクションプランの実践を Off-JT で行う。

フォローアップ研修でアクションの発表と評価を行う

参加者：医療保健福祉従事者

4.　本プロジェクトで期待される効果

1)新たな方法論での地域包括ケアの担い手の育成

ソフトシステムズ方法論に基づき、地域課題の明文化、望ましい姿の明文化、現状を見据えたアクションプランの立案と実施及び評価ができる地域包括ケアの担い手養成研修会により、知識や技術だけでなく、新たな地域包括ケアのしくみをイノベーションできるコーディネーター人材、プロデュース人材を育成できる。

2)在宅医療と福祉における多職種の連携活性化

医療保健福祉従事者が協働して事業を行うことによって、小松市における医療と福祉の連携が活性化できる。地域の専門職が集まって学習する機会が定期的にある事で、専門職同士の顔の見える関係が深まると考えられる。本事業は、本会が単独で行うだけでなく、地域包括支援センターを含む行政や、医師会、あるいは専門職団体等と連携して行っていく。

3)患者や介護者の病気や疾患の経験を地域づくりに活かすことができる

地域包括ケアの担い手育成は、当事者や介護者の声を活かしたプログラムとする。出前講座は、民生委員等の協力を得て実施する。

4)住民への普及啓発

出前講座、パンフレットの配布を通じて、地域包括ケアの当事者となる一般県民の地域包括ケアにおける自助・共助に果たす役割の理解が深まる。

5.　事業実施後の計画

1）小松市の地域包括ケアを推進するための医療保健福祉職の主体的ネットワークを立ち上げることができる。

2）住民、当事者や介護者の経験が活かされるしくみをつくることで、より当事者の立場にたった地域包括ケアのモデルを示すことができる。

3）地域包括ケアの担い手養成研修会のシラバス案の実施と評価を通じて、より効果的な人材育成の方向を検討したシラバスを作成することで今後の地域包括ケアの担い手養成研修会の持ち方について普遍化できる。

事業計画案に含めて頂きたいことを再掲いたします。なお、既に作成を始めておられる場合、以下が含まれていれば、構成等は問いません。

（1）事業主体

・代表者（所属機関・肩書き、職種、氏名、住所、電話、ファックス、アドレス）

紅谷浩之
オレンジホームケアクリニック　代表　医師
福井県福井市田原1-3-5
0776-21-3333
0776-21-3353
beniya@orangeclinic.jp

・チームメンバー（所属機関・肩書き、職種、氏名）原則として、日々の実践のなかで支援を共にしうるエリアで「チーム」を構成してください。

広部　志行（オレンジホームケアクリニック　プロデューサー）
川瀬　佳苗（地域看護ステーションみかんの木　代表　看護師）
西出　真悟（オレンジホームケアクリニック　在宅医療プランナー）
内山　絵理（みんなの保健室　代表　看護師）
上野　邦靖（ライフサポートチーム　これでいいのだ　サービス管理責任者　介護研究家）

（2）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）

対象地域の福井市は、約27万人をピークに減少に転じてきており、高齢化率26.67％（平成22年当時　23.53％）、後期高齢化率13.22％（平成22年当時12.01％）と徐々に高齢者の比率が上昇してきている。また、世帯別にみても、高齢独居世帯や高齢夫婦世帯数が上昇してきている。元気に過ごしている高齢者がいる一方で、ギリギリのバランスで生活している高齢者も多く、医療・福祉が関わるときにはすでにバランスが崩れていることが多い。このような地域の背景の中で、フォーマルな医療・福祉だけでは十分な対応は難しく、より早い段階で健康や生活の相談、介入できるシステム、地域作りが重要であると考えるようになった。

・目的

あくまでも地域包括ケアステーションが地域の主役になるのではなく、地域の力、住民の力をエンパワーメントしていく「場」の創生を目指す。
住民や地域の健康、生活、医療などを幅広く見渡す地域看護師が、それぞれの地域の実情に合わせた活動を地域包括ケアステーションを中心に行い、最終的には誰もが安心して生活出来る地域作りを目指す。

（3）事業内容

○各地域・チームにおける、上記の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、統合を図るか）

＜イメージ図添付＞

小学校区域もしくは中学校区域の地域をイメージし地域密着型ステーション「みんなの保健室」を各地域で展開していく。そこでは、暮らしや健康に関する相談を行い、地域のニーズを把握するだけでなく、地域の商店や住民団体などと協力しながら、インフォーマルサービスを構築していく。さらに、訪問看護機能も併せ持つことで、早期の段階から健康・生活相談、アドバイスを行うことができ、生活や健康の悪化防止を継続的にサポートしていくことができる。

あくまでも、個人や地域住民が中心であり、その周りを取り囲うようなインフォーマルサービスやそれを包括する存在を目指す。また、地域住民のナラティブを大切にしながら、地域のエンパワーメントをサポートするように働きかけていく。

街の象徴的な場所にはオープン型ステーションである「LIVING　BASE」を開設する。洗練されたデザインの空間内ではカフェやイベントスペースがあり、誰もが自由に過ごせる場所、行ってみたいおしゃれな場所、新たな出会いが生まれる場所を目指す。また、地域密着型ステーションの統括オフィス（バックオフィス）としての機能も併せ持ち、各地域密着型ステーションとつながり、連携をとりながら、それぞれの活動をサポートしていく。さらには、企業とコラボ、タイアップした展示やイベントを行うことで、人と人とのつながりを産むだけでなく、健康や生活、地域についても考えるきっかけを持たせるような機能も展開していく。

◯チーム内及び地域（住民、関係機関、ステークホルダー）との理念・目標の共有や連携、日常の情報共有のあり方がわかるように、自由にお書きください。

地域密着型ステーションの「場」の力を活かし、誰もが安心して過ごせる地域作りの理念を住民やその地域の事業所や各関係機関へと浸透していく。

地域密着型ステーションはその地域の実情や状況、地域の特性に合わせて、地域住民と共に理念を元にした目標を作成し、それに向かってどのような活動をしていくのかを検討していく。

地域密着型ステーションのメンバーは住民のエンパワーメントを念頭に置いた活動を行い、それぞれのステーションごとに地域の特性に応じた目標が立てられると思われる。

オープン型ステーションのLIVING　BASEでは、各地域密着型ステーションの目標や地域の特性、実情などをICTを活用し、把握する事で、地域全体を見渡した目標、今後の活動につなげていく。また、各地域密着型ステーション同士もICTを活

用する事で、各ステーションの活動や状況についても把握するだけでなく、相談や協力していくことができる。

(4）スケジュール

平成27年4月～　　地域包括ケアステーション計画
　　地域密着型ステーション開設計画・準備
平成27年5月～　　地域におけるフィールドワーク
平成27年6月～　　地域の関係団体、事業所、グループとの協力関係作り
平成27年7月～　　地域の住民との交流事業
平成27年9月～　　地域密着型ステーション活動開始
平成27年11月～　開設地域公民館とのコラボ企画（認知症カフェetc）

地域密着型ステーション開設後は各地域の団体と協力し、地域住民の要望、実情に合わせた講演や勉強会、イベントなどを開催していく。
日頃の相談内容や活動の情報を蓄積し、分析を行い、活動に活かしていく。また、各地域密着型ステーション同士の情報共有、データの分析を行っていくことで、各地域の活動に活かしていく。

(5）期待される成果とその把握方法

○期待される成果

各地域に地域密着型のステーションができることで、気軽に健康相談できる場所ができる
各地域の実情、特性、住民との話し合いによって、地域に密着した活動を行うことで、地域住民のつながりができ、それが地域を活性化していく
地域住民を把握し、地域包括支援センターや公民館と協力することで、早めの対策や要介護状態の防止ができる

○把握方法・ツール

すでに活動している「みんなの保健室」で使用している記録ツールを活用していく
日々の活動や相談時に記録を残し、データの蓄積を行う
地域の実情に合わせた勉強会や講演会、イベントにおいてもアンケートや記録をとり、データの蓄積、分析を行う

○関わるスタッフの働きがい・働きやすさ

「みんなの保健室」や「オレンジホームケアクリニック」から人的バックアップを行うことで、無理なく働くことができる環境を整備する
ICTを活用し、情報共有システムを構築することで、日々の悩みや相談をweb上で解決していくことができる

なにより、地域に密着し、地域の実情に合わせた活動になるため、スタッフのやりがいにつながる

【事業計画案】

（1）事業主体
チーム名：お達者サポートネットまきおか

代表者：
山梨市立牧丘病院　院長　医師　古屋聡
山梨市牧丘町窪平３０２－２
tel 0553-35-2025　fax 0553-35-4434
furuya@y-min.or.jp

チームメンバー：プロジェクト参加申込書参照

（2）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）

・背景
山梨県山梨市にある当牧丘病院は、人口約 7 万人（山梨市 36700 人、甲州市 33700 人）、高齢化率 27%-30%の
東山梨地域の北部の中山間地にある常勤医師４人 30 床の病院である。
対象人口約１万人レベルの地域のプライマリ・ケア型外来診療（内科外科整形外科小児科）を担うとともに、
東山梨地域の二次救急輪番体制にも参加、さらに対象人口 10 万人程度のエリアで、約 250 ケースの在宅診療を行っており、
年間約 4000 件の訪問診療・往診を行っている。
一般的急性疾患（肺炎など）の治療から看取りまで、外来・在宅（含施設）・入院を通じてシームレスに対応し、
また院内外の多職種と幅広く連携（院内からの訪問職種は、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士）している。
特に歯科（歯科医師・歯科衛生士）との連携はこの８年間の取り組みにより、院内外で広く実施されている。
さらに 2014 年４月から、地域医療再生基金の流れの東山梨医師会事業である「在宅連携サポートまきおか」を受託しており、
東山梨地域の在宅ケアに関わる問題の相談を受けている。

すでに山梨市・甲州市の地域包括ケアセンターなどとの連携もフル稼働の状態であるが、平成 27 年度以降の地域医療介護総合確保事業においても、山梨市・甲州市からの在宅医療連携拠点の委託を受けるべく
準備をはじめている。
もともと、当牧丘病院は東山梨地域に２つの病院（山梨厚生病院　一般 339 床、塩山市民病院一般 120 床）を有し、
甲州市から勝沼病院（一般 51 床)、山梨市から牧丘病院（一般 30 床）の管理委託を受けており、
また１つのデイサービスセンター、１つ（サテライト事業所２つ）の訪問看護ステーション、ヘルパーステーションを有している。
これも地域医療介護総合確保事業に関連し、病床機能および介護保険関連事業の再検討をはかっているところである。

・目的
当地域においては、一定の医療需要をもちながら、病院以外の生活現場で、安心してエンドオブライフの時期を送れる体制は不十分である。
また、一定以上の医療介護需要をもちながら、適切なサービスにつなぎ生活を安定させられないかたがたへの対応も不十分である。
そして、住民が直接、医療・介護に関わる前の相談や予防的事業の展開は不十分で、介護予防事業の市町村移行にも具体的準儀はできていない。
今回の目的は、当牧丘病院を中心に、当地域内において、在宅医療・ケアを必要とする人のピックアップから初動、
実医療、ケア体制整備、看取りまで、多職種でシームレスに関わる仕組みを整えることで、さらにその先には病床機能の再検討を経て統合型（入院病床、訪問介護看護リハステーション）の建設を計画し、
健康相談・介護予防事業から看取りまで取り扱える仕組みの実現まで視野にいれている。

（３）事業内容
A)上記目的を達成するために、当チームが具体的な話し合いをもっていかなければならないのは次の３つである。
１）住民
パイロット地域（自治会）を数カ所設定して、チームメンバーが住民と直接対話し、現在の地域の保健医療介護体制のなかで困っていること・求めていること
を話合う。そのなかに以下の内容を含む。
・地域の虚弱高齢者など災害弱者への平時からの対応と対策

・災害時の行動計画（防災計画）
・牧丘病院など地域医療機関の期待される役割
・エンドオブライフの時期の住まい方とのぞまれるサービス
２）行政

当地域はふたつの市（山梨市・甲州市）の、以下の２部署と定期的に機会を設けて話し合っていく。
・介護保健担当課、地域包括ケアセンター
　地域医療介護総合確保事業の展開予定と、当院（当法人）の果たす役割について
　「在宅連携サポートまきおか」の実際の活動方針について
・病院の管理委託を担当する課
　山梨市の牧丘病院、甲州市の勝沼病院の病床転換や、統合について、実際の手順や手続きについて話し合う。
　この際に法人（山梨厚生会）の担当者も同席してもらう。
３）法人（山梨厚生会）内
・２病院（牧丘病院・勝沼病院)、ハートフル塩山（デイサービスセンター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション）
　の統合について、実際に協議していく。

B)A)の話し合いを実施していく一方で
１）「暮らしの保健室」型の地域駆け込み寺的相談機能を、牧丘病院周辺に開設すべく準備する。
２）「かあさんの家」型のエンドオブライフを支える施設の開設にむけて準備する。
３）「在宅連携サポートまきおか」をさらに広報し、管内の病院の健康相談室や退院調整担当部署、地域包括ケアセンター、
　　ケアマネジャーとの連携を密にする。
　　特に東山梨医療圏内で当法人と医療需要を二分する加納岩病院グループの相談員との交流を深める。
４）「在宅連携サポートまきおか」に関わる職種をさらに増やし、いわゆる対応困難事例に早期から十分関われる体制の整備を行う。
５）現在「サイボウズライブ」を用いて行っている管内の連携の精度をたかめつつ、オレンジクロスの研修などを経て、
　　さらに安全安価な ICT による連携を模索する。

（４）スケジュール

2015 年

５月　地域においてヒアリングを行う場所の選定と準備

２つの市と話し合う枠組み（担当者）の決定

本事業についての説明会を法人（山梨厚生会）内で開催して理解を得る。

６月　地域ヒアリングの実施（１回目）

７月　地域住民へのヒアリングに基づき２つの市の担当と協議の場をもつ（１回目）

８月　住民と行政との話し合い結果をもとに、法人内で調整会議をもつ（１回目）

９月　地域ヒアリングの実施（２回目）

１０月　地域住民へのヒアリングに基づき２つの市の担当と協議の場をもつ（２回目）

１１月　住民と行政との話し合い結果をもとに、法人内で調整会議をもつ（２回目）

１２月　牧丘病院 BCP 策定、上記 B)1)2)につき場所の選定と設置を協議する。

2016 年

１月　地域ヒアリングの実施（３回目）

２月　地域住民へのヒアリングに基づき２つの市の担当と協議の場をもつ（３回目）

３月　住民と行政との話し合い結果をもとに、法人内で調整会議をもつ（３回目）

2016 年 4 月以降のスケジュールについて協議する。

（５）期待される成果とその把握方法

地域包括ケアステーション実証・開発プロジェクト　参加申込書

		氏名	職種	所属・立場
チームメンバー	ワーキングチーム	川瀬 由起子	訪問看護師	サンビレッジ岐阜　管理者
		郷 春子	介護支援専門員	㈱新生メディカル　営業所長
		島崎亮司	医師	シティ・タワー診療所所長
		村田 美香子	訪問介護員	㈱新生ﾒﾃﾞｨｶﾙ　サ―ビス提供責任者
		若園 優	介護支援専門員	㈱新生メディカル　職員
		櫻井優歩	施設介護員	サンビレッジ岐阜
		太田 総子	訪問看護師	サンビレッジ岐阜　職員
		渡部 信子	生活支援相談員	サービス付き高齢者住宅　主任生活相談員
	オブザーバー	小林 月子		サンビレッジ国際医療福祉専門学校校長
		吉岡　正博		森ビル都市企画㈱　室長
		今村 あおい		㈱新生メディカル　取締役
		奥堀 恵		㈱新生メディカル　部長

連絡先	団体・事業所名	社会福祉法人　新生会　サンビレッジ岐阜
	担当者氏名	川瀬由起子
	住所	岐阜市橋本町 2 丁目 52 番地
	電話	058-266-4333
	ＦＡＸ	058-266-4334
	メール	sun-gifu@shinsei-kai.or.jp
照会事項		

チームメンバーには、その他 3 階テナント事業　駅前開発事業等の関係者も加わる方向

地域包括ケアステーション実証・開発プロジェクト　事業計画

チーム名「岐阜シティ・タワー　サンサンタウン」

１．　事業の背景と目的

平成１９年１０月、岐阜県の玄関口であるＪＲ岐阜駅に直結した立地に住宅（高齢者賃貸住宅１０８戸　分譲マンション２４０戸)、一般商業、医療福祉施設が複合した「複合型高層住宅　岐阜シティ・タワー４３」が完成した。このビルの３階フロアを医療福祉ゾーンとして別名「サンサンタウン」と称し、医療福祉の連携事業に取り組み、住民と共に赤ちゃんから高齢者が安心して暮らせる街づくりを実施している。

私たちが今まで取り組んできたことは、①多世代交流支援　②医療福祉の連携　③住民主体で活動継続するための支援　である。

① 多世代交流支援
- サンサンタウンには、多世代で交流できる仕掛けとして広場やソファーが設置され、イベント等を実施。
- 若い世代が集まる場所として、駅前保育所、音楽教室があり、子育て支援やコンサートなどを行い、多世代交流を促進。

② 医療福祉の連携
- 事業主形態が異なる医療福祉事業所が多数ある中で、住民情報の共有や悩みや課題を共有する場として医療連携会議を毎月１回実施。
- 多職種が混在するサンサンタウンを活かし、多職種間連携教育「ごちゃまぜ研修」を実施。
- アセスメントソフト「介護・ラ針盤」を共通言語とし、多職種多主体間の視点の共有化

③ 住民主体で活動継続するための支援
- 多世代交流支援センター「新生元気塾」を開設し、住民主体の活動を支援している。住民が先生役となり講座やクラブ活動を継続。
- 住民啓蒙活動として、市民講座や健康講座、出張カフェ等、地域に出向いた活動を実施。

上記のような活動を通して、住民も事業所スタッフも共に成長してきていると実感している。しかし、住民の平均年齢も８０歳を超え、今まで元気を維持してきたが、徐々に認知症や誤嚥性肺炎、骨折などの疾病により暮らし続ける不安が目の当りとなっている。現段階で考える課題として、

・住民の多くは独居であり、家族は県外に離れている。本人より家族が不安になり、転居する形をとるケースがあり、家族支援が必要。
・住民同士の互助は、高齢になるにつれて弱くなる。住民の周りの商業テナントのサポート（互助の支援）が必要。
・医療福祉事業のケアの質の向上と、利用者、家族のアセスメントとアプローチ方法（伝える方法）をより多職種多主体協働で行う必要性が出てきた。今回の取り組みを通じて、岐阜シティ・タワー４３が迎える、超高齢化、重度化社会に対応できる持続可能なモデルを構築できることを期待する。

２．　事業内容

現在、活動していることは継続することを前提に、追加、補足する形でバージョンアップを図る

① 住民のみならず、住民の（離れて住む）家族、駅前周辺事業者が参加できるような仕掛けづくり。
今までタワー住民を中心に活動を行ってきたが、その家族を対象に活動を行う。家族がタワー住民を支える医療福祉ゾーンである３階フロアのサービスの良き理解者となり、一緒に安心して暮らせる支援をする。また、駅前周辺事業者への働きかけ地域で支える組織作り

② ３階フロアの共通電子メールでの情報共有や意見交換
月１回の会議ではリアルタイムな情報ではないため、タイミングを逃すことがある。リアルタイムな情報共有とその都度の悩み、課題解決が必要になるため、情報共有ツールをメールで行うシステムを構築。
また、タワー住民の情報のみならず、岐阜市中心部のエリアの利用者の情報や関係スタッフの情報共有を図るシステム構築。

３．　スケジュール

４月　事業行動内容の合意決定
　　年間計画立案
５月　活動スタート
６月　電子メールシステム稼働
＊ 毎月１回、「タマネギ会議」をメンバーで行い、事業の進行や評価を行う。

４．　期待される成果とその把握方法

期待される成果

- タワー住民の不安による転居が減少し、最期まで安心して暮らし続けることができる
- 岐阜シティ・タワー４３全体、駅前周辺事業者、地域住民が、地域づくりに参画し、自助・互助の支援体制やインフォーマルネットワークの構築ができる
- 医療福祉事業スタッフが、利用者の生活支援する専門者として、各自の専門性を他職種に発信できたり、自己研鑽を積んだりできる
- 医療福祉ゾーンの関係スタッフが利用者のみならず、地域へ視野を拡大ができ、岐阜シティ・タワー43 で働くことに誇りに思える

把握方法

- タワー住民の入転居状況、要介護度、介護保険利用割合
- 企画実施前後の職員の意識調査比較（働く意欲や想い）
- 住民の生活状況を「介護・ラ針盤」による生活状況の変化比較
- 活動的な住民にスポットを当て、行動やエピソード、気持ちの変化など追跡調査する
- 認知症独居住民の変化、そのフロアの住民の変化を追跡、分析をする

一般財団法人オレンジクロス
～地域包括ケアステーション開発・実証プロジェクト～

㈱コスモスケアサービス事業計画

【１】事業の背景と目的

当社の原点は 1955 年静岡県沼津市で自動車修理工場からはじまり、グループ会社として自動車リース、貸切バス、そして介護の 4 つの事業を展開。介護事業である株式会社コスモスケアサービスは 1995 年に設立し、グループ会社の拠点となる事務所内に本社がある。沼津市の訪問入浴サービス業務の受託から始まり、現在では居宅介護支援、訪問介護（障害含む）、介護タクシーを併せ持った沼津営業所を主軸に、隣地域の原では認知症デイサービスとグループホームの併設型施設。隣市の三島営業所では、三島市、裾野市、長泉町、清水町で訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援を行っている。

○地域、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）

現在、沼津市は人口 20 万 1 千人の内 28%（約 5 万 6 千人）が高齢者であり、要介護認定者の 8,200 人の内、要支援が 35%、要介護が 65%である。約 10 年前から人口が減り続け、人口転出は全国でワースト 6 位となり、生産年齢人口（特に若年女性）の人口減少問題と少子高齢化問題の影響よって、医療・介護など社会保障費の増大と税収益の減少を招き財政が圧迫すると予想されている。沼津営業所のある地域には、老朽化した団地が 2 ヵ所あり、介護が必要となった高齢者と同時に生活困難な方も暮らしており地域の課題となっている。

また介護現場では、看護師から利用者の医療的な処置や対応がすぐにできる状況であっても、制度上対応や処置ができない場合や、確認を取り指示を仰ぐのに時間を要する場合が多々あり、もどかしさを感じることもあるのが現状である。

各営業所の課題としては、沼津営業所には 2 階のフロアーに複数の訪問サービスがあり、1 階にはデイサービスもあるが、業種を超えた連携が確立されていない。他の離れた営業所間も同様に共通の利用者に対しての連携も円滑に取れていない状況。

○事業の目的

これまで介護中心の事業を運営してきた当社にとって、医療・看護の運営は未知の領域である。複数の慢性疾患を抱え、困難な生活を過ごす人が増加していく中で、利用者にとって効果的なケアを円滑に行っていくためには、新たな生活医療を構築していかなければならない。

社内を含めた地域における看護師の存在強化（活躍の場を広げる）と、同時に介護に係る専門職と住民と行政や地方自治体が一体となって、「住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続」「生活の質（QOL）の向上」等の生活の質の改善、及びその地域に最も適した方法を地域が自ら選び、地域の事情を理解した地域包括ケア（私たちのまちづくり）がつくられるように、「自助」「互助」「共助」「公助」を支える仕組みを構築していく必要がある。

そのために、地域の医療看護と連携を深め、理念を共感できるメンバーを結集し、コミュニケーションを円滑にできる、細かい気配りのできる職人（プロフェッショナル）を育成させ、地域に根を張る事業活動を展開していきたい。

【２】各地域・チームにおける、上記の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、

① パイロットステーションのイメージ（どのように「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合を図るか）

当社のサービスを複数利用している利用者に係るケアマネジャー、訪問入浴看護師、訪問介護スタッフ、通所介護の看護師及びスタッフによるミーティングを行う。各サービスがそれぞれの利用者に関する情報を管理しているため、多角的にアイデアを出し合える円滑でフラットな関係をつくり、情報を一元化して統合的なケアの向上を図る。併せて、各サービスが手書きファイルで管理している情報も ICT で極めてシンプル（記録、入力、チェック等全て）に一元化して、常に多職種のスタッフが共通の情報共有ができ、迅速に現場に活かしてリアルタイムでも更新できるシステム構築の検討も行っていく。既に同じ地域の医療看護が利用している電子カルテのような ICT システムも共有させてもらい、外部他社とも共有できるシステムを構築していく。

また、訪問入浴看護師と地域の訪問看護ステーションとのコミュニケーションを密にし、利用者の情報を円滑に共有できるようにしていく。（既に ICT を所有しているステーションの場合は対応できるように合わせる。）

本社は、バックオフィスとして改めて業務全般（従業員・利用者データ、介護料請求、労働契約、給与、勤務時間・勤怠管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握等）の管理と、現場の事務作業を軽減できるように、見直し整理を行い支援していく。そして品質管理と戦略立案も行い、ICT を最大限利用できるようなシステムを構築する。現場ではより多くの時間を利用者のために使い、教育やイノベーションに投資する。

各サービス及び地域における連携が ICT システムも含めて構築される近い将来には、更に看護を強化していき、訪問看護と医療、リハビリテーションと介護、地域包括ケアと看護予防などコストやコミュニケーション含め、「何もかもお客様のいう通り」といった対利用者との関係ではなく、真の利用者本位とは何かを考え直してセルフマネジメント（自己管理）やセルフケア（自律）支援を念頭に置き、QOL 向上につながる“最良の解決策”を導き出し、必要（最少）なケアで利用者が最大に満足できる多機能連携型事業所へと変革する。

② チーム内及び地域（住民、関係機関、ステークホルダー）との理念・目標の共有や連携、日常の情報共有のあり方

プロジェクトチームメンバーで事業計画を共有し、テストや実証、ミーティングを重ねながら、軌道修正していく中で、強い理念・目標を作り上げる１年とする。適宜、現場スタッフにも事業計画や実証を通しながら情報を共有しコミュニケーションを取ることによって、プロジェクトへの参加意識を持ち業種や営業所を超えた連携を図っていく。

地域ケア会議やケアマネ連絡協議会、運営推進会議等を通してこれまで以上に積極的に地域との関わりを広げて深めていく意識をスタッフ全員が持って、地域での存在と繋がりを強くしていく。納涼会や祭り等の催し行事にも参加し、地元に根を張り、理念や目標を共有、共感しやすくなるようにコミュニケーションを築いていく。

【３】スケジュール

	内容	備考
2015 年 4 月 23、24 日	ワークショップ１ バックオフィス（本社）機能明確化 看護師地域連携活動	現場業務サポート内容
5 月	プロジェクトチームミーティング 多職種スタッフによるモデルケースミーティング ICT システムミーティング プロジェクト予算検証	事業計画共有
6 月～8 月 6 月 12 日	モデルケース検証 ICT システムテスト ワークショップ２	※検証、テスト及びミーティングは随時行う。 事業進捗状況と課題報告
9 月 9 月 14 日	プロジェクトチームミーティング ICT システム微調整 中間報告内容まとめ ワークショップ３	検証成果の確認 中間報告
10 月～11 月 11 月 20 日	実証 プロジェクトチームミーティング ワークショップ４	 実証結果の確認 事業進捗状況と課題共有
12 月～2 月	実証期間及びミーティング	
2016 年 2 月 19 日	ワークショップ５	事業の振り返り 成果物について
4 月以降	成果報告会	

【４】期待される成果とその把握方法について、①ケアの質、②働きがい・働きやすさ、③コストについて、評価方法（ツールや指標）のアイデア

全てのコミュニケーションが ICT システム、個人のスキルアップにより向上すれば、一人一人の利用者の最新の情報を常に知ることが可能になる。自分との関わりが無い時間や様子も含めて、もっと広く知ることができ、ケアの質向上へとつながる。そして、利用者と家族のケアを最も重要と考えることによって自然に自律という姿勢が身についていく。

チームにおいては目標や知識の共有、共感により、より良いものを一緒に目指していく専門職同士のフラットな関係を作り、個々の専門職が自らの仕事にプライドを持ち、一人一人のスタッフが個性を活かした協働活動を進化させていく環境にする。チームで決定していくことにより、スタッフの自律性、主体性と関係性（機能と役割）を発揮、チームスピリットが高まることによって働くことへの喜びが得られ、働きがいへとつながる。

また、時間や役割り等の様々な制約や弊害を機能的な組織と円滑な仕組みにより無駄を省くことになれば、情報も共有することによって働きやすい職場へと変わる。そして利用者の満足度による達成感から社会にとって魅力ある組織、地域となる。

【地域包括ケアステーション開発・実証プロジェクト参加申込書】

「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」への参加を申し込みます。

チームメンバー	氏名	職種	所属・立場
	小蒲　定人	管理・開発	コスモスケアサービス 管理・開発部長
	志賀　強	統括 介護福祉士	コスモスケアサービス 統括部長兼沼津所長
	久保寺　直喜	主任 ケアマネジャー	コスモスケアサービス　管理統括 （社会福祉士）
	秋山　裕子	看護師	コスモスケアサービス原 認知症デイサービス　副所長 認知症グループホーム訪問看護師
	松永　安代	看護師	コスモスケアサービスまかど デイサービス
	島田　眞由美	看護師	コスモスケアサービス三島　訪問入浴
	中村　学	介護福祉士	コスモスケアサービス原 認知症デイサービス所長 （社会福祉士・精神保健福祉士）
	良邊　俊彦	主任 ケアマネジャー	コスモスケアサービス沼津　スタッフ長
	植松　かおり	看護師	コスモスケアサービス沼津　訪問入浴 （ケアマネジャー）
	森　菜穂子	介護福祉士	コスモスケアサービス原 認知症グループホーム　所長
連絡先	団体・事業所名	株式会社コスモスケアサービス	
	担当者氏名	小蒲　定人	
	住所	〒410-0865　静岡県沼津市東間門 1-3-3	
	電話	055－952－2940	
	FAX	055－952－2946	
	メール	ogama@cosmos-group.co.jp	
照会事項			
備考			

事業計画書

(1) 事業主体・・・別紙参照

(2) 事業の背景と目的

●事業の背景

小児の訪問看護件数は、伸びているが、まだまだリソースが十分ではない。地域包括ケアを考えるときに高齢者に目が向きがちであるが、日本が抱える少子高齢化の課題は、少子化を解決しないことには、人口減少が加速化し、事態はより一層深刻化してくる。

訪問をしながら聞こえてくる声として、医療ケア等を必要とするこどもを産んだ家族は、もう一人こどもを産むことに諦めてしまう傾向があったり、核家族化が進む中、サポートが十分に得られず、こどもを産むことに躊躇したり、子育て中のトラブルに対処できず、不幸な結末になるかたも少なくない。そのためには、どのような児を抱える家族をサポートできる体制を創ることで、こどもをもつ世帯、持とうと思える世帯が安心してこどもに向き合えるような社会を創造していきたい。

●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）

愛知県みよし市は、人口約６万人の町で、名古屋に東に位置し、ベッドタウンである。新興住宅があり、子育て世帯、核家族が多い。小児を取り巻くリソースとしては、産科は多いが、小児を積極的に見ている訪問看護 ST がなく、開業医も十分ではない。　全国的に見ても、小児の訪問が事業所全体の 20%以上を占める訪問看護ステーションは 6.1%程度であり、小児科の訪問看護件数は増えてきているが、6000 件以下（Ｈ２５年度）であり、またみよし市はそれ以下の水準である。

また、介護事業所も少なく、兄弟がいる家庭が病院受診をする時の見守りがないこと、訪問診療が少ないことも重なり、医療へのアクセスが悪い。

一般的な認識として、育児に対して、正常に生まれるのが当たり前、母乳で育つのが当たり前、と理想を持っていることが多いと感じている。

そのため、母乳が出なかったり、障がいが出てしまうと、ギャップに悩み、落ち込み、不安に苛まれている姿を見ることがある、その方々に、助産師や小児経験のある看護師がフォローも少ないのが現状である。

また病児をもつ家庭は、24 時間 365 日の介護・医療が必要であり、母が過労になってし

まうことがある。父や他の家族のヘルプをもらおうとしても、NICU や GCU に子供が入っていて、退院してくると指導が十分ではなく、母に代わってケアをすることが難しいケースが多い。

子育て世帯の看護師の両親は子育てのためフルタイムで働けないことが多い、そういった潜在看護師は、ケアできる方ができていない、機会損失であるといえる。

●目的

どんなこどもも、その家族も、その人らしく豊かに暮らせる町を創る。

(3) 事業内容

●各地域・チームにおける、上記の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、

①小児母子専門の訪問看護

対象：看護師

②ベイビーズネットワーク（拡大カンファレンス）

地域でどのようにこどもとその家族をサポートしていくかを話し合う会

対象；病院・子育てサークル・障がい・ヘルパー

③ボランティアの育成

・サポートママ

成功している母が、退院支援に参加

功している家を見る

・見守りボランティア

自宅でヘルパーと看護、ボランティアの連携でレスパイトできる時間を創る

④暮らしの保健室

・集団相談

・母子会

・成功体験のシェアする

社会の役に立つことでの喜びを知る

・聞き書きボランティア

⑤いつでも相談できる ICT

対象；市民

参加費を払えば、いつでもメールで相談できる、仕組みの構築

利用者が、参加してほしい医療者等のスタッフを選ぶことができる。

母が思う急変や、育児相談に対応。
※コーチングスキルを利用

⑥リソース MAP
・トイレ授乳室、カフェ、病院等を紹介

●パイロットステーションのイメージ
（どのように「看護」「介護」「 予防」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」機能を組み合わせ、統合をはかるか）

・レスパイト効果を期待して、看護と介護が切れ目ないケアを行う。
・ヘルパーやボランティア（病院スタッフ、学生、市民）を教育することで見守りサービスを充実化させる。
・ICT での相談時に困ったことがあれば、医師、専門認定看護師に聞ける体制を整える。
・多職種が連携し、暮らしの保健室で予防的なかかわりを行う。

●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がわかるように、自由にお書きください。

・ﾁｬｯﾄﾜｰｸという SSL 化された ICT ツールを使い、連携を図る。
・ベイビーズネットワークで目標設定する。

(4) スケジュール

2015 年
4 月：訪問看護開始、既存のヘルパーステーションとレスパイト実践
リソース MAP の原案を創り、行政へ提案
学生のボランティアサークルへアプローチ
6 月：みよし市へ訪問看護ステーション立ち上げ
障がい児とその家族の生活の幅を広げ生き方を創造する目的で
映画鑑賞会実施。
7 月：相談用 ICT　運用スタート
暮らしの保健室を単発で実施
拡大カンファレンスベイビーズ開始。
10 月：暮らしの保健室 OPEN

（5）期待される成果とその把握方法

目的に照らして期待される成果とその把握方法について、自由にお書きください。
特に①ケアの質、②働きがい・働きやすさ、③コストについて、評価方法（ツールや指標）のアイデアやご提案を是非お書き添えください。

・利用者満足度
・雇用創出
・スタッフ満足度
・離職率
・母乳率
・緊急入院率（予定入院は除く）
・母乳率（疾患になる子が減る、母の仕事機会喪失予防）
・乳児医療証の利用額
・出生率
・転入・・・３つの構成別（０－１４、１５－６５、６５－）

事業計画案

１．事業の背景と目的

（１）事業主体

プロジェクト参加申込み書添付のとおり

（２）事業の背景と目的

近江八幡市全体としては、日常生活圏域毎に人口もその構成も違いがあり、背景となる地域性にも特色があるため、地域の実情に即した地域包括ケア体制が必要である。なかでも、今回の対象エリアとする地域は、5つの小学校区をエリア内に有し、中心市街地に隣接する地域は比較的高齢化が低いが近隣との関係も希薄である。その他の、市街地から離れた農村部のエリアは人口規模が少ないが高齢化は高く地域そのものの活力も失われてきている。また、生活全般の利便性も悪く健康状態が悪化すると一気に生活自体の継続が困難になる場合も多い。こうした地域特性はあるが、一方で共通して課題となっているのは、認知症による生活障害のため、それまでの生活の継続が困難となることである。これは、介護認定の原因疾患も男女ともに認知症が第一番目の原因疾患となっていることからもうかがえる。その結果、在宅生活や住み慣れた地域での生活を断念し、施設入所や長期入院へと移行する現状がある。

しかし、今後高齢者の増加により施設や入院は実質的に不可能であり、また医療介護に携わる人材も慢性的に不足している。

そこで、当該プロジェクトでの試みにより、認知症高齢者の在宅生活の限界点を上げ、本人の状態に応じて住み慣れた地域で暮らし続けられるために、介護保険制度や医療といったフォーマルな制度だけではなく、まず本人自身の自立にむけた努力を後押しする環境や、家族や近隣社会のインフォーマルな支援を従来の自助、互助ではなく現代にマッチしたシステムで構築する。

また、フォーマル制度である医療・介護事業者にも市場の競争原理が働くようになり、本来の本人本位のケアマネジメントやサービス提供に疑問が感じられる実態があるが、その原因が単に事業者の責任に返されるべきではなく、現在の仕組みを見直し実践レベルで検証することにより、今後の未曾有の超高齢社会に適した最も合理的な制度の在り方を提案する。

【対象エリアの状況】

日常生活圏域（小学校区）　5圏域

高齢者人口（65歳以上）５，５１７人　（内75歳以上）２，２４６人

高齢化率　　１６．８％

社会資源状況　別紙イメージ図２

（３）事業内容

①パイロットステーションのイメージ（別紙イメージ図）

現在当市においては、地域包括支援センターが中学校区をエリアとして高齢者の健康づくりや介護、権利擁護等に関する総合相談及びマネジメント機関として設置されている。一方、現場実践では在宅療養や在宅介護を支援するため、専門性に裏打ちされた柔軟性・継続性かつ機動力のある質の高いケアの提供を目指して日常的に連携協働している医療機関や介護事業所、さらには住宅関連企業がある。

そこで、こうした既存の取り組みや関係機関の実践を活用して有機的な連携のシステムを検討し地域包括ケアのパイロットステーションとしての機能を再構築する。具体的なイメージは図１・２に示したとおり

既存の地域包括支援センターにおける個別マネジメントとプロジェクトにチームとして参加する医療法人、介護ＮＰＯ法人、住宅関連事業者の支援実践を集約し、個別支援検討、地域力強化やインフォーマル資源開発、専門職の教育及び人材育成、発掘等を行う。

具体的な事業として以下の事業を行う。

Ａ　地域ケア会議の設定（個別処遇検討・社会資源開発・地域力強化）

Ｂ　ＩＣＴ活用によるケアエビデンスの集積及び分析結果のフィードバックといった双方向の情報システムの開発

Ｃ　専門職に対するコーチングスタッフの配置

Ｄ　専門職のキャリアパス形成と能力開発

Ｅ　事業運営組織のガバナンス強化とバックアップオフィスの在り方検討

Ｆ　看護小規模多機能事業所の開設とエリア看護師の検証

Ｇ　サービス付き高齢者住宅の可能性の検討と建設

②その他

地域包括ケア体制の構築そのものは行政計画としても位置づいているため、当パイロットステーションの事業計画についても共有・調整を図りながら関係機関やステークホルダーへの周知についても検討する。

（４）スケジュール

2015　３月	**定例会議**	**チーム内での事業内容最終確認**
４月	地域ケア会議開始	事例検討
	定例会議２回／月	各法人での共通事項検証（労務・財務・庶務）
	訪問看護ステーション開設	
	通所リハビリ開設	

５月	地域ケア会議	事例検討・インフォーマルサービスの把握
	定例会議２回／月	新設サービスのモニタリング 既存サービスの状況把握と再構築案の作成
６月	地域ケア会議	事例検討・インフォーマルサービスの開発
	定例会議２回／月	既存サービスの状況把握と再構築案の作成
	看護小規模多機能サ高住の事前協議	事前協議資料作成 市役所へ事前協議
７月	地域ケア会議	事例検討・インフォーマルサービスの開発
	定例会議２回／月	ＩＣＴ活用について検討
	看護小規模多機能の開設準備	利用者への説明 ハード整備（既存施設の一部改修）
８月	地域ケア会議	事例検討・インフォーマルサービスの状況把握
	定例会議２回／月	ＩＣＴ活用について検討 今後のガバナンス強化の方針決定
９月	地域ケア会議	チーム内職員全員への事例検討結果の共有化
	定例会議２回／月	ガバナンス強化の実行にむけた調整

※１０月以降スケジュールはガバナンス強化の具体的方針により、スケジュール内容に影響があるため、９月以降で後日決定。

（５）期待される成果とその把握方法

①ケアエビデンスの共有によるケアの充実と専門職の満足感のアップ
→重度者の在宅率・職員アンケート・定着率

②長期展望のある組織強化
→組織体制・財務諸表・関連法規への適合

③社会資源の充実
→資源数・利用者数・利用者アンケート

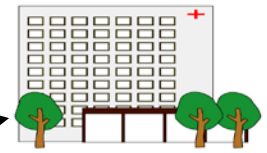
④在宅生活の継続の可能性が広がる
→重度化に対応したサービス数、在宅での看取り数

⑤専門職種の有効活用の方法の確立
→従来の看護職の配置数の変化

④人材の育成や発掘
→新規職員数、職員アンケート

近江八幡市における地域包括ケアステーションのイメージ

市立看護専門学校



市立総合医療センター

連携

在宅療養支援センター

連携

在宅療養患者

市役所（地域包括所管課）

認知症早期集中支援チーム

委託

虐待検討委員会

地域包括支援センター（中学校区）

・総合相談　・権利擁護　・継続的マネジメント支援
・高齢者実態把握　・予防マネジメント

協働

地域包括ケアステーション機能
1．地域ケア会議（個別事例処遇検討・地域力強化・資源開発）
2．ケアエビデンスの集約と情報提供
3．専門職の教育・人材育成・人材発掘
4．事業運営におけるバックアップ

物忘れ相談会
タッチパネル

プロジェクト参加チーム（医療法人・介護事業者・住宅関連会社）

その他の機関・事業所等

薬局

歯科医

有床診療所

在宅医

ＣＴ完備

在宅医

通所リハビリ

居宅介護支援
ケアマネジャー

地域住民

認知症サポーター養成講

認知症カフェ

介護予防拠点　（二次予防）
ボランティア拠点

地域サロン
百歳体操

企　業
商　店

資源開発への
ｺﾗﾎﾞﾚｲｼｮﾝ

通所介護（重度対応）

認知症対応型通所介護

通所介護（自立支援型）

サービス付
高齢者住宅
（看取り対応）

ポイント制ボランティア
生活支援サポーター

エリア看護
ステーション

看護・小規模多機能居宅介護
（基準該当ｼｮｰﾄ併設）

グループホーム

交流・情報交換

チーム以外の
介護事業所

コミュニティレストラン
多世代交流

家族介護者交流会

近江八幡市東中学校区・安土中学校区における地域包括ケア体制の現状

急性期病院　・　包括ｹｱ病床
回復期病院　・　ホスピス
精神科病院　・　老健

地域権利擁護事業

物忘れ相談会

認知症初期支援集中チーム

退職後男性講座

物忘れカフェ
「ほたるカフェ」

医療機関
診療所（１１）
有床診療所（１）

介護サービス（事業所数）
ディサービス（１０）
認知症対応型ディサービス（３）
ディケア（１）　看護小規模多機能居宅介護（予定）
小規模多機能居宅介護（１）　グループホーム（５）
訪問看護ステーション（２）　特別養護老人ホーム（２）
訪問介護ステーション（５）　ショートスティ（１）

2 次予防通所事業
「もうひとはな」

自分でするリハビリ

介護家族交流会

地域包括支援センター

市単位の圏域

中学校区単位の圏域

コミュニティセンター
生涯学習講座

生活支援サポーター
（ボランティア講座開催）

小学校区単位の圏域

コミュニティカフェ
「水曜わいわい茶屋」

認知症サポーター養成講座

自治会単位の圏域

町内サロン

いきいき百歳体操

老人会

民生委員の見守り

住民同士の見守り

事業計画

事業主体

所属機関：医療法人平成博愛会　博愛記念病院
代表者：理事長/医師　武久　洋三
住所：徳島県徳島市勝占町惣田 9
TEL：088-669-2166　FAX：088-669-3061
チームメンバー：副院長/医師　元木　由美
地域連携部長/看護師　藤原　美恵
看護師長/訪問看護師　森　準子
リハビリテーション部係長/理学療法士　今富　裕之
介護支援専門員　柳本　育典
介護施設支援部長/介護支援専門員　前川　沙緒里

背景

平成 25 年 10 月 1 日現在の徳島県人口における高齢化率は 29.1%と、全国平均の 24.1%を大きく上回っている。一方、徳島市の人口は、261000 人で、年少人口が 11.8%と減少する一方、65 歳以上の高齢者人口が 28.3%と増加している。県全体に比べるとやや低いものの、全国推移と同様に、近年高齢化が急速に進行している状況がある。又、平成 25 年の県内の救急患者搬送数をみると、30505 件で前年比 2.0%増と年々増加傾向にあり、高齢化が進む今後もこの傾向は続くと予測される。特に、県内全体の救急搬送患者のうち、軽度者の占める割合は 46.7%で、徳島市を含む東部Ｉ圏内では、それを上回る軽症者の利用がある。この背景には、風邪や肺炎等、必ずしも救急病院に行かなくてもいい状態でも「公的病院に行く方が安心である」といった風潮が見られることにあると思われる。一方、核家族化が進む中、状態の判断や対応の遅れから、病院や施設での長期にわたる生活を余儀なくされるケースも多数存在する。

こうした医療環境の中、診療所の医師等と訪問看護師や介護支援専門員等の在宅サービス従事者の連携がうまく機能していない事も事実である。診療所医師も２４時間体制で在宅の患者を診ていくことへの負担が大きく、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院という制度も有効に機能していない。高齢者が増えるに従い、同時に入院の必要な患者が増えることは周知の事実である。救急病院に患者が集中する事を避け、在宅療養支援をスムーズに行うためには、地域の病院が入院された患者に対する適切な治療を行い、早期に退院し、その後在宅サービスを利用しながらご自宅で療養する。という流れを地域の中に確立していくこと、そして、地域の医療・介護・福祉のコーディネート機能を持ち、

サポートを行っていくことが重要である。

目的

急性期病院、一般病院、慢性期病院、在宅サービス事業所、介護保険施設、行政機関など、地域において医療・介護・福祉がそれぞれの機能や役割を最大限に発揮し、住民が住みなれた地域で安心して暮らせる為の支援を行う。

事業内容

地域包括医療介護支援センター（仮称）の設立

対象者：高齢者及び障害者

地域包括医療介護支援センターの活動内容

・高熱が出た
・転倒して動けない
・病院から退院を言われたが、このまま家に帰るのは不安
・おばあちゃんが認知症で薬を飲んでくれない
・往診してくれる先生を紹介して欲しい

など、困ったときの医療、介護、福祉の総合相談窓口としての活動

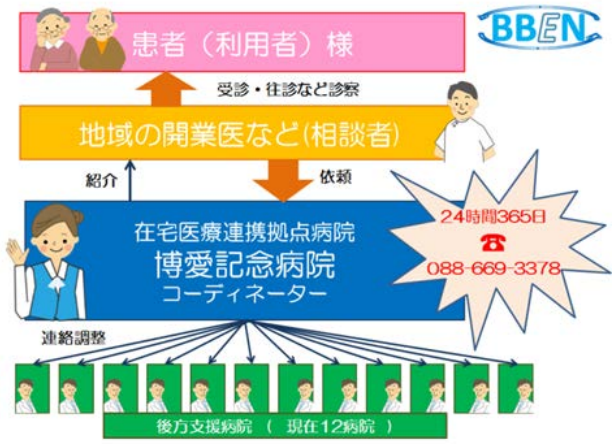
・窓口相談、電話相談、メール・FAX による相談、在さぽネット(ホームページ上での相談)

・BBEN の活動

２４時間３６５日の継続した医療を受ける体制の構築

徳島市内には 69 の在宅療養支援診療所がある。しかし、１人医師で診療を行っている診療所では、学会や自らの体調不良時等があり、２４時間３６５日往診や訪問診療を行うには無理がある。又、救急病院に入院するほどではないが、肺炎や感染症等で入院治療を望まれるケースも多数ある。あるいは、在宅療養されている介護者が何らかの都合で介護できなくなった場合のレスパイトの受け入れ先の選定に苦慮している介護支援専門員も多数いる。そういった場合に自ら１件ずつ電話をして受入れ先を探すのは容易ではない。そこで、当院に「後方支援病院緊急ネット（Back Bed Emergency Net:ＢＢＥＮ)」（以下ＢＢＥＮ）を構築し、入院が必要なケースの依頼を受け、受入れ病院に繋ぐコーディネーターを２４時間３６５日配置し、支援を行う。まず、受入れ先となる後方支援病院ネットワークの構築を行う為のアンケート調査を行う。内容は緊急受入れの可否、送迎、空きベッド確保の有無、病床オープンの可否、依頼往診への対応、その他各種検査に対する対応等全 17 項目である。賛同頂いた後方支援

病院には趣旨を理解していただき緊急時の受け入れを積極的に行って頂く。
BBEN の具体的な手順は、診療所等から依頼の電話を受けると基本となる情報を確認し、可能であれば診療情報提供書をＦＡＸなどで送っていただく。その後、患者の自宅に近い場所にあるネットワーク内の後方支援病院に受け入れの可否について問い合わせを行う。受け入れ不可の場合は、他の病院に問い合わせを行う。受け入れ可能であれば折り返し紹介診療所にお返事し入院に繋げるというものである。



・地域医療連携会議（多職種連携会議）
近年、住民は元より、高齢者のニーズは（医療的、社会的、心理的ニーズなど）多種多様となっており多方面からの評価・検討が求められている。つまり、医療・介護・福祉に従事する各専門多職種がチームとなり、共通の目標に対してアプローチする必要がある。多職種とは、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、病院看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、ケアマネジャー、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー、福祉用具専門相談員、住環境コーディネーター、行政機関などで、このような専門職種が横の繋がりを作り、チームアプローチを行っていく。
連携を図るために必要なこととして、①顔の見える関係作り②他職種の活動内容の把握と理解を深める③症例検討を通して治療方針や在宅介護に関しての共通理解を図る。
具体的には、課題に対してのグループワーク、介護サービス事業所の活動内容や取り組みについての紹介、テーマを設けての講演会などを行う他、かかりつけ医や訪問看護師、病棟主治医、病棟スタッフなどが一同に会し、症例検討会を実施する。治療内容をはじめ、入院中に行ってきたケア内容や今後、在宅へ帰ってからの対応などについて検討し、途切れない支援を行っていく。症例検討会を進めていく中で浮かび上がってくる地域の課題に対しても、その対応策

を検討していく。

・在宅さぽーとネット徳島（在さぽネット）
対象者：地域住民、医療・介護・福祉関係者全て
内容：在宅療養に関しての様々な情報発信を行っている
・私たちの取り組み紹介
・在宅医療とは
・地域にある医療・介護資源の紹介
・よくあるご質問
・活動報告

予算案

平成 27 年度

収入		支出	
	0 円	給与費	1,000,000 円
		諸謝金	0 円
		賃金	0 円
		旅費	109,000 円
		需用費	354,000 円
		役務費	308,000 円
		使用料及び賃借料	229,000 円
合計	0 円	合計	2,000,000 円

【地域包括ケアステーション開発・実証プロジェクト】

プロジェクト名：たんがく村を育てる会

(1)　事業主体

代表者　樋口千恵子
所　属　特定非営利活動法人　たんがく
肩書き　理事長
職　種　保健師
住　所　〒830-0055
福岡県久留米市上津１丁目 23-10
電　話　0942-65-9891
ＦＡＸ　0942-65-9895
メール　chieko29@gmail.com

氏名	職種	所属・立場
樋口千恵子	保健師	特定非営利活動法人たんがく　理事長
弓削田るみ子	看護師	特定非営利活動法人たんがく　事業統括部長
中村益子	主婦	美婆会　代表
高柳桂子	主婦	美婆会会員　地区民生委員
椛島絹子	主婦	美婆会会員
杉野佳代子	主婦	美婆会会員、久留米シニアネットクラブ会員
土山美穂	主婦	たんがくの家利用者家族
中園明美	主婦・保健師	たんがくの家利用者家族
岡本滝子	主婦	たんがくの家卒業　家族
松田裕次	会社員	筑邦銀行　執行役員　営業部長

（2）事業の背景と目的

全世界どの国も経験したことのない未曾有の超高齢社会の到来が近々に迫りくる中、なじみの地域で、その方らしく生活していただくため、在宅医療の推進が強く叫ばれ、地域包括ケアシステムの構築が急がれている。しかし、近代医療の高度化により、救命は出来たものの多くの障害や医療依存度の高いまま、在宅生活を余技なくされている方も多く、当法人では、障害や重篤な疾病を持ちながらも、より多くの方が、なじみの地域でなじみのみなさんと安寧に今までの生活の延長ができ、『あーっ！あんたがおってよかった！』とお互いの存在を認め合い、お互いできることを交換し生きがいに変えるような仕組みづくりに取り組んでい

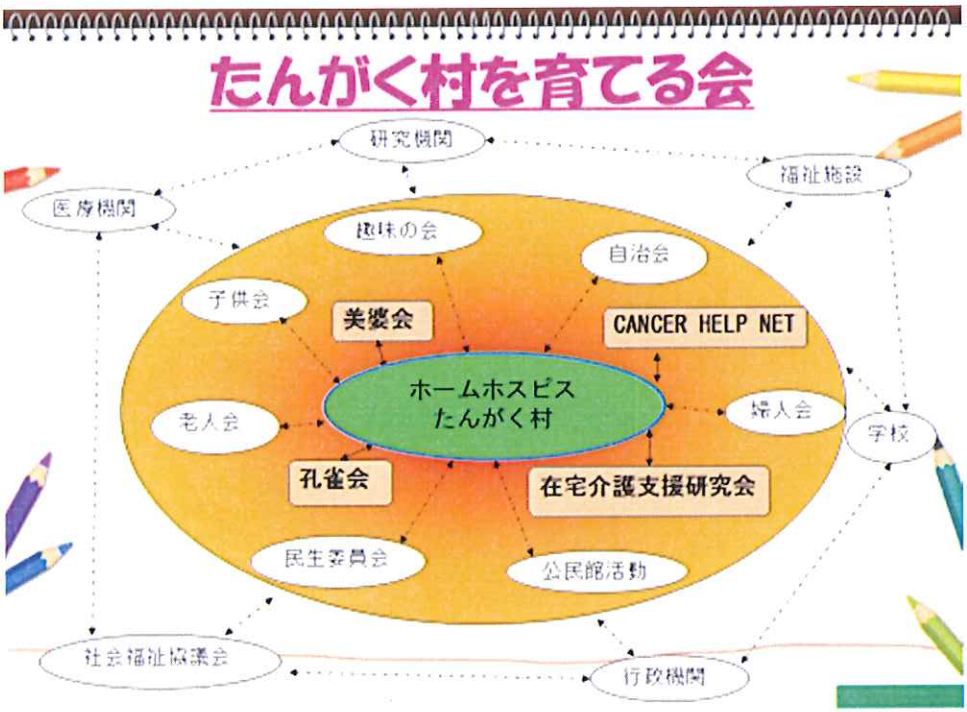
いる。2010年度トヨタ財団地域福祉プログラムに採択され、以降『応援すっぱい！あなたのいのち、わたしのいのち、みんなのいのち　ホームホスピス事業を通して支えあう地域コミニティづくり～』を目指し、地域の方々の様々な『ここで、生きる』を支援していくサービスについて考え実践してきた。『ここで年がとれる』『あー、あんたがおってよかった』との思いを地域資源と位置づけ、お互いの存在を認め合い、生きることを頑張れる力を相互に促すコミニティづくりを目標に平成２７年２月１８日に『たんがく村を育てる会』ができた。

この会の発起人は、この地で２０年来、地域のお年寄りを集め『美婆会（ビーバーカイ）』と称し、週１回の集いを開催し、平均年齢83歳の高齢者がミュージカルの練習、発表会の開催、ＮＨＫのど自慢へ挑戦など活発な活動をされている。当法人のホームホスピス事業、複合型サービス事業に賛同をいただき、この方を中心に地域からの協力と活動への理解を得ている。

久留米市は、人口３０万の中核都市。平成26年４月の高齢化率は、23.9%、上津校区（『たんがく村を育てる会』所在地）24.1%とわずかに高い。この地域には国道３号線、バイパスが整備され沿線には、商業施設が立ち並びその周囲には振興住宅地として変貌が著しく便利で住みやすい地域となっている。しかし、空家も多く、高齢者独居世帯、高齢者２人世帯の増加は否めない。平成２６年６月実施のこの校区２３人の民生委員へのアンケート調査結果、「担当地区の高齢者ついて多い問題は？」との問いに『一人暮らしで病気のある高齢者』との回答が１２件、『認知症のある高齢者』が９件、『閉じこもり高齢者』が７件。また、平成２４年高齢者実態調査では、この校区に３６０人の一人暮らし高齢者があり、一人暮らし高齢者の46.4%は『ほとんど交流がない』という状況があり、健康を害している一人暮らしの高齢者、交流がないことで困りごとが増えているという結果が出ている。

平成25年の医療・介護提供体制へ向けた「医療介護総合確保推進法案」ならびに「平成26年度診療報酬改定」の動きによる在宅医療制度のさらなる推進が叫ばれ、医療依存度の高い方々の地域における生活を支える新たなサービスや場の需要が急速に増大するものと考える。そこで、当法人では、新たに地域のみなさんの生活の延長線上にある『ホームホスピス　たんがく村』を整備する。そして、その一角に地域交流室（たんがくカフェ）を設けここでは、多くのこの地域の高齢者が楽しく集い、生きることを励ましあえるような関係性づくりについて、この『たんがく村を育てる会』で話し合っていただき、誰が欠けてもいけない！みんなの笑顔を育むコミニティづくりを目指したい。

(3)　事業内容



～たんがく村を育てる会～

①　開　催　　偶数月　第３水曜日　午後１時～２時

②　主　催　　たんがく村を育てる会

③　内　容　　この地域で高齢者をめぐる課題について学び、たんがく村での楽しい取り組みについて具体的に検討する。
どのような取り組みをいつ、どのように、誰が行うか検討する。
（詳しい内容については次回協議予定。）

(4)　スケジュール

別添　参照

(5)　期待される成果とその把握方法

たんがく村を育てる会の構成員、たんがく村利用者にアンケート調査を行い地域課題の発見や個人情報保護を遵守したところでの個別課題解決機能について検討する。そして、本プロジェクトが目指す、なじみの地域でなじみのみなさんと安寧に今までの生活の延長ができ、『あーっ！あんたがおってよかった！』とお互いの存在を認め合い、お互いできることを交換し生きがいに変えるような仕組みづくりができているか検証する。

たんがく村を育てる会　スケジュール

項目	2015年											2016年		
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
プロジェクトの理解														
たんがく村を育てる会の開催（偶数月）	○		○		○		○		○		○		○	
たんがく村建設														
アンケト調査 対象； たんがく村を育てる会会員、たんがく村利用者														
アンケト調査結果分析														
プロジェクト成果物について検討・報告														

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト

報告書　別冊 3　参加チーム事業計画書一覧

2017 年 3 月

編集・発行　一般財団法人オレンジクロス

〒104-0031　東京都中央区京橋 2-12-11　杉山ビル 6F

TEL：03-6228-7216

無断転載禁止

※ 本書の発行がプロジェクト終了から大幅に遅れました原因は、すべて編集を担当しました私の仕事の遅さにあります。関係の皆様に、深く深くお詫び申し上げます m(_ _)m（プロジェクト担当研究員：吉江悟）