

安心と希望の介護ビジョン（第3回）議事次第

日時：平成20年9月17日（水）

13:00～15:00

於：厚生労働省省議室（9階）

議 題

安心と希望の介護ビジョンについて（有識者からのヒアリング）

[配付資料]

- | | | |
|-----|-------------------|------|
| 資料1 | 大川参考人 | 提出資料 |
| 資料2 | 木之下参考人 | 提出資料 |
| 資料3 | 小山参考人 | 提出資料 |
| 資料4 | 園田参考人 | 提出資料 |
| 資料5 | 藤原参考人 | 提出資料 |
| 資料6 | 山崎参考人 | 提出資料 |
| 資料7 | 今後議論を深めていく必要がある事項 | |

「安心と希望の介護ビジョン」 会議開催要項

1. 目的

高齢化の進展に伴い介護費用が急増する中、持続可能な介護保険の構築に向けた方策が大きな課題となっている。一方、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等に対応した地域ケアの構築、介護を担う介護従事者の人材確保、施設入居者の重度化に伴う医療と介護との連携など様々な問題が指摘されている。

こうした問題に対し、将来を見据えた改革が必要であるため、あるべき介護の姿を示す「安心と希望の介護ビジョン」の策定を進めるため、本会議を開催する。

2. 検討事項

- (1) 自助・共助・公助を組み合わせたケアの構築
- (2) 持続可能な介護保険
- (3) 介護を担う介護従事者の人材確保
- (4) 医療サービスと介護サービスの適切な提供
- (5) 都市部や地方等の地域ニーズに対応した地域ケア構築のための仕組みづくり

3. 構成員

別紙のとおりとする。

4. 運営

本会議の庶務は、厚生労働省老健局で行う。
議事は公開とする。

5. スケジュール

平成20年7月24日(木)に第1回を開催し、その後、関係者からのヒアリングや現場視察等を行った上で、本年中を目途にビジョンを取りまとめる。

安心と希望の介護ビジョン 構成員名簿

石川 誠	医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院理事長
石川 良一	稲城市長
太田差恵子	NPO 法人パオッコ理事長
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授
袖井 孝子	お茶の水女子大学名誉教授
鳥羽 研二	杏林大学医学部教授
中村 邦夫	松下電器産業（株）代表取締役会長（社団法人シルバーサービス振興会会長）
古川 静子	日本化薬メディカルケア（株）デイサービス部部长
堀田 聰子	東京大学社会科学研究所特任准教授
◎前田 雅英	首都大学東京都市教養学部長
村上 勝彦	社会福祉法人慧誠会帯広けいせい苑施設長
村田 幸子	福祉ジャーナリスト

◎ 座長
(五十音順、敬称略)
(H20. 7. 24 現在)

国立長寿医療センター 研究所
生活機能賦活研究部 大川弥生

I. 介護の理念の再認識と再構築：「尊厳の重視」、「自己決定権尊重」、「自立支援」の実現

- 「人」（利用者・患者）中心に ⇐ 手段としての介護・制度中心から
- 「統合モデル」に立った把握・連携を ⇐ 「医学モデル」からの脱却
生活機能（特に活動・参加）、生活機能モデルとしての把握が重要
- 「よくし助ける介護」 ⇐ 「補う介護」（不自由なことを補うだけ）からの発展
介護の専門性を明確にし → 介護職の社会的評価の向上を

II. 生活機能向上にむけたメリハリのきいたプログラムと連携

- 「治し支える医療」と「よくし助ける介護」の連携：医療の中での生活機能の重視
- 自助・共助：地域で支える医療・介護へ
- 「機能訓練リハ」から「生活・人生をよくするリハビリテーション」へ
「維持期のリハ」???

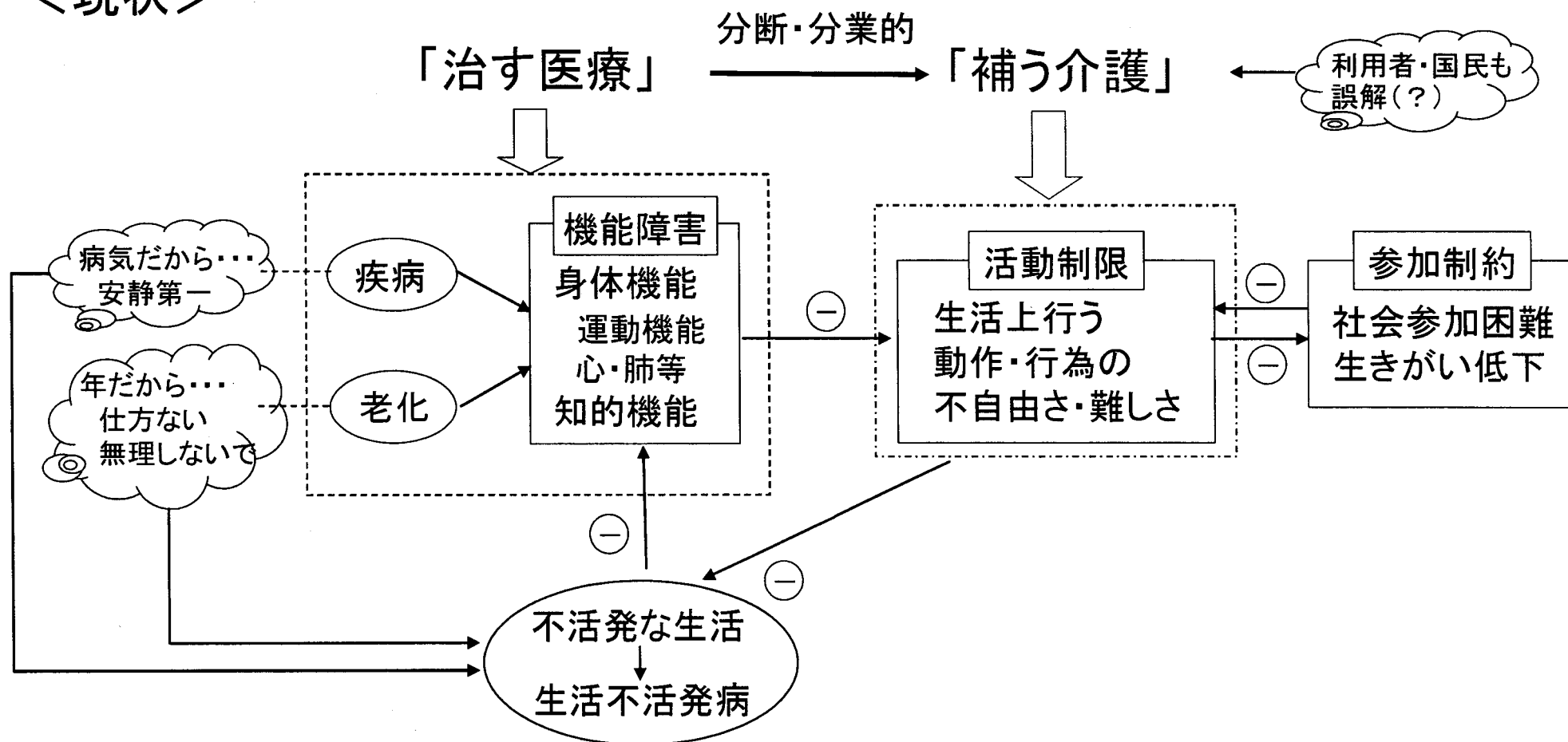
III. 生活不活発病（廃用症候群）の予防・改善：緊急の課題、上記 I・II の実現の第一歩

“「年のせい、病気のせい」で「悪くなるのは仕方ない」” のではない！

◇ 啓発及び専門職教育の体系化：要支援介護者・高齢者のみでなく、国民全体へ

医療と介護：分断から共働へ（1）

<現状>



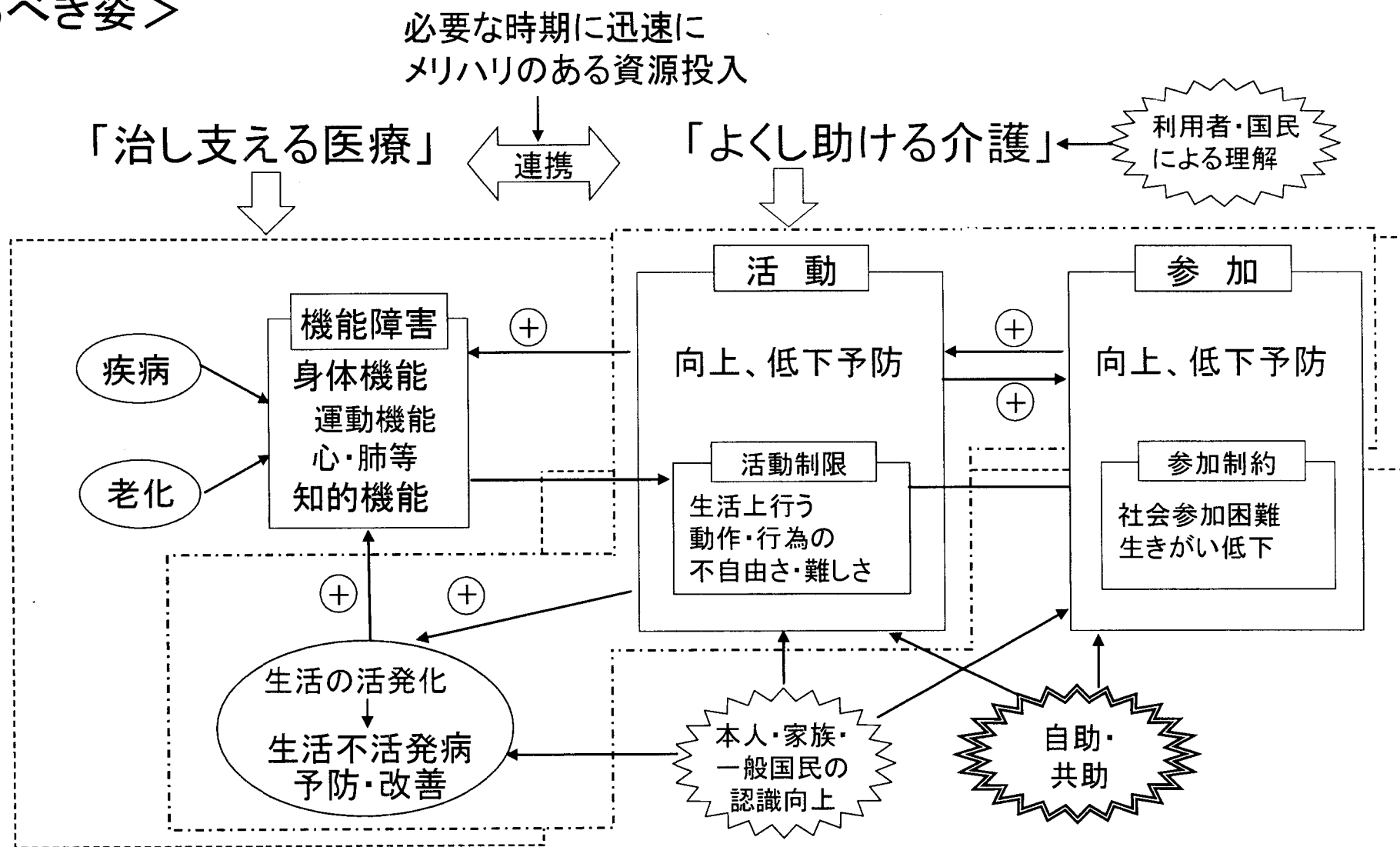
※活動制限：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為（活動）の困難。

※参加制約：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること（参加）の困難。

*生活機能：人が「生きる」ことの全体像、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルを統合したもの。

医療と介護：分断から共働へ（2）

〈あるべき姿〉

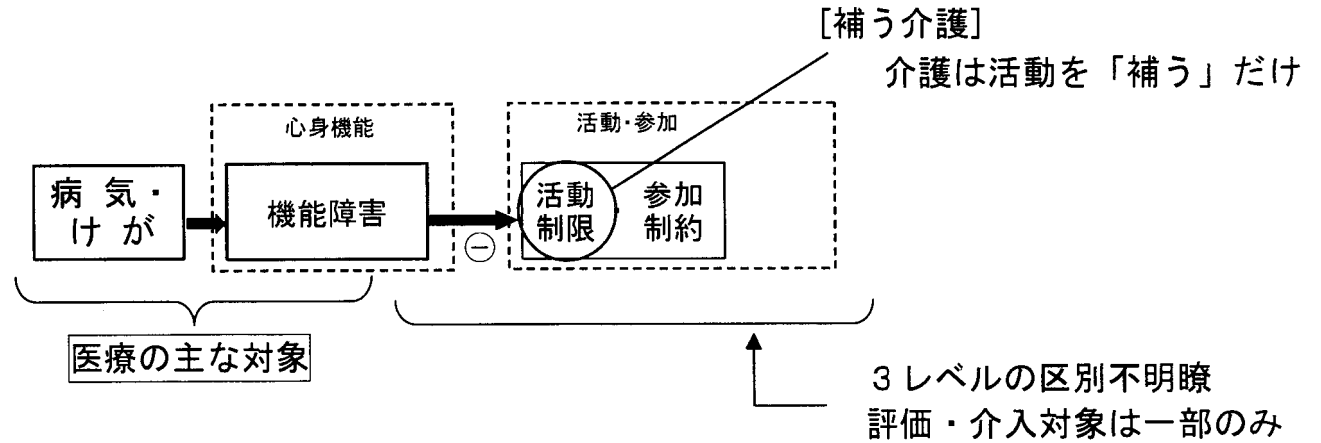


※活動：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為。すなわち、「参加」を実現するためのあらゆる動作・行為。
 ※参加：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること。

医学モデルから統合モデルへ (1)

<医学モデル>

- 原因：病気が全てを決定する一方向モデル
マイナスモデル
(矢印はマイナス面発生の因果関係)
- 解決：問題発生の因果関係を過大視
機能障害が改善しないと活動・参加の向上はない(活動・参加への対応は補完のみ)

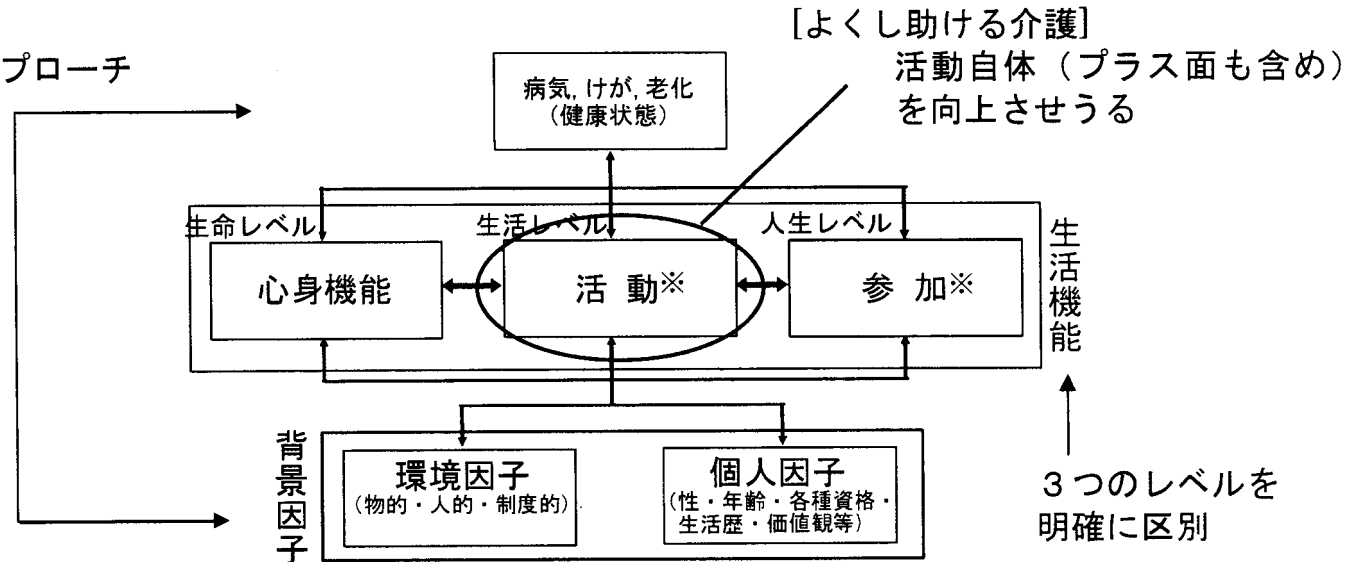


<統合モデル>

生活機能モデル

：分析にもとづいた統合に立つ総合的アプローチ

- 原因：病気だけでなく、背景因子も重視。
生活機能の3レベル間でも影響しあう
- 解決：
 - 生活機能の各レベルは相対的な独立性をもつ。そのため機能障害が改善しなくても活動自体を改善させることができる。
 - 様々な矢印は互いに影響しあう



(ICF、WHO、2001)

医学モデルから統合モデルへ（２）

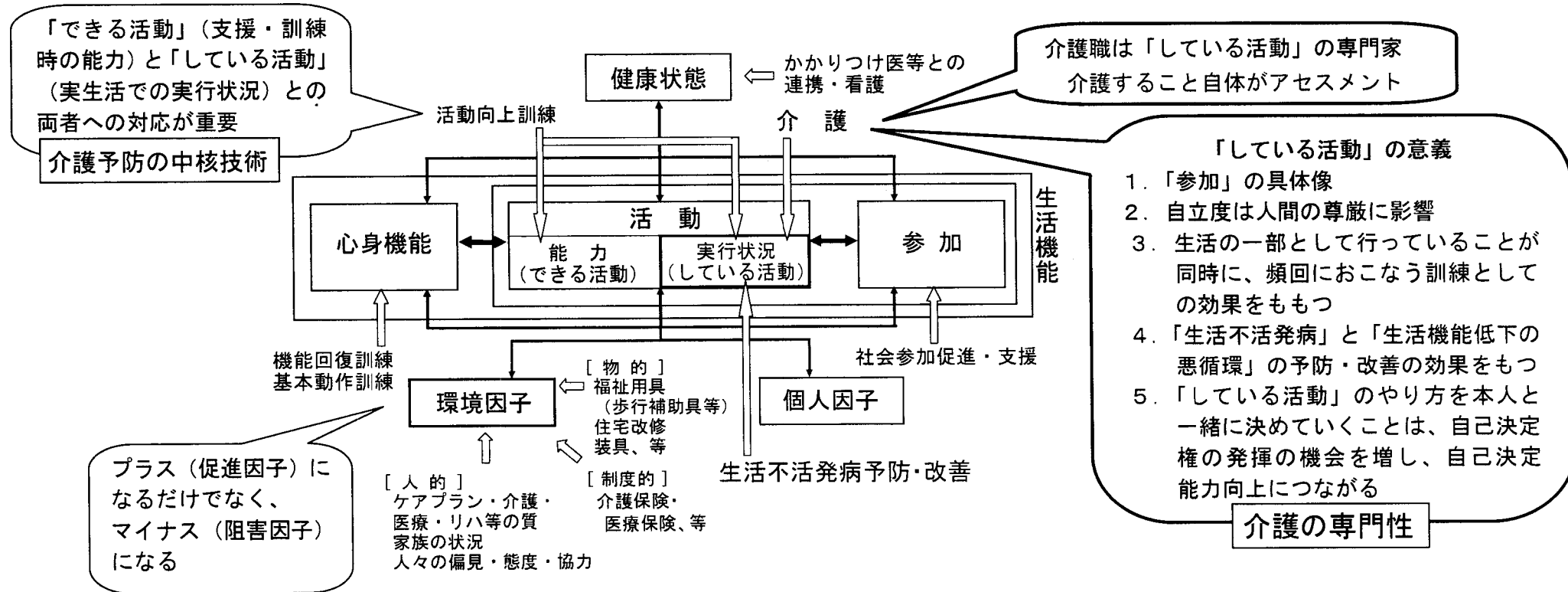
<基本的特徴>

	医学モデル	統合モデル
基本ターゲット	病気中心	生活機能（特に活動・参加）重視 （疾患管理もその観点で）
活動・参加低下の原因	病気の帰結	病気、環境因子（物的・人的・制度的）、個人因子及び生活機能自体が相互に関連しつつ影響
活動・参加低下への対応	治療の結果としての改善	直接働きかけて向上させることができる
ものの見方、働きかけ方	マイナス中心。マイナスをできるだけ正常へ戻す	プラス（可能性）を見つけ、引き出す
個人の履歴・特徴<個性>	あまり重視しない（疾患の状態中心）	個人因子（生活歴・ライフスタイル・価値観など）の尊重
本人の姿勢への影響	受け身・消極的・依存的（意図しないのに、医療の場がこのようにしてしまうことが多い）	積極的・参加的・自立的・自覚的 （正しい知識・理解のもとに）
専門家の本人への態度	パターナリズム（父権主義）	自己決定権尊重（本人の積極的関与）

<介護への影響>

	医学モデル	統合モデル
介護の基本姿勢	できない活動を助け補う （よくすることはできない）	活動を助けつつ、よくする （「している活動」の専門家として）
医療と介護との関係	分断（医療から介護へ移行）・分業	共働
環境への対応	一部の物的環境因子に限られ易い（補完中心）	相互関係を重視。広い範囲の環境因子を活用 マイナス（阻害因子）になる危険も留意
チームワーク	各専門分野での対応の集合体	共働（共同の目標達成のための役割分担）
システムのあり方	専門家・行政中心	自助・共助の促進（コミュニティの活性化、など）
具体的対応	メニュー中心になりがち	一人ひとりの特性に応じた多様な対応
連携のための共通言語 （共通のものの考え方）	各専門分野独特のものが強く、共通性少ない	「共通言語」の活用（含：本人・家族）で連携強化

統合モデルに立った介護の位置づけ



○ 各種介護(保健)サービス・自助・共助は「環境因子」

- ・生活機能の3つのレベルのどこのどの項目に影響しているかをみる。効果判定も同様に
- ・その質を問われる(専門性でもある)
- ・他のより良いサービスはないか? 連携すべきものがないか、をみる

[例]: バリアフリー: 一人ひとりの一つひとつの活動毎でバリア(阻害因子)にもなり、バリアフリー(促進因子)にもなる(車いす使用者に適することだけがバリアフリーではない。やっと立って歩ける人にはマイナスになることが少なくない。)

○ 介護予防は機能障害中心ではなく、生活不活発病予防と活動向上訓練による生活機能向上!

課題は「生活機能」向上

- 生活機能向上は、要支援介護者・高齢者のみでなく、患者・障害者・妊婦、等の共通の課題
⇒ 「生活機能低下者」（生活機能低下の状態にある人）としてとらえる
- 全世代を通じ、介護・医療・福祉等の広い分野での生活機能向上の取り組みが必要

健康とは「病気がないだけでなく」
「生活機能」も高い水準にあること

ICF（WHO国際生活機能分類、2001）

- ・「人が生きることの全体像」についての「共通言語」
- ・ 真の自己決定、及び本人・家族と専門家が生活・人生向上を目的に共働するのに効果的
- ・ 生活機能モデル（p4）を基本骨格とし、コードと評価点（厚労省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会）がある
- ・ 昨年度の国家試験での出題状況：介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
（医師、看護師では過去出題なし）。

生活不活発病（廃用症候群）と「生活機能低下の悪循環」（1）

生活不活発病（廃用症候群）

- 「生活が不活発」なことによって生じる全身のあらゆる機能の低下（表参照）
- 「生活が不活発」とは「活動」が低下した状態
 - それには「質」（やり方：歩くか車椅子か、立って行かうか座って行かうか等）と、「量」（1日、1週、1月の頻度）の2つの側面がある。「質」と「量」を「掛け合わせ」たものが「生活の活発さ」

生活不活発病（心身機能低下の例）

I. 体の一部に起こるもの	II. 全身に影響するもの	III. 精神や神経の働きに起こるもの
1. 関節拘縮 2. 廃用性筋萎縮・筋力低下 3. 廃用性骨萎縮 4. 皮膚萎縮（短縮） 5. 褥瘡 6. 静脈血栓症 →肺塞栓症	1. 心肺機能低下 2. 起立性低血圧 3. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 4. 尿量の増加 →血液量の減少 （脱水）	1. うつ状態 2. 知的活動低下 3. 周囲への無関心 4. 自律神経不安定 5. 姿勢・運動調節機能低下

予防・改善の鍵は「生活の活発化」

- 生活の活発化には生活動作の「量」的增加だけでなく「質」的向上も重要
 - あらゆる機能が低下するので、個々の心身機能低下（表参照）への個別対応のみでは解決できない
 - 安静には害もある
 - ・ 手術、捻挫、風邪などの小さな病気・けがの時の安静や運動制限で生活が不活発になることが多い
 - ・ 「病気の際は安静第一」「年だから無理をしない」などの思い込みを変えることが大事
- 例：①「お大事に」という挨拶を「お元気に」「早く元気になって」と変えていこう
- ②「活動度」の指導を：「具体的にどう動くべきか」を専門家が具体的に指導

「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」(2)

生活機能低下の悪循環

- 生活不活発病（心身機能低下）は、「活動」・「参加」にわたる生活機能全体を低下させる。
それにより生活不活発病自体も進行し、「悪循環」をつくる（p10 上図参照）。
- 最初のきっかけ自体は小さくとも、悪循環により生活機能全体の低下が進行していく。

生活不活発病発生の3タイプ

○ 原因には

- ① 「活動」の「量」的減少タイプ
- ② 「活動」の「質」的低下タイプ
- ③ 「参加」低下タイプ

の3つのタイプがある（p10 下図参照）

※ 「生活不活発病」という名称：

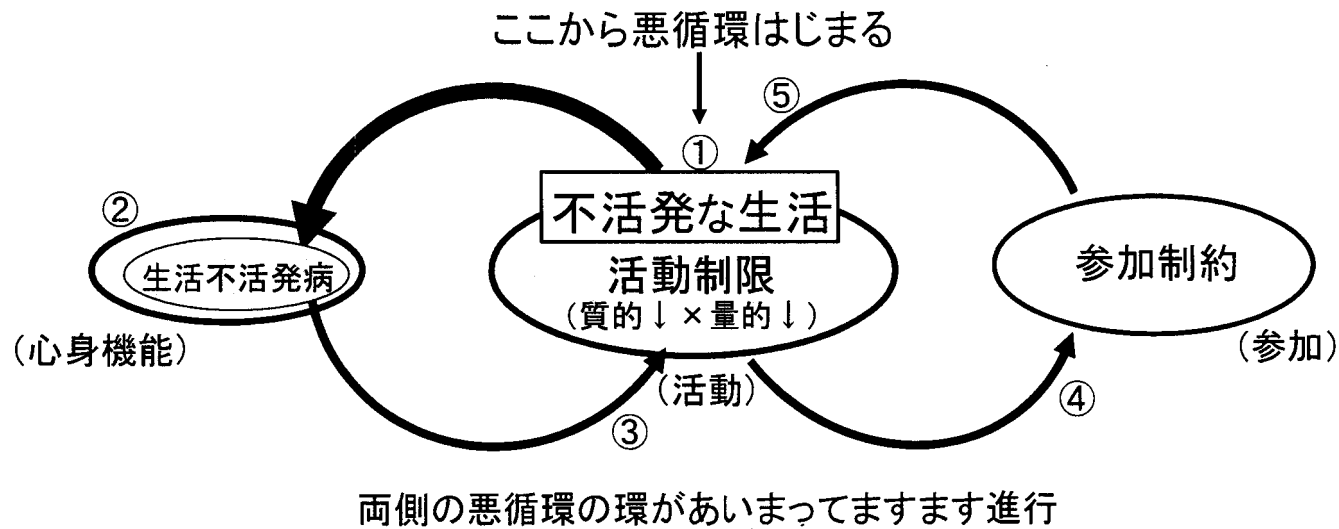
○ 廃用症候群の概念を一般国民に普及する必要あり

- ① 「廃用」という表現は難しい
- ② 当事者に不快感を与えるおそれがある
- ③ 「用を廃した」（全く行わなくなった）場合のみが問題なのではない

○ 本人・家族自身に「生活が不活発である」という原因を明らかに示すことが適切

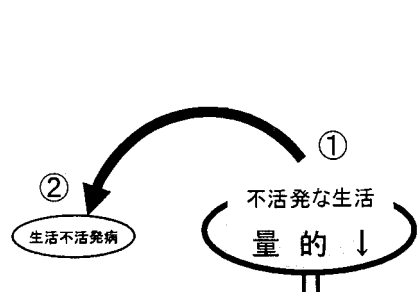
- 「動かなければ体が衰える」はいわば常識にはなっている。しかしより深刻な生活不活発病として、啓発・対策・具体的指導が必要（“なるべく動きなさい”という一般的指導では不十分）

「生活不活発病」と「生活機能低下の悪循環」(3)



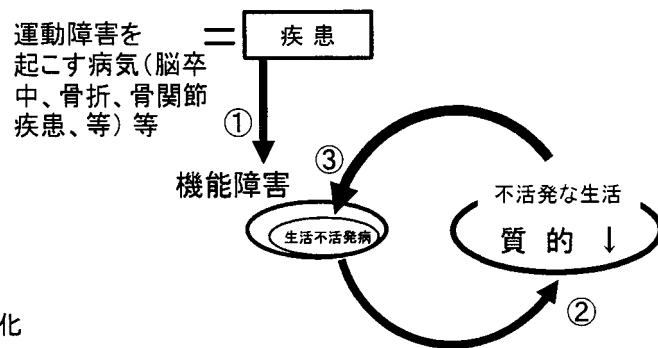
— 生活不活発病発生 の 3つのタイプ —

○「活動」の「量」的減少タイプ

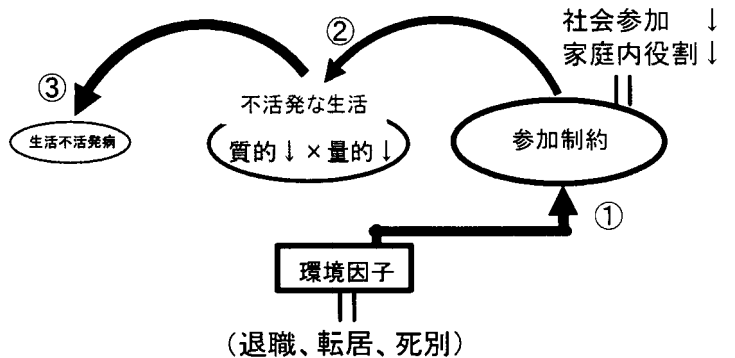


- ・「年だから・・・」と考えての生活の消極化
- ・安静のとりすぎ、過度の運動制限 (病気だから安静第一)、等

○「活動」の「質」的低下タイプ



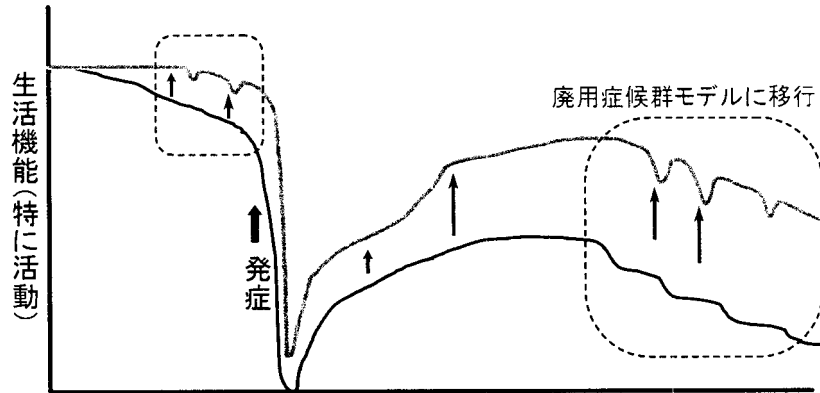
○「参加」低下タイプ



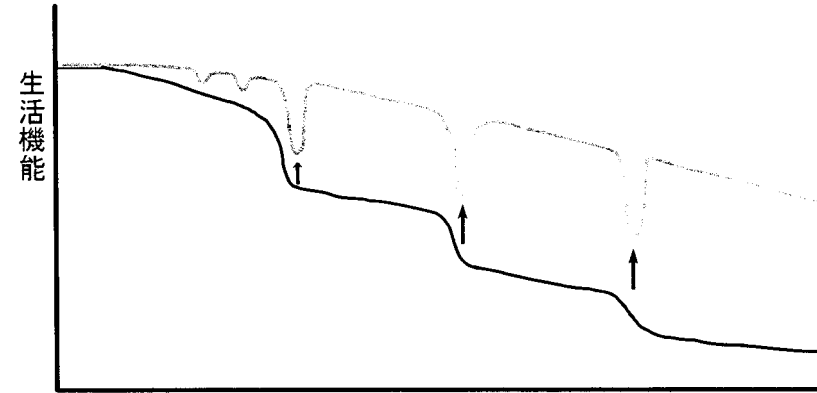
生活機能低下の経過

— 2つのモデル※ —

脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



廃用症候群モデル(廃用症候群、各種慢性疾患、変形性関節症など)



廃用症候群モデル

従来は「年だから」「病気だから」低下していくのは当然で、不自由になったら介護のみと考えがち

⇒ 技術・システムの向上で、高い生活機能を保つことは可能

○ 現在の課題：対応不十分（一部の症候、疾患群中心）

⇒ 本質的対応（生活の活発化）、国民への啓発

○ 脳卒中モデルにも廃用症候群モデルの時期がある

⇒ 廃用症候群モデルとしての対応必要（“維持期”リハではなく）

※この他に認知症モデルあり

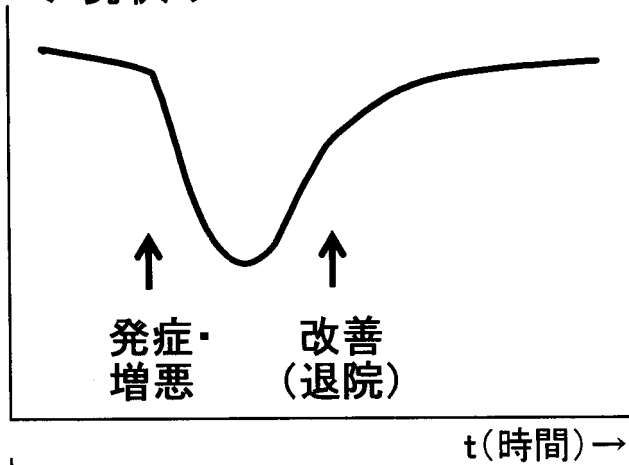
註：左右の図とも矢印（↑）は今後の介護（「よくし助ける介護」）・リハビリテーション（狭義ではなく広義）等の発展、一般国民の認識の向上により、生活機能の経過（現状：黒線）を大きく向上できること（黄線）を示す

病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携

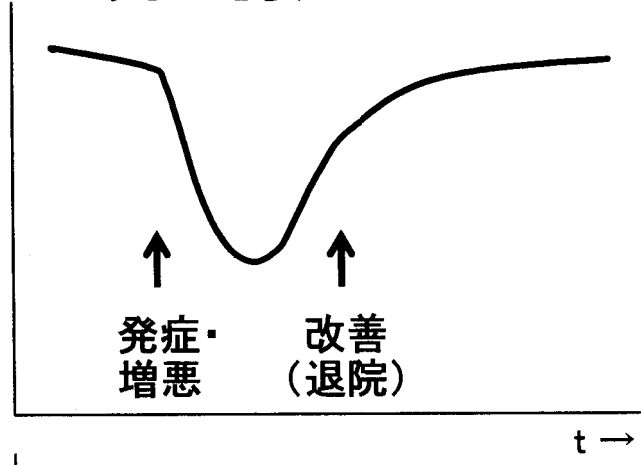
— 生活不活発病予防・改善と「活動」低下への早急な対応 —

< 現状 >

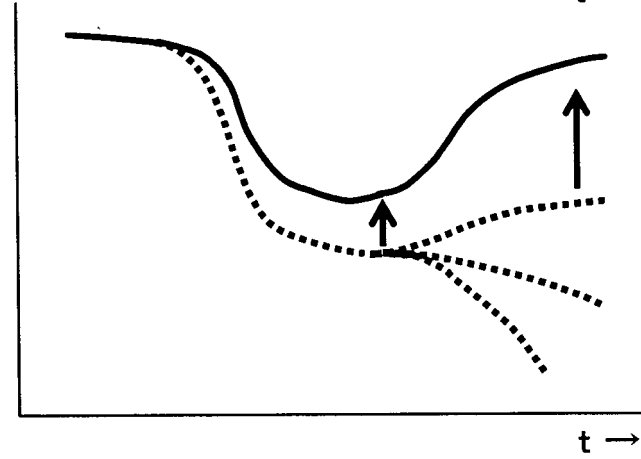
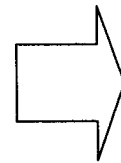
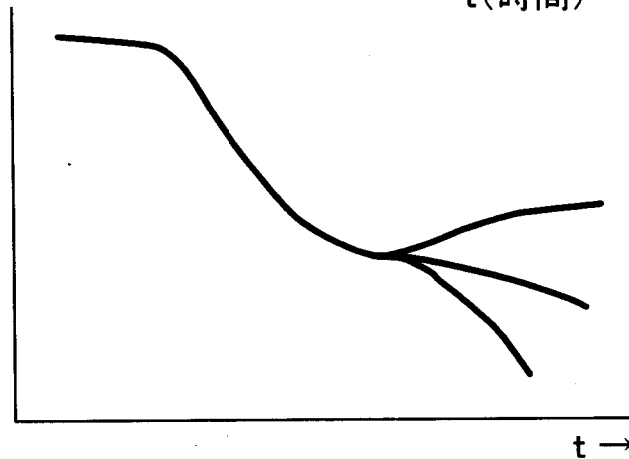
疾患



< あるべき姿 >



「活動」



医療

疾患治療中心

疾患管理

医療

疾患治療

疾患管理

生活不活発病予防 ⇒ 改善

よくする介護(看護師等による)

介護

助ける介護

介護

よくする介護

安心と希望の介護ビジョン第3回

こだまクリニック 品川区

木之下徹

こだまクリニック

2002年3月に品川区荏原に開院し、訪問診療を主に行う

主な対象患者は**BPSD**を有する認知症高齢者

主症状	すぐ怒る	妄想がひどい
	暴言を吐く	徘徊をする
	暴力をふるう	落ち込む
	不穏で落ち着きがない	幻覚におびえる
	精神科受診を拒む	・・・など

“BPSD” という言葉

- いままで、たとえば「問題行動」とよんでいたもの

- 世界ではBPSDと統一的呼称に

(Behavioral and psychological symptoms of dementia : 認知症の行動と心理症状)
1996, 1999年のLandsdowneでの国際老年精神医学会にて、

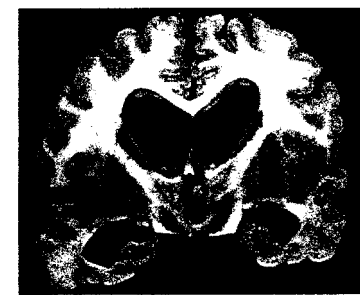
しばしば正しく理解されていない認知症

<中核症状とBPSD>

せん妄やBPSDは中核症状を悪く見せる

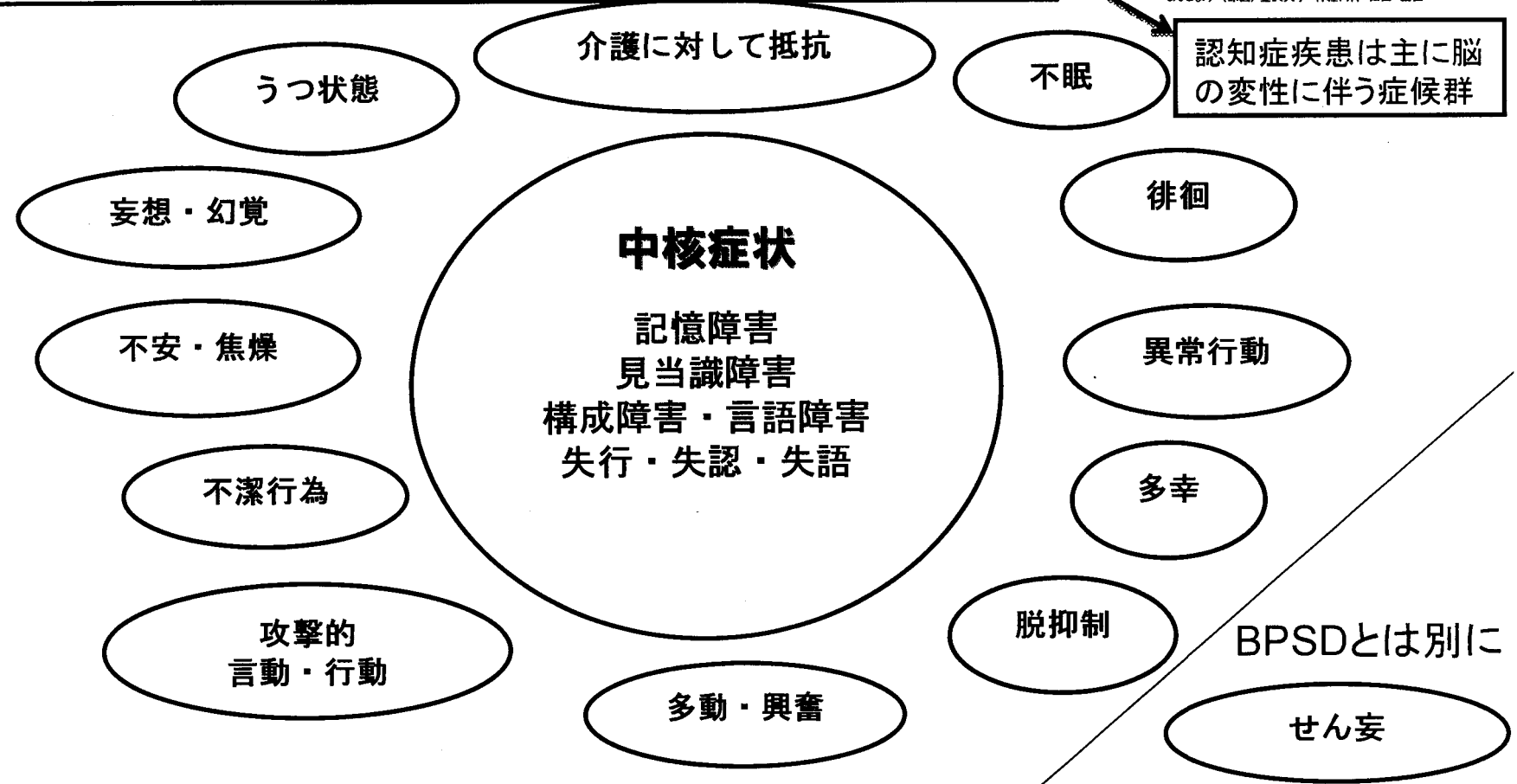
よくある誤解

- ×脱水が良くなると認知症が治る→せん妄が改善(当然そうすべき)
- ×薬をきると認知症が治る→せん妄が改善(介護と医療が注意深く連携を)



JAADより(原図)金沢大学 神経内科 山田 正仁

認知症疾患は主に脳の変性に伴う症候群



地域のBPSD 疫学

認知症のうちBPSDが出現する頻度は7~9割

Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al.

Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al.

老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.

認知症の有病率

65歳以上6~10%を勘案すると

もしかして、地域ではありふれた病態

ちなみに認知症でBPSDがあるとかかるコストはBPSDのない認知症の3割増

Int J Geriatr Psychiatry. 2002 May;17(5):403-8. Beerl MS, et al.

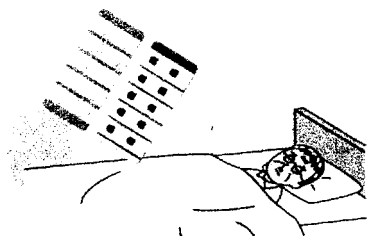
介護・医療から見たBPSDの現状

そもそも医療を受けられない



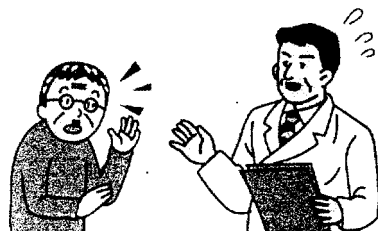
外来に連れて行けないほど**BPSD**が強い
医療不信

どの診療科を受診すればいいのかわからない
BPSDが認知症によるものだとわからない



BPSDに対する不適切な介護や医療
身体疾患に対する不適切な介護や医療

入所・入院時に不適切なケアを誘発する
対応スタッフ間で意見がわかれる



診療・介護報酬上のインセンティブがない

在宅ケアを継続できない

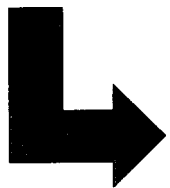
→施設入所の大きな要因

ところで 「地域におけるBPSD」とは

[Modern] *Neglected Disease*(Symptom)か？

[現代の] 見捨てられた病気 (症状)

- ~~アフリカトリパノソーマ症、リーシュマニア、シャーガス病、他~~
- 治療薬を必要とする患者が多数存在する
- 研究がほとんど行われず、新薬が開発されない
- ~~患者の大多数は購買力が低く市場性に欠ける~~
- ~~戦略的見地(軍・安全保障)からの研究開発の対象とならない~~
- 患者の権利擁護を組織的に行うグループも存在しない



地域の**BPSD**は、
見捨てられた症状 (ネグレクトドシンptom)では

ネグレクトドディーズについては、
DNDi-Drugs for Neglected Diseases initiative
Chris Bruenger「くすりギャップ」より

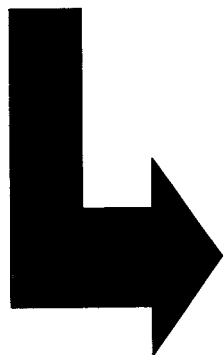
WHOのエッセンシャルメディスン

その集団の優先すべきヘルスケアのニーズに合致したもの

近年、プライオリティ(優先すべき)ヘルスケアニーズはDALYs (disability adjusted life years)によって測られる。(健康投資への資源配分のための指標)

DALYs: 本来生きるはずの年数より「早死に」したことによって
失われた年数と、あるレベルの障害をある期間持つことによって
失われた年数の合計

地域のBPSDにおけるDALYsの国家的総和を考えると、ヘルスケアニーズの優先度は相当高いはず。



すなわち、
BPSD医療は優先されるべき医療(プライオリティメディスン)?

しばしば遭遇する多剤使用による在宅BPSD例

糖尿病薬、胆石症治療薬、胃薬、パーキンソン病薬、気管支拡張薬、高中性脂肪血症治療薬、頭痛薬、甲状腺機能低下症薬、抗血栓薬、抗うつ薬、利尿薬、高血圧など

シXXXXXXXXXXXX散剤	2.0g	一日 48 個と8包： 薬代だけで月約7万2千円
スXXXXXXXXXXXX細粒50%	0.15g	
1日3回 毎食後		
レXXXXXXXXXXXX錠100	3錠	テXXXXXXXXXXXX CAP 1.0カプセル
アXXXXXXXXXXXX錠50mg	3錠	ベXXXXXXXXXXXX錠 1.0錠
トXXXXXXXXXXXX錠50	3錠	1日 1回 夕食後
ウXXXXXXXXXXXX酸 100	3錠	ピXXXXXXXXXXXX錠 1錠
マXXXXXXXXXXXX錠25	3錠	イXXXXXXXXXXXX錠10mg 2錠
クXXXXXXXXXXXX錠5mg	3錠	フXXXXXXXXXXXX錠20mg 1錠
サXXXXXXXXXXXX錠100mg	3錠	ズXXXXXXXXXXXX錠 1錠
メXXXXXXXXXXXX錠	3錠	1日 1回 朝食後
チXXXXXXXXXXXX錠	3錠	甲XXXXXXXXXXXX錠50 2錠
1日3回 毎食後		1日 2回 朝・昼食後
ボXXXXXXXXXXXX顆粒15%	1.0g	トXXXXXXXXXXXX錠25 1錠
ファXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	1日 1回 就寝前
ベXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	クXXXXXXXXXXXX 2錠
マXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	1日 2回 朝食前と昼食前
フXXXXXXXXXXXX錠1	2錠	カXXXXXXXXXXXX錠 100mg 1錠
1日2回 朝・夕食後		頭痛時服用 10回分

これらから3剤へ→せん妄改善

くすりを切ると認知症がよくなる？

→時にはあっている、時には危ない！

あいふれたBPSD事例 Dさん 80歳代 男

初診時、幻視、妄想が激しい。「妻の男」だという幻視に怒り、嫉妬妄想が激しい。長男のことをその本人だと思えない。カウンターや棚、柱が歪んで見え、自分の家ではないという。1年半ほど前より通っていた病院外来では運動機能障害に対する薬の追加がなされていた。高齢の妻は著しい介護疲れを訴え、家での生活はこれ以上つづけられないとのこと。精神症状はますます悪化し、外来に連れて行けないとのことでの訪問診療依頼があった。

処方

興奮を抑える薬2錠(朝、夕)

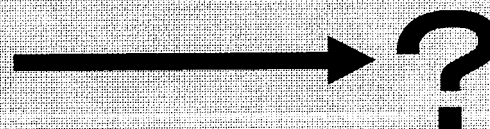
パーキンソン病薬①2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬②2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬③4錠(起床時、朝、昼、夕)

胃薬2錠(朝、夕)

抗うつ薬2錠(夕)



事例Dさんを考える

1. 外来では、しゃんとする[認知症医療を普及]
→注意力の改善？→家にいるときとは別人！
2. 幻覚妄想などの症状の聞き取りをどうするか？[関係づくりの重視]
→本人の自尊心→本人と介護者を分けて聞き取り
3. 薬剤調整の戦略は？[既存の医療の見直し]
→ガイドラインがある→ガイドラインが活用されていない！
4. 薬の効果と副作用のモニタリングは？[介護との連携による土台]
→誰が？どのように？（ここでは奥さんはもう疲れきっている）
→これが最も重要！医療だけでは無理、介護との連携が必須

この症状が出るまえは家で生活していた
→これらがクリアできれば、在宅での生活できる可能性大！

ありふれたBPSD事例 Dさん 80歳代 男 その後

薬剤の調整にクリニックから長男やケアマネに毎日電話をかけた。その期間は1ヶ月かかったが、前記症状はほぼ改善し、高齢の妻も介護負担もかなり軽減し、デイサービスの導入ができ、安心して家での生活ができるようになった。

処方

興奮を抑える薬2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬①2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬②2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬③4錠(起床時、朝、昼、夕)

胃薬2錠(朝、夕)

抗うつ薬2錠(夕)



介護の力(長男、ケアマネ)を借りながら、毎日電話した。

前の処方薬のうち、

3薬剤中止、

パーキンソン病薬のうち1薬剤にして、減量→これを切ると危険

別の興奮を抑える薬を極少量追加

(全部中止にすると危険！)

認知症、とくにBPSDに対しては、医療が適切に関わることで、相当よい効果が期待できる。しかし、薬ひとつとっても、介護との連携が必須

「BPSDを診る、地域で診療する医師たちによる調査:

「わずかに軽減」を含めると、BPSDの治療改善率は93%を超える

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症(2) 生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-」から

「認知症の周辺症状(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」(平成19年度厚生

BPSDの悪化要因

①薬剤	37.7%
②身体合併症	23.0%
③家族・介護環境	10.7%

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症(2) 生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-」より
【(平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業)「認知症の『周辺症状』(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」実施主体:財団法人 ぼけ予防協会】を紹介

医原性によるもの

[例)せん妄、過鎮静、錐体外路症状(転倒、誤嚥性肺炎)・・・]

- 例) ①であれば、薬のせいでBPSDがひどくなる
②であれば、脱水や便秘、がんなどにより、BPSDがひどくなる

地域におけるBPSDとは

ありふれた病態

+

見捨てられた病態

+

誤った介護・医療の温床

いま、認知症になると、安心して暮らせない！

【いま、医療と介護のBPSDセイフティーネットがない】

医療への提言

いま、すでに認知症で暮らす人々へのアプローチ→明日は我が身：近い将来の自分を守るために適切な介護と適切な医療でかなり改善するケースがある。→「安心して暮らせる」ようにセーフティネットを！
生活の視点を医療へ（認知症は生活障害という視点）→介護との情報共有と連携が必須

・1. BPSD周辺の散見する医原性の問題

薬は、意味あるもの以外、中止ないし減量を、しっかりとした介護との連携の下で行う。
BPSDに対しては、少量、短期間での対応が可能となり副作用を最小限に抑えられる。
適切な薬と分量による医療費削減効果は大きいだろう。（全体的に多すぎ、不必要な薬が出されている）

例) 薬による被害:ピアーズクライテリアによるとアメリカで八兆円の損失、死因で考えると第五位

・2. BPSDに対する医療的な対応スキルの確立

BPSDに対する短絡的な医療介入（薬漬け、身体拘束など）から脱するために、
医療者への研修、チームケアの育成

・3. 介護との連携

医療による身体疾患や体調の日常管理を介護に寄り添いながら、の精神を醸成

BPSDを見捨てない医療を

BPSDに対する家族、介護スタッフへの教育介入や対応研修

例) 家族教育における在宅→施設への延長など、・・・

・4. 制度/施策介入

医療へのインセンティブ（診療報酬）：現状では単に加算をつけるだけではダメ

→ オーディット[監視]システム（診療内容の監視）の導入

→ 評価基準の策定と外部評価機関の設定

BPSDに伴う負担増に関する介護へのインセンティブ（介護報酬）

そして適時適切な介護・医療連携へのインセンティブ

医療から介護への提言①

いま、すでに認知症で暮らす人々へのアプローチ→明日は我が身：近い将来の自分を守るために適切な介護と適切な医療でかなり改善するケースがある。→「安心して暮らせる」ようにセイフティネットを！
生活の視点を医療へ（認知症は生活障害という視点）→介護との情報共有と連携が必須

・1. BPSDにおいて、医療と介護は切り離せない

現在散見する不適切な医療介護介入、不適切な身体管理から脱せない。

その全体を調整する担当を

例) (医療と介護への介入ができる) 認知症対応型ケアマネ(設置)

例) かかりつけ医と協働でケアを進めているグループ

による認知症医療介護連携プランの各医師会レベルでの作成の支援

(医師会、民間、任意団体での取り組み事例などの集積)

・2. BPSDを理由に介護施設から退所させた・させようとする事案に対し;

家族へ: 包括支援センターまたは行政が連絡を受け支援会議をひらく

→緊急支援の開始(地域が責任を持つ)

施設へ: 北風として; 施設への評価を下げる、指導介入、

太陽として; 負担増に応じた介護報酬、

施設運営会議に外部識者を導入しての研修

→どんなBPSDでも見捨てない施設へのスキルアップ

医療から介護への提言②

認知症でBPSDがあっても暮らせるまちづくりの推進
BPSDがあっても「安心して暮らせる」セーフティネットを

・3. BPSDに関する地域、住民への啓発

地域の病院、施設を訪問したり、説明を受けるなど住民視察

* 施設もエンパワーされる仕組みを。

例) 認知症サポーターの継続研修プログラムとして活用

→ 地域の介護保険計画に組み込む

・4. BPSDに関する地域のセーフティーネットづくり

例) オーストラリアの事例(国営事業): DBMAS (Dementia Behaviour Management Advisory Service)、

24hours 7days 電話営業 訪問対応あり

→ 包括支援センターのひとつをBPSD緊急ケア対応型にする(センター型)

* 24時間ケアとの連動

お福の会宣言

人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性をもっている。かつて、認知症をもつ人は、「人格が崩壊する」「こころが失われる」と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩き続けたい。「お福の会」は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい。

当事者も含む多職種が語り合い、
考える土俵づくり
(共有できる基盤づくり)

梅原早苗(若年認知症支援の会 愛都の会代表)

川窪裕(北海道 若年認知症の本人)

木之下徹(こだまクリニック院長)

小阪憲司(日本老年精神医学会前理事長)

後藤静二(北海道 若年認知症の本人)

白仁田敏史(介護福祉士会監事)

高見国生(認知症の人と家族の会代表理事)

永田久美子(認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹)

武田純子(北海道グループホーム協議会会長)

干場功(若年認知症家族会 彩星の会代表)

本間昭(日本老年精神医学会理事長)

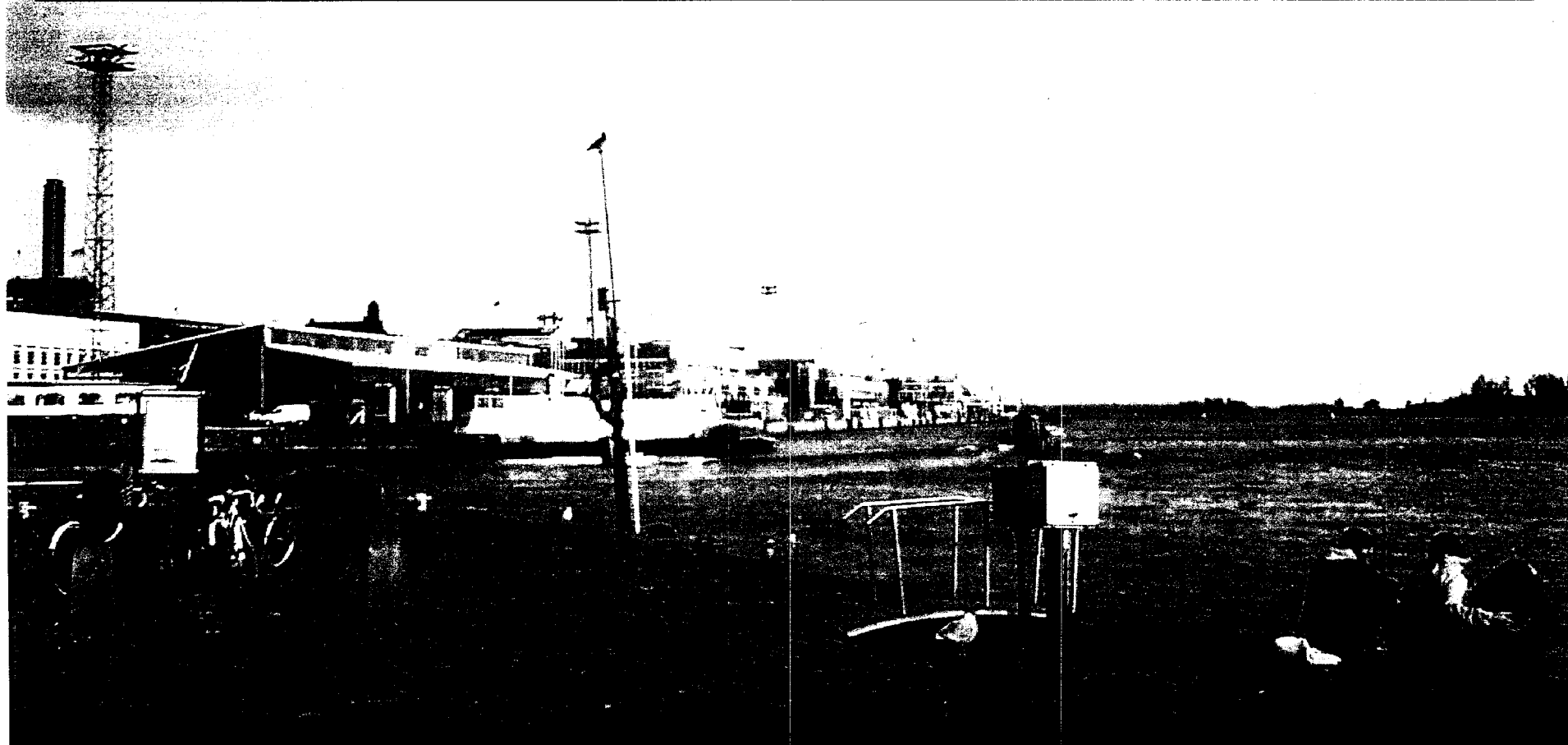
町永俊雄(NHK「福祉ネットワーク」キャスター)

和田行男(東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会代表)

ら
50音順

安心と希望の介護ビジョン

～暮らしの連続と地域生活を保障するシステムの創造～



高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長 小山 剛

★抱えている課題

- ・施設と在宅では費用負担の格差が大きい
 - ・就労・高齢などで同居家族も連続的な介護は困難
 - ・それまでの人生を継続できない大規模集約型
 - ・住宅と呼べないお粗末な住環境
 - ・24時間365日連続するサービスがない
 - ・3食365日の配食がない
- (上記二つは施設ではあたりまえのこと)

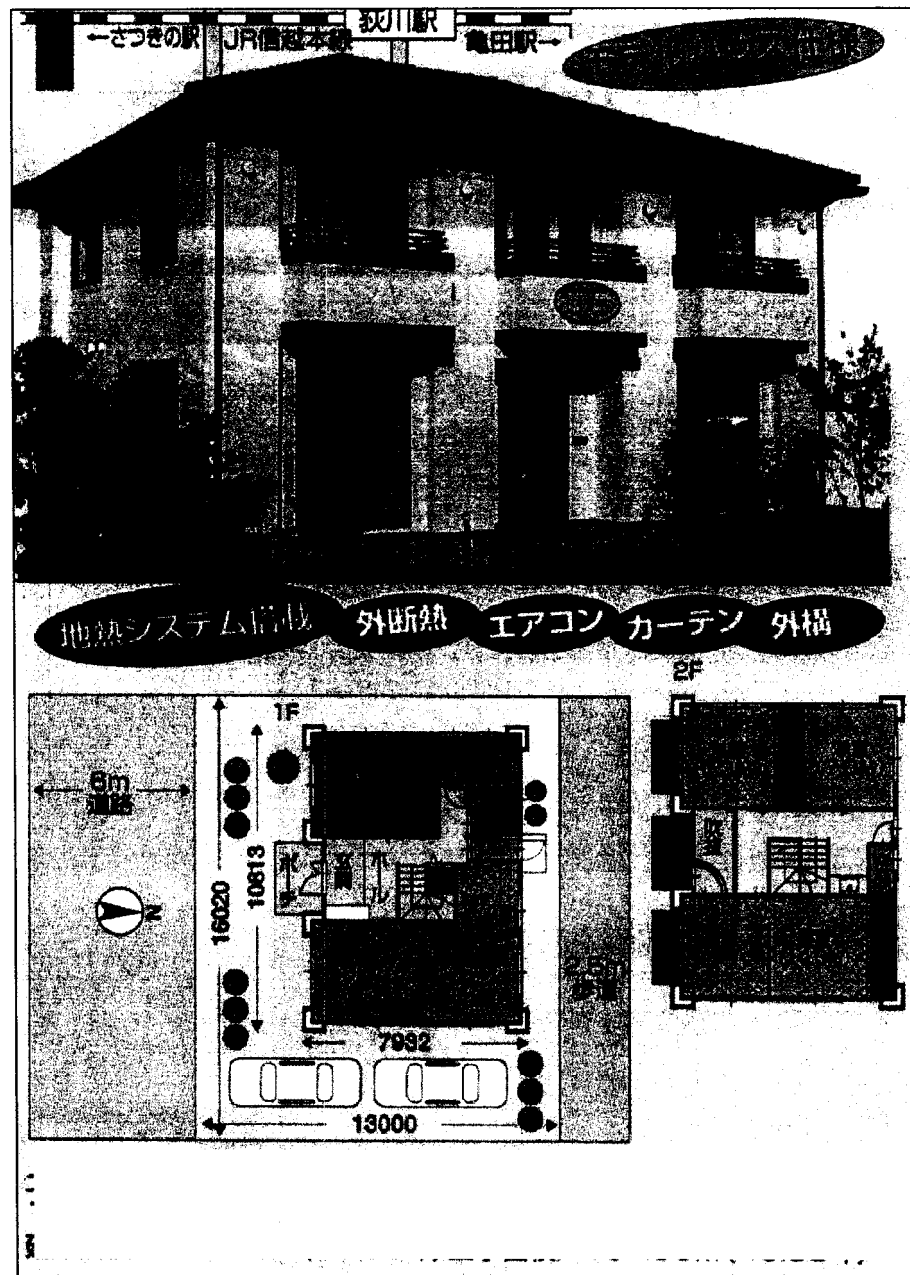
★目指している方向

- ・在宅定額サービス(小規模多機能型居宅介護)の拡大
- ・地域(生活圏域)の中で提供するサービスの拡大
- ・普通の住まい(バリアフリー)の提供
- ・24時間365日連続するサービスの拡大

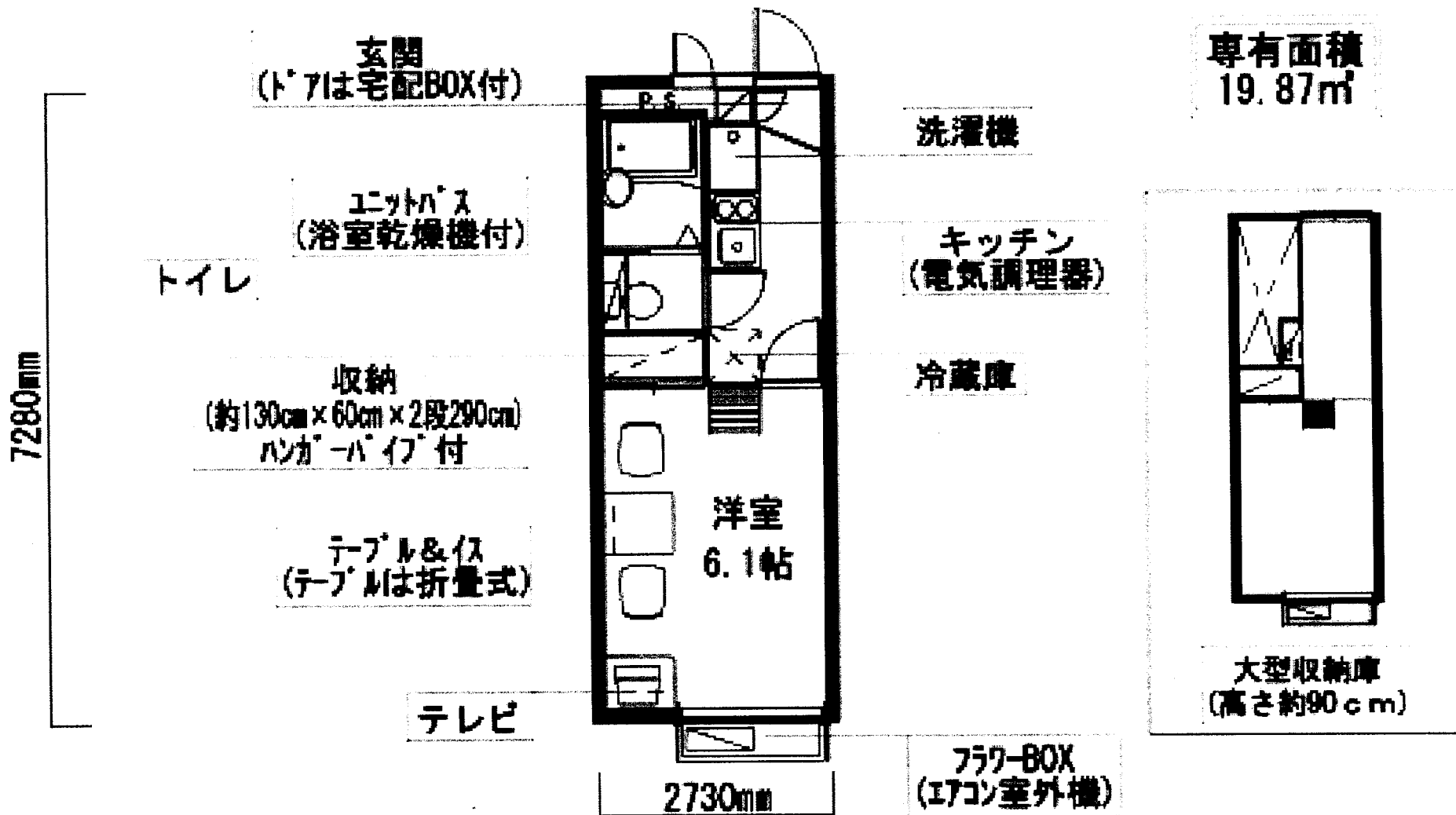
お金は高いが 貧弱な住環境

(2002年ヒヤリング資料)

老人ホームの
1ベッド分の建築コスト =



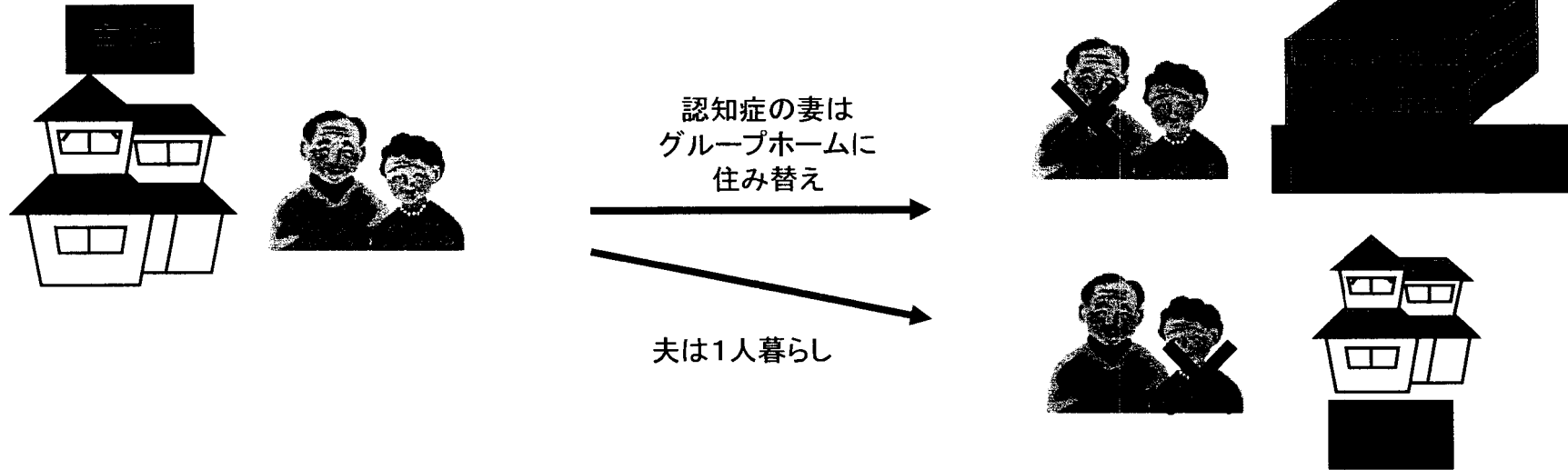
現在**1100~1200**前後(バブルの時代は**1500~4800**万円)



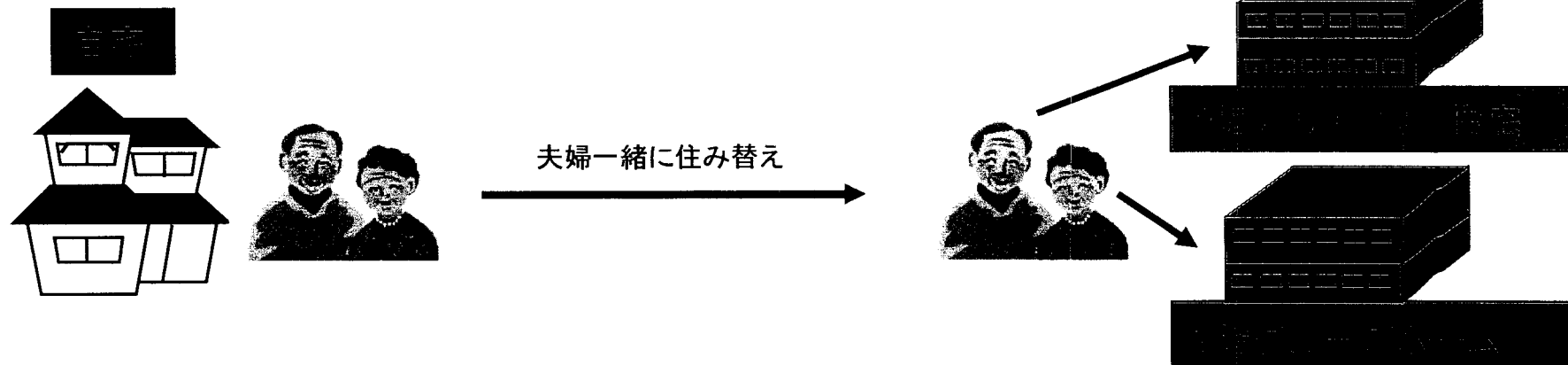
働いていない学生でも社会の中でこの程度の住環境を持っている
マンスリーアパート(60000/月)の例

認知症をケアするのではなく、夫婦の生活を支える仕組み

今までのサービスでは、別々に暮らすことになった

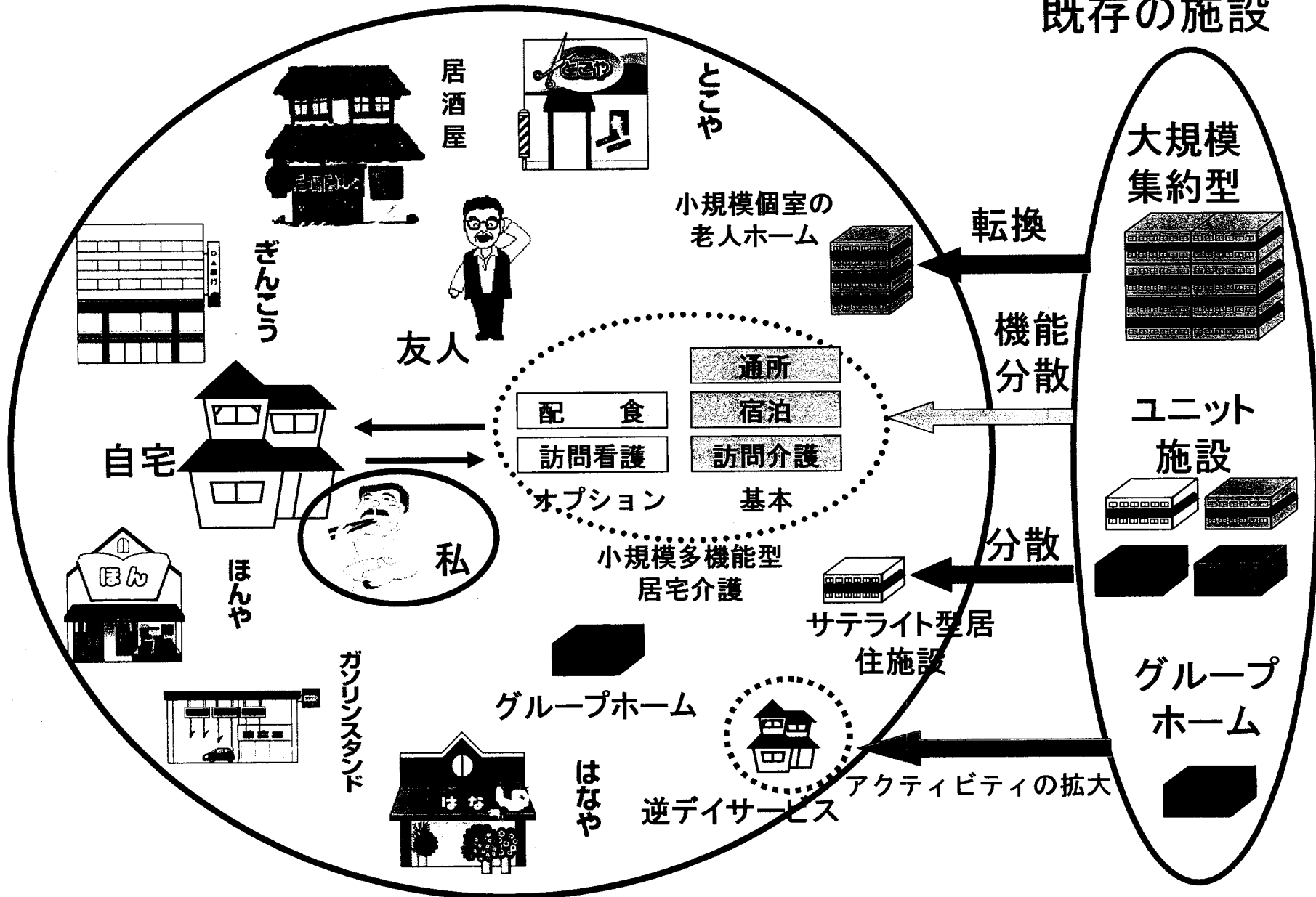


新しいサービスは共に暮らすことを支えます



私の築いてきた人生は地域内にある
他者との関係の中で生きている

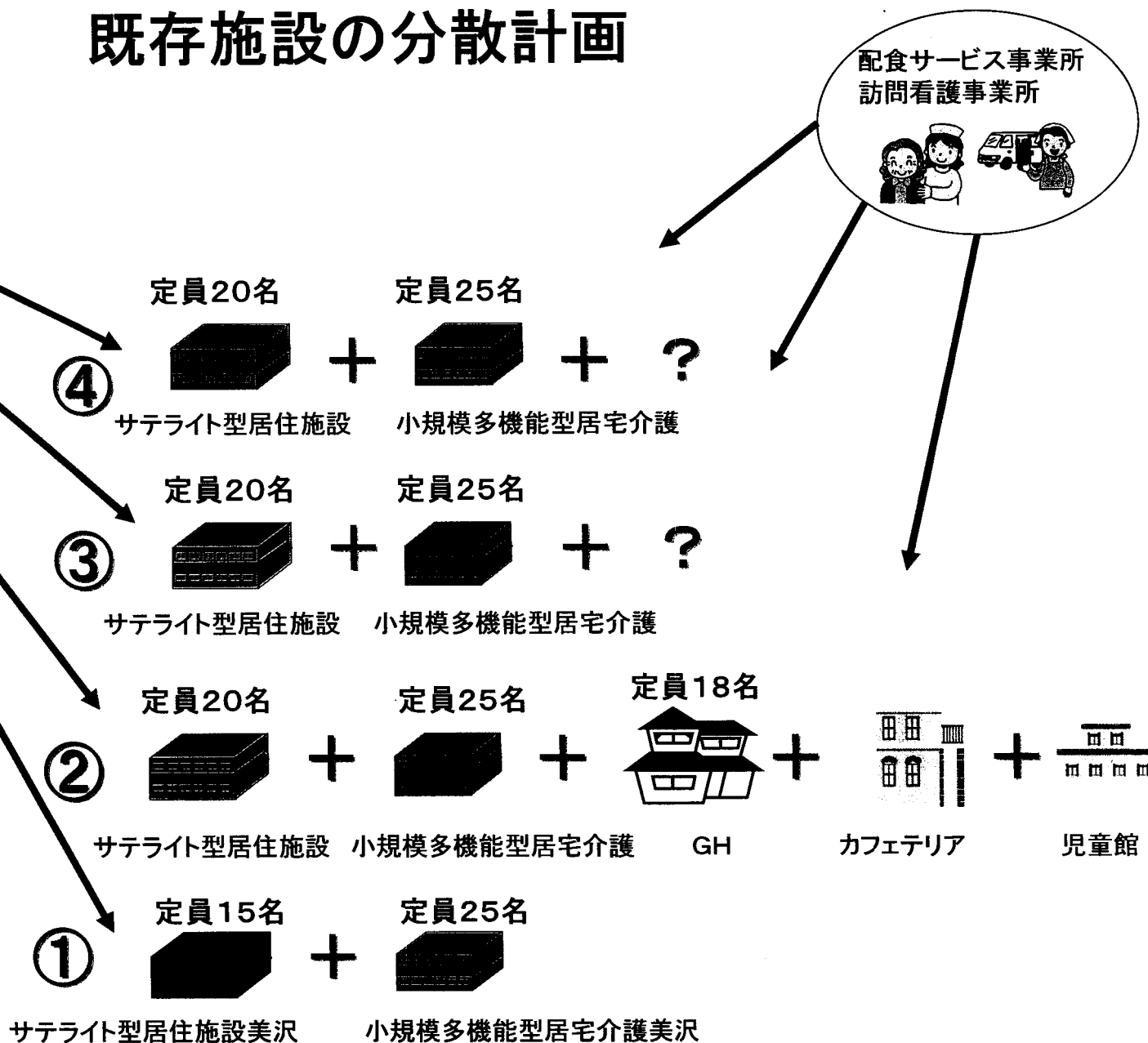
地域の外にある
既存の施設

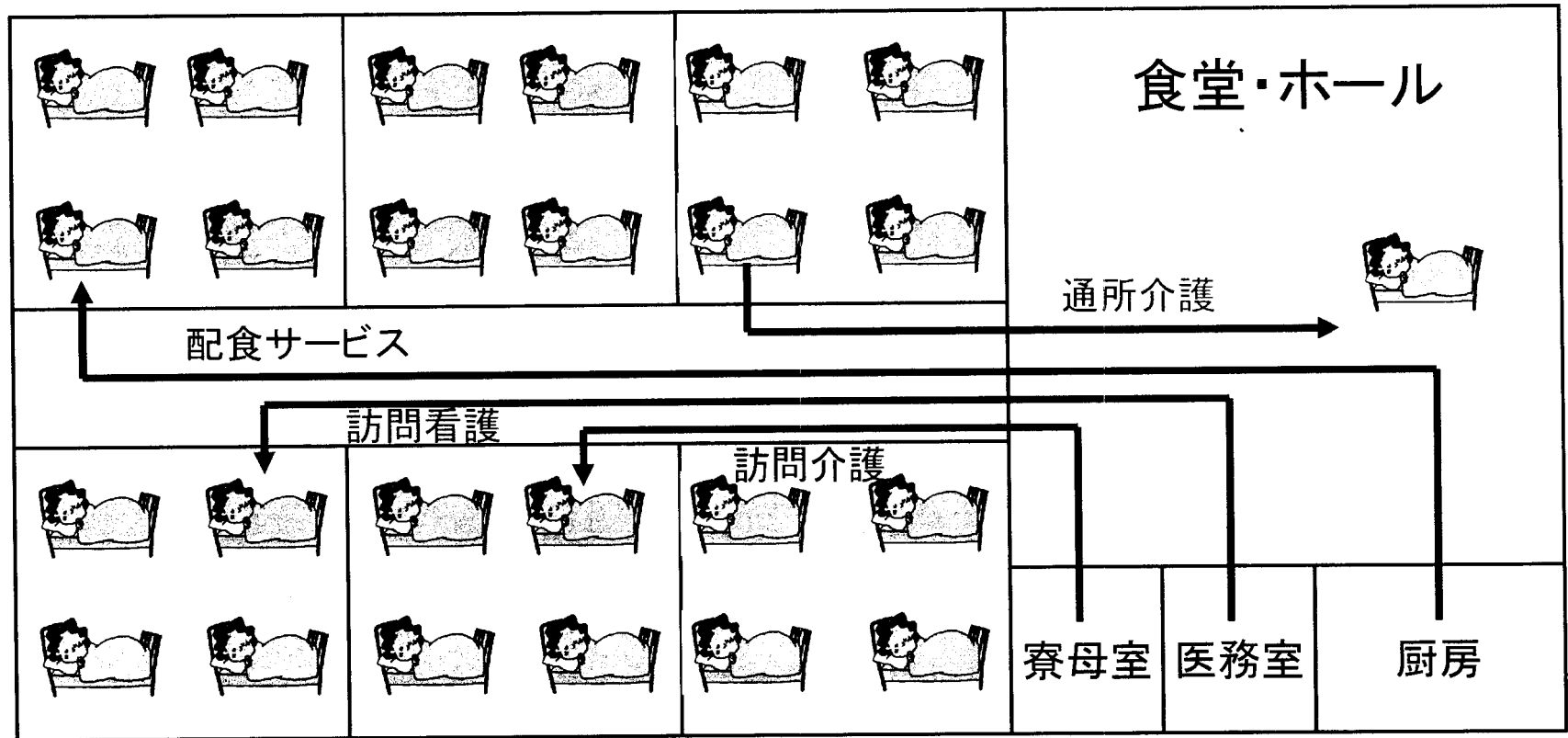


既存施設の分散計画



従来の施設
定員100名
↓
定員85名
↓
定員65名
↓
定員45名
↓
定員25名





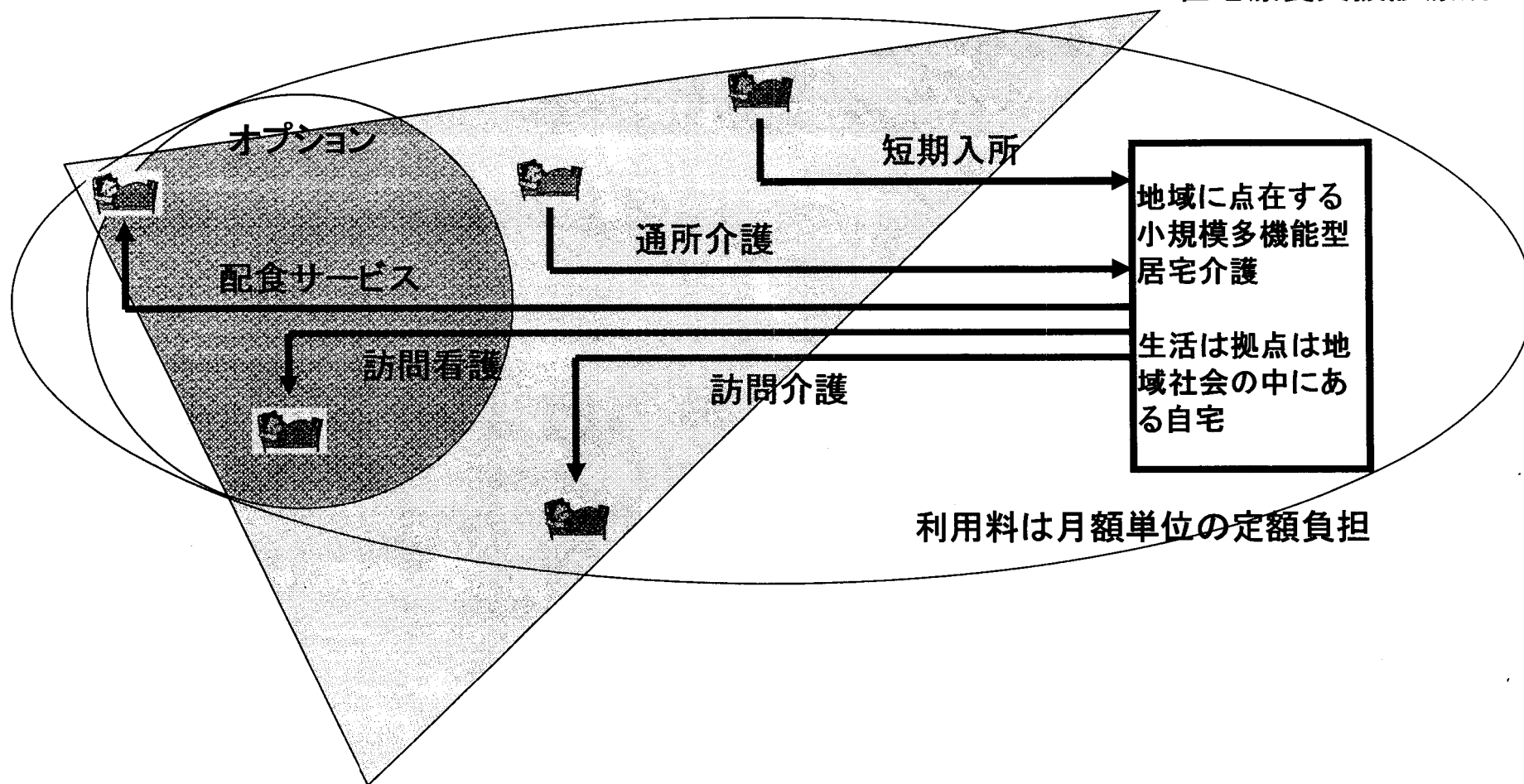
利用料は月額単位の定額負担

大規模集約型サービスの仕組み

通所介護・訪問介護・訪問看護・配食サービスを、効率的に提供するために、利用者を集約したのですが、利用者自身の生活は地域社会に置いてくることになります。

小中学校区程度の限定した地域

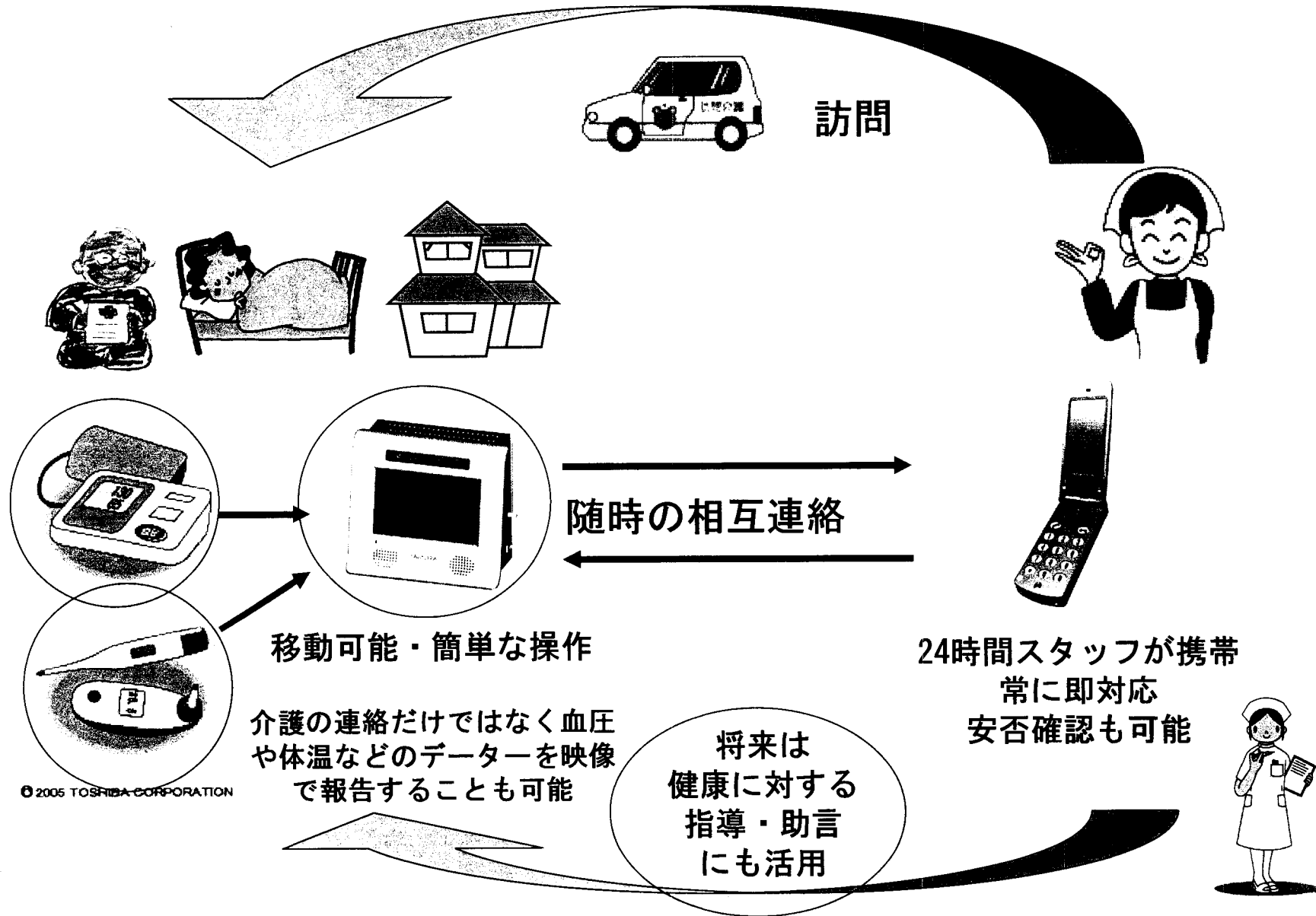
在宅療養支援診療所



小規模多機能型居宅介護のサービスは、従来の施設内完結型から地域内完結型への転換です。つまり、地域社会が施設や病院になるということです。

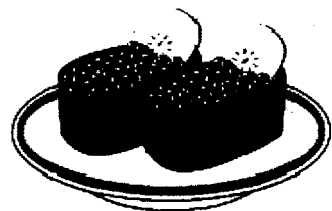
在宅生活の安心を保障するシステム

使用している映像付き相互通信システムは平成15～16年の未来志向研究プロジェクトで開発



今までの介護保険は在宅と施設の負担が不均衡であったが、
小規模多機能型居宅介護によって在宅も定額制に変更

在宅は回転寿司と一緒に
出来高負担



施設は飲み放題食べ放題で
定額負担



家事援助
2080円/時間
24時間×30日
497600円/月

通所介護
(介護3)
9510円/8時間
855900円/月

通所介護
訪問介護
訪問看護
配食サービス

利用回数では
なく一月定額

身体介護
4020円/時間
2894400円/月

訪問看護
8300円/時間
24時間×30日
5976000円/月

小規模多機能型
居宅介護は在宅で
定額サービス

要介護1	19170円/月
要介護2	21300円/月
要介護3	23400円/月
要介護4	25530円/月
要介護5	27630円/月

・サテライトデイサービス上除(15)
・地域型介護予防デイサービス

【サポートセンターアネックス関原】
小規模多機能型居宅介護
居酒屋付の避難所

【サポートセンター西長岡】
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター

【サポートセンターしなの】
・ケアハウス(40)
・通所介護(一般型30/認知症型10)
・訪問介護
・夜間対応型訪問介護
・訪問看護
・居宅介護支援事業所
・配食サービス
・健康増進・介護予防センター
・高齢者センター
・診療所



【サポートセンター水田】
・通所介護(一般型26)
・訪問介護(9774)
・訪問看護(9774)
・居宅介護支援事業所
・配食サービス
・バリアフリーアパート(8)



【サポートセンター上除】
認知症対応型共同生活介護
居宅介護支援事業所
バリアフリー住宅
ボランティアサロン
福祉ミニ図書館
集会室



【福祉の駅 千秋】
地域密着型介護老人福祉施設
小規模多機能型居宅介護
認知症対応型起用同生活介護
認知症専用通所介護

【サポートセンターけさじろ】
・通所介護(一般型30/認知症型10)
・地域包括支援センター
・高齢者センター



・サテライトデイサービス関原(15)
・地域型介護予防デイサービス

・サテライトデイサービス宮本(15)
・地域型介護予防デイサービス

【サポートセンター関原】
・通所介護(一般型26)
・訪問介護(9774)



寺泊地区
和島地区
中之島地区
有板地区
三島地区

【サポートセンター千手Ⅱ】
サテライト型居住施設
小規模多機能型居宅介護
認知症対応型起用同生活介護
カフェテラス
就学後学童センター
2009.3オープン予定

【サポートセンター美沢】
・介護老人福祉施設(15)
・短期入所生活介護(3)
・小規模多機能型居宅介護(25)
・配食サービス



【本体のサービス】
・介護老人福祉施設(85)
・短期入所生活介護(77)
・通所介護(一般型40/認知症型10)
・訪問介護(9774)
・訪問看護
・居宅介護支援事業所
・配食サービス



・サテライトデイサービス深沢(15)
・地域型介護予防デイサービス

・サテライトデイサービス希望が丘(15)
・地域型介護予防デイサービス

【サポートセンター三和】
・通所介護(一般型15)
・訪問介護(9774)
・訪問看護(9774)
・認知症対応型共同生活介護(8)
・有料老人ホーム(4)



【サポートセンター千手】
・認知症対応型共同生活介護(6)



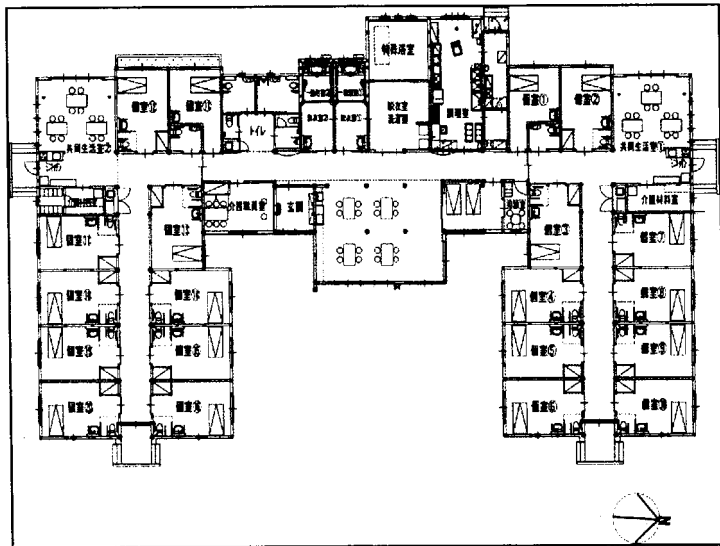
・サテライトデイサービスおてつないで(15)
・地域型介護予防デイサービス

【サポートセンター千歳】
中越地震直後より仮設住宅地内でサポートセンターを運営しました。(H16年12月～H18年12月)

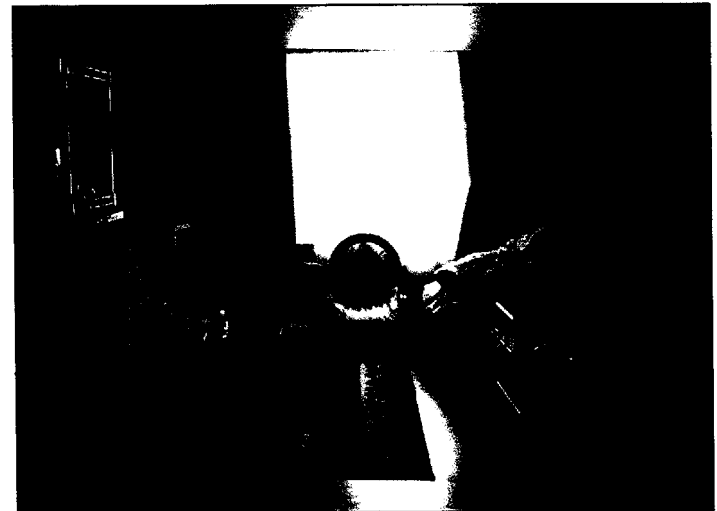


※新長岡市全域で夜間対応型訪問介護を提供します?

サポートセンター美沢



施設の中も、周辺
の地域も両方ケア
するシステム



★今後の期待

美沢の事例のように、特別養護老人ホームという名称の住宅と、小規模多機能型居宅介護という名称の定額在宅サービスを一括して地域単位に提供できれば、介護保険施設も短期入所も通所介護も訪問看護も訪問介護も不要（統合すること）になります。

★課題

普通の住まいとして認められる設備及び広さと、暮しなれた地域単位に住宅（名称が施設でも同じ）を整備することと、サービスを統合するためには職員配置基準などの規制を緩和することです。

大都市郊外の高齢化に対応した 介護環境の構築

— 「新しい住まい」の可能性 —



080917 明治大学 園田真理子



21世紀前半は大都市で激的な高齢化が進行中

喫緊の課題：大都市郊外部での介護環境の構築

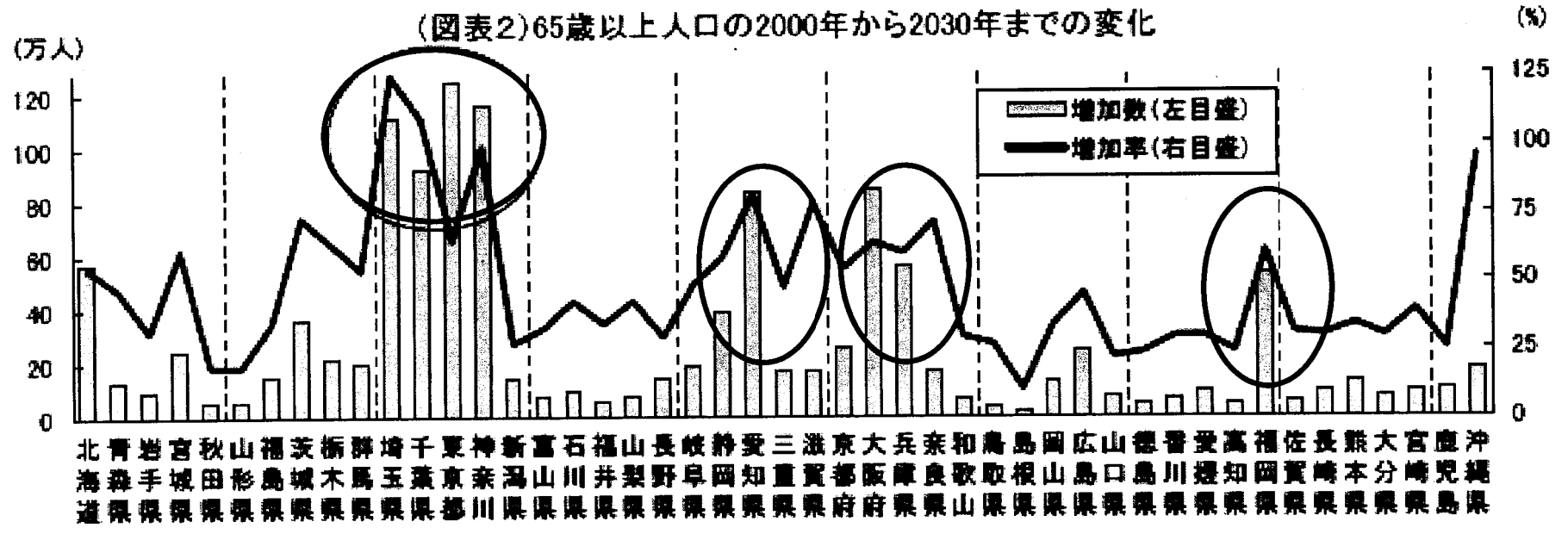
＜高齢化率(%)の変化 2000年→2010年＞

東京15.8→21.1 神奈川13.8→20.0 埼玉12.8→20.2 千葉14.1→21.3

地方での高齢化問題はもう終わってしまった!!

cf: 島根22.0→25.0 高知23.6→27.4 秋田23.5→28.0 山形23.0→26.2

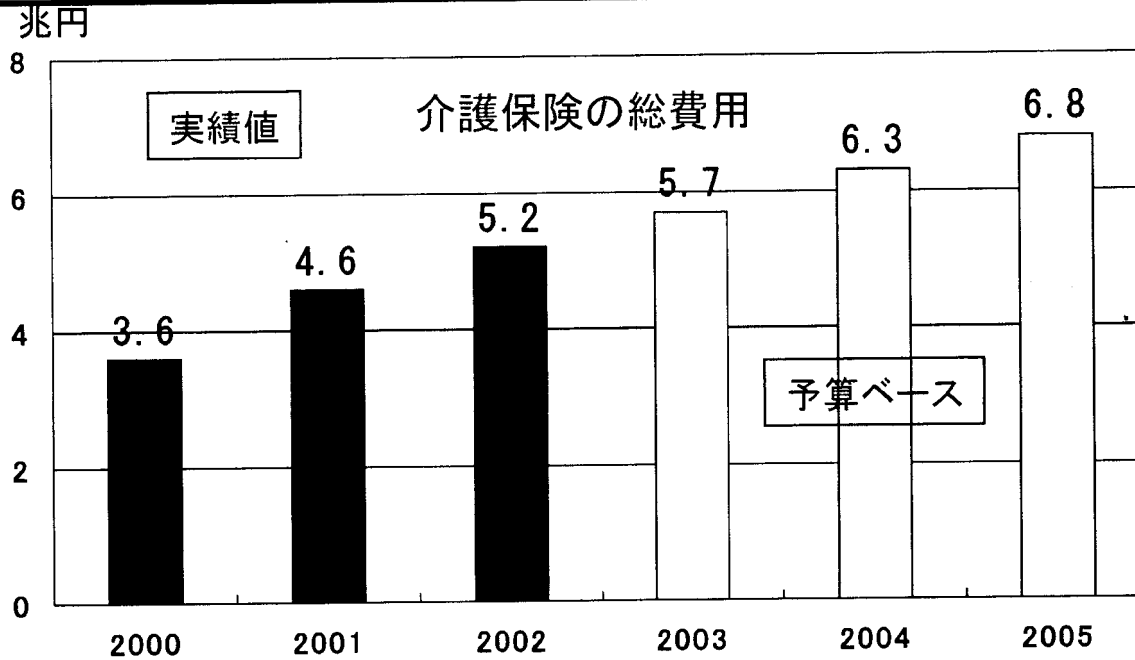
(図表2)65歳以上人口の2000年から2030年までの変化



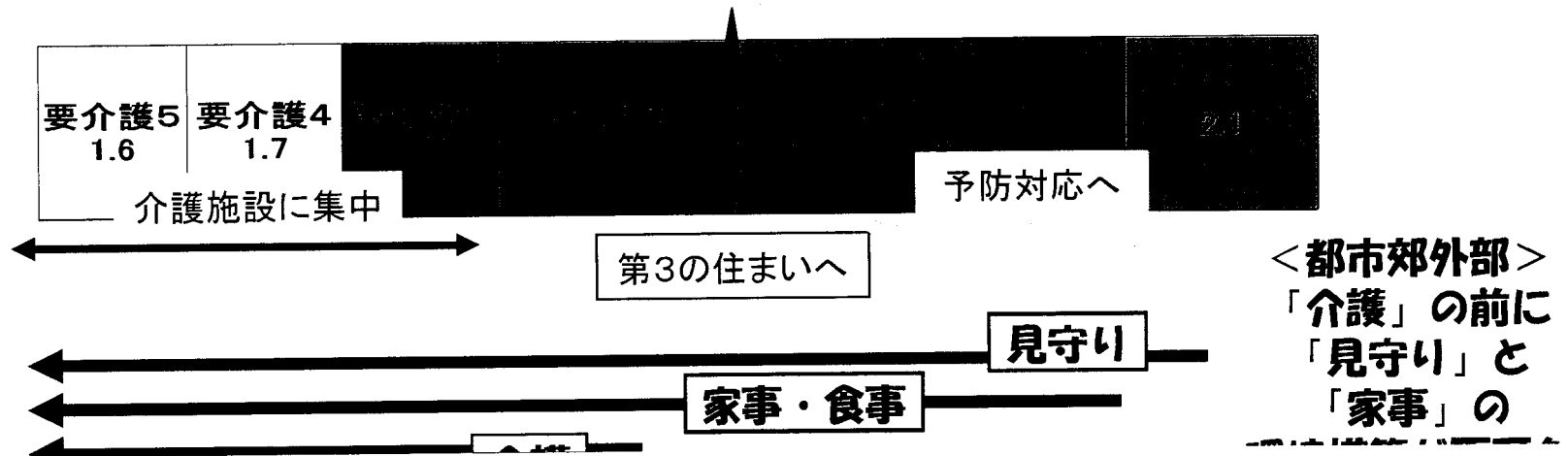
(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口、2003年12月推計」



(参考) 2006年見直し前の介護保険制度



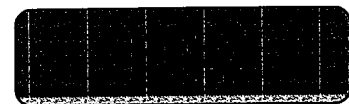
要介護認定者の割合 (65歳以上人口比 13.9%)
 当初予想を上回る認定数→財政圧迫→対象見直しへ





(参考) 2006年見直しの基本方針

2015年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて



高齢者の尊厳を支えるケアの確立

ケアモデルの転換

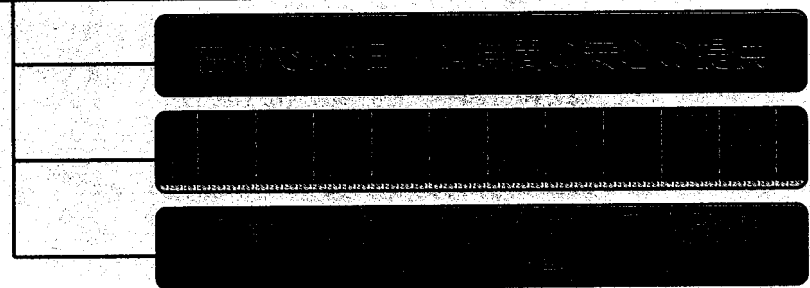
新しいサービス
体系の確立

その実現に向けて

活力ある高齢社会
づくりの基盤

新しいケアモデルの確立

生活の継続を維持するための新しい
介護サービス体系



地域包括ケア
システムの確立

サービスの質の確保と向上

介護予防・リハビリテーションの充実



高齢者のライフサイクルの再吟味

●引退期 ●老後期 + 要介護

子育て後は、30年ある

その30年は、3つの期間に分割できる

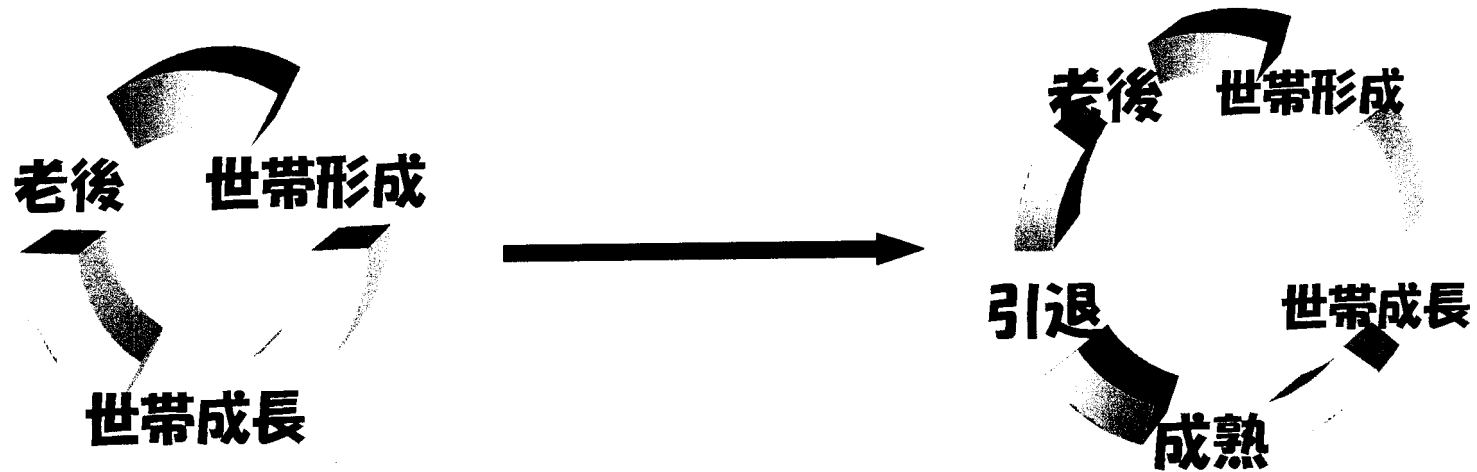
成熟期 約10年間：男性55～65歳程度

引退期 約10年間：男性65～75歳程度

老後期 約10年間：女性75～85歳程度→小さな老後

} 大きな老後

+ 要介護 老後期に含まれるごく僅か（2年程度）の期間



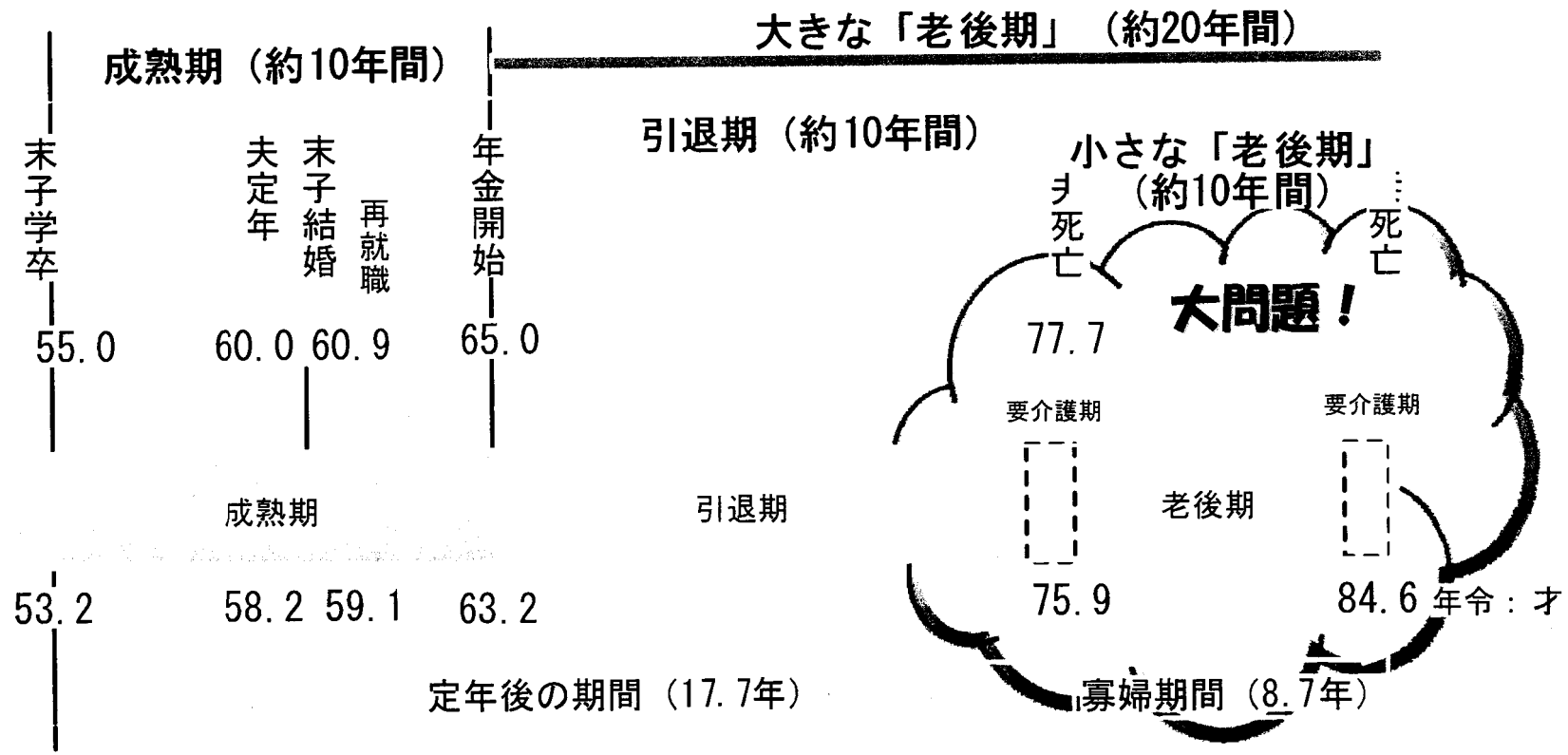
人生は3拍子から5拍子へ



大都市高齢者の老後の「大問題」とは 見守り困窮・家事困窮・介護困窮

女性 70歳以上(妻の虚弱化:家事困窮、夫の介護:介護困窮)

男性 75歳以上(単身化:見守り困窮、孤立困窮、経済困窮 虚弱化:家事困窮、介護困窮)

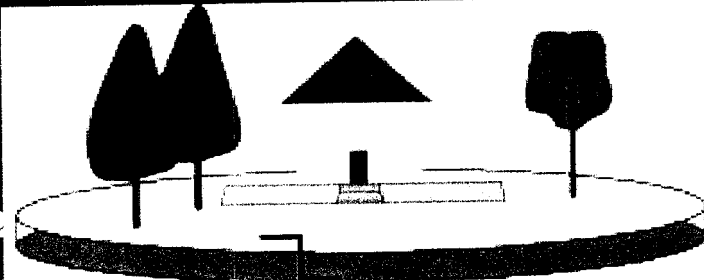




高齢者住宅の必要性

- 引退後期対応
- 老後期対応
- 要介護期対応

住宅地



引退期（後半）・老後期の住替え

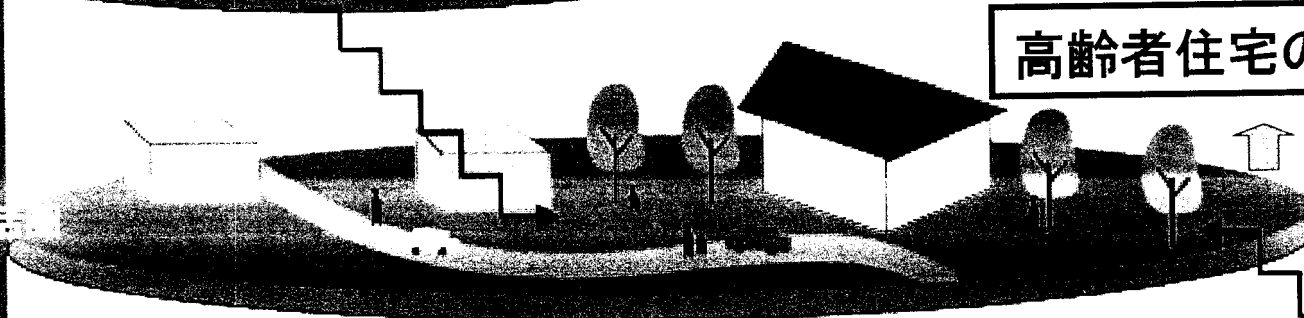
「早めの引越し」

不便で住みにくくなった所から、生活に便利な所へ



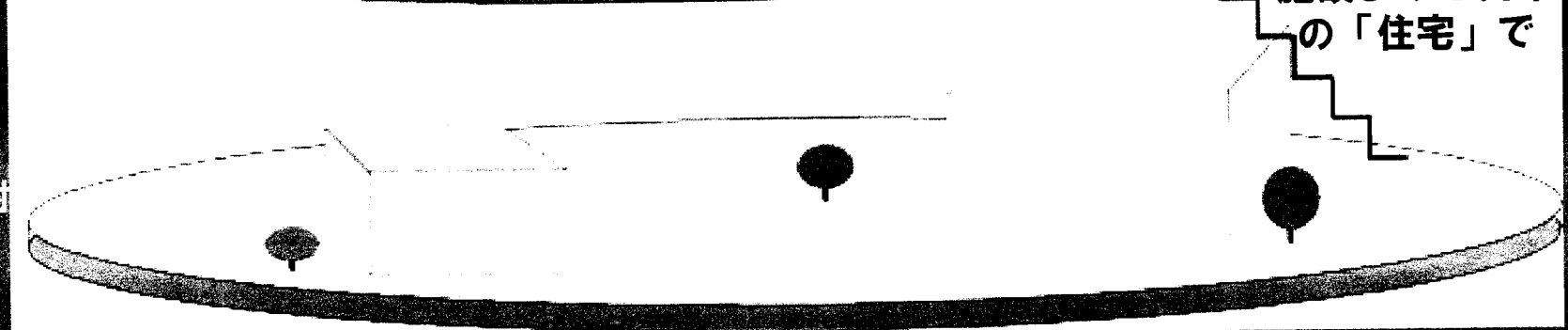
高齢者住宅の意義

日常生活圏



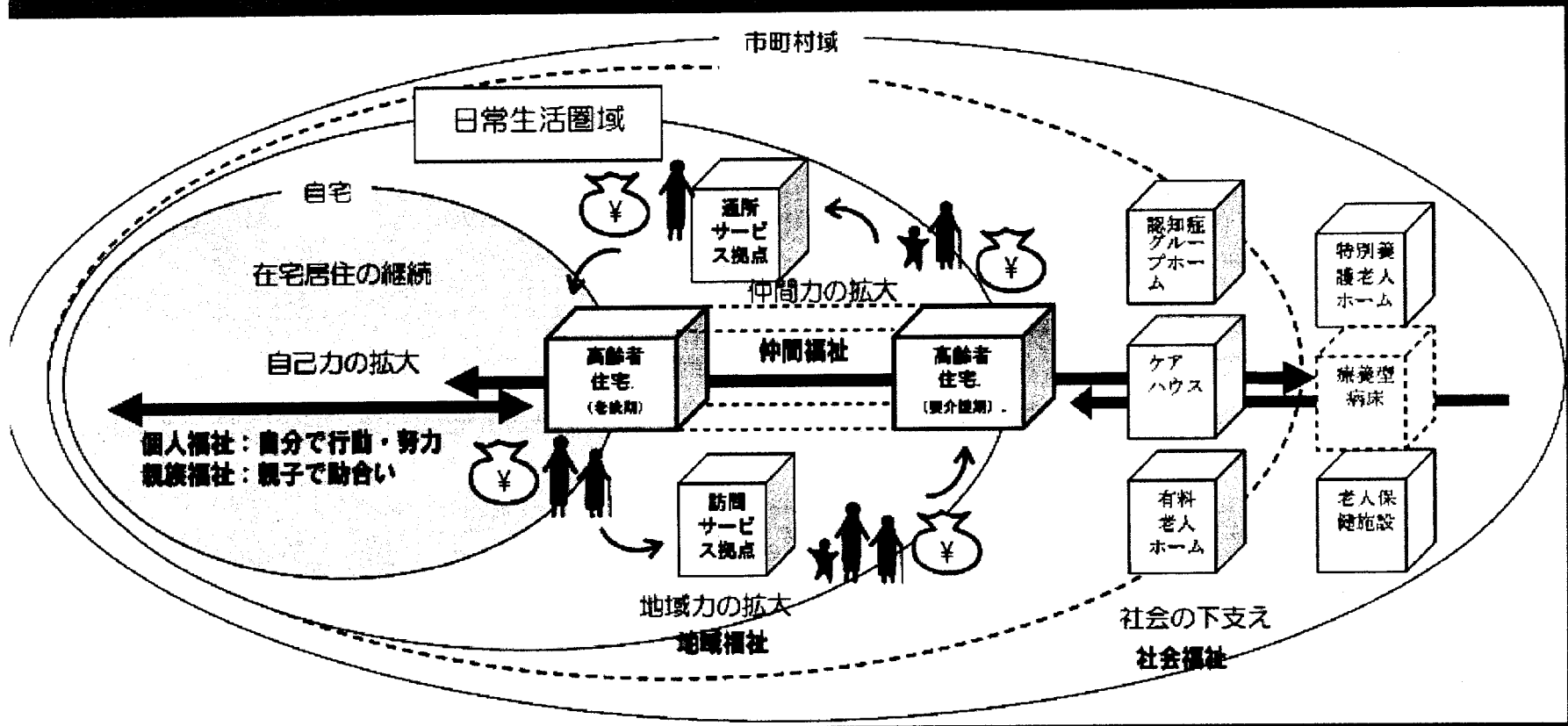
要介護期の「居住」の場合
人里離れた介護施設よりも街中の「住宅」で

市町村



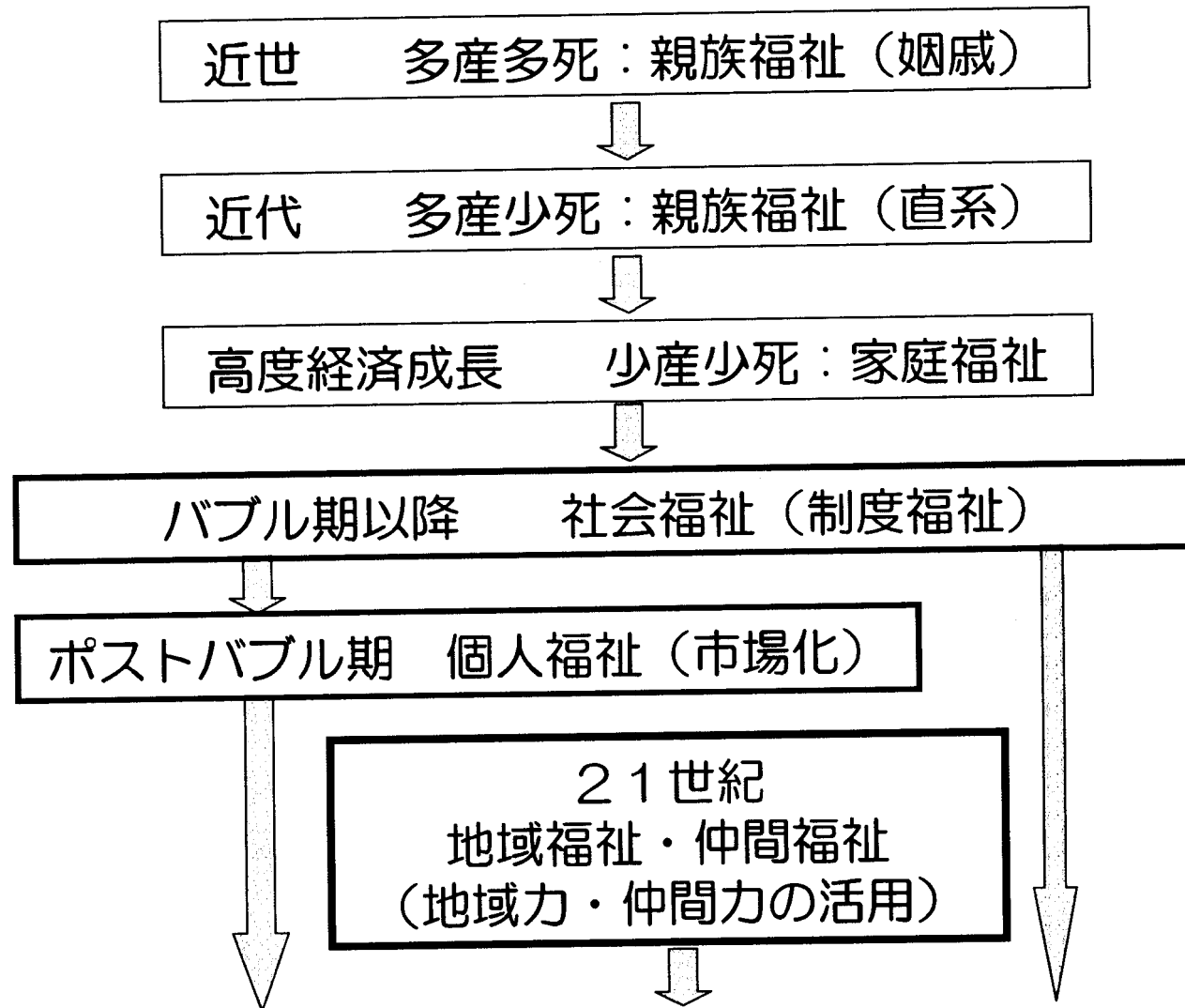
「福祉」の地域循環システム構築

自己力の拡大 / 社会力の下支え / 地域力・仲間力の拡大





(参考) 福祉の変遷

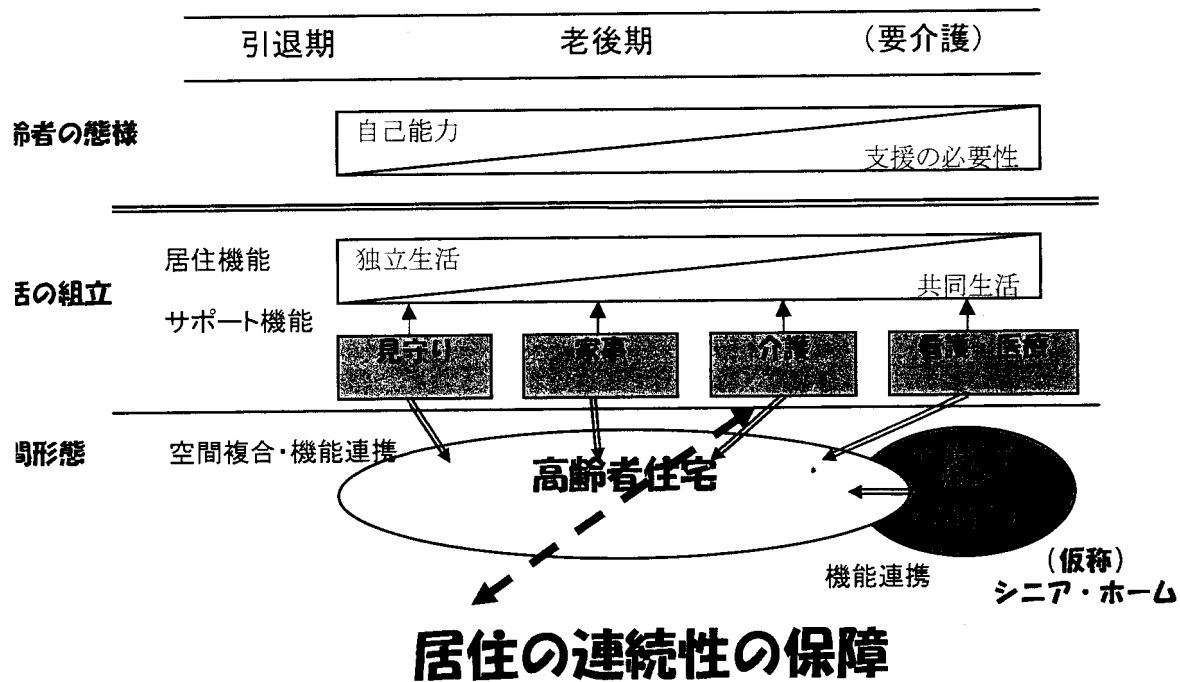




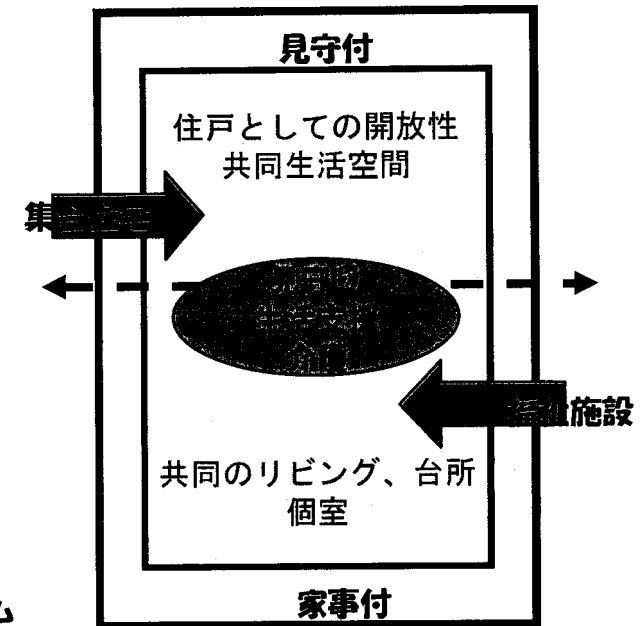
喫緊の課題：高齢者住宅の定型化

引退期後半：カップル（老々介護）→シニア・ハイツ
 老後期：シングル（主に女性）→シニア・リビング

要介護：コミュニケーション困難、自己決定困難→シニア・ホーム



(仮称) シニア・ハイツ

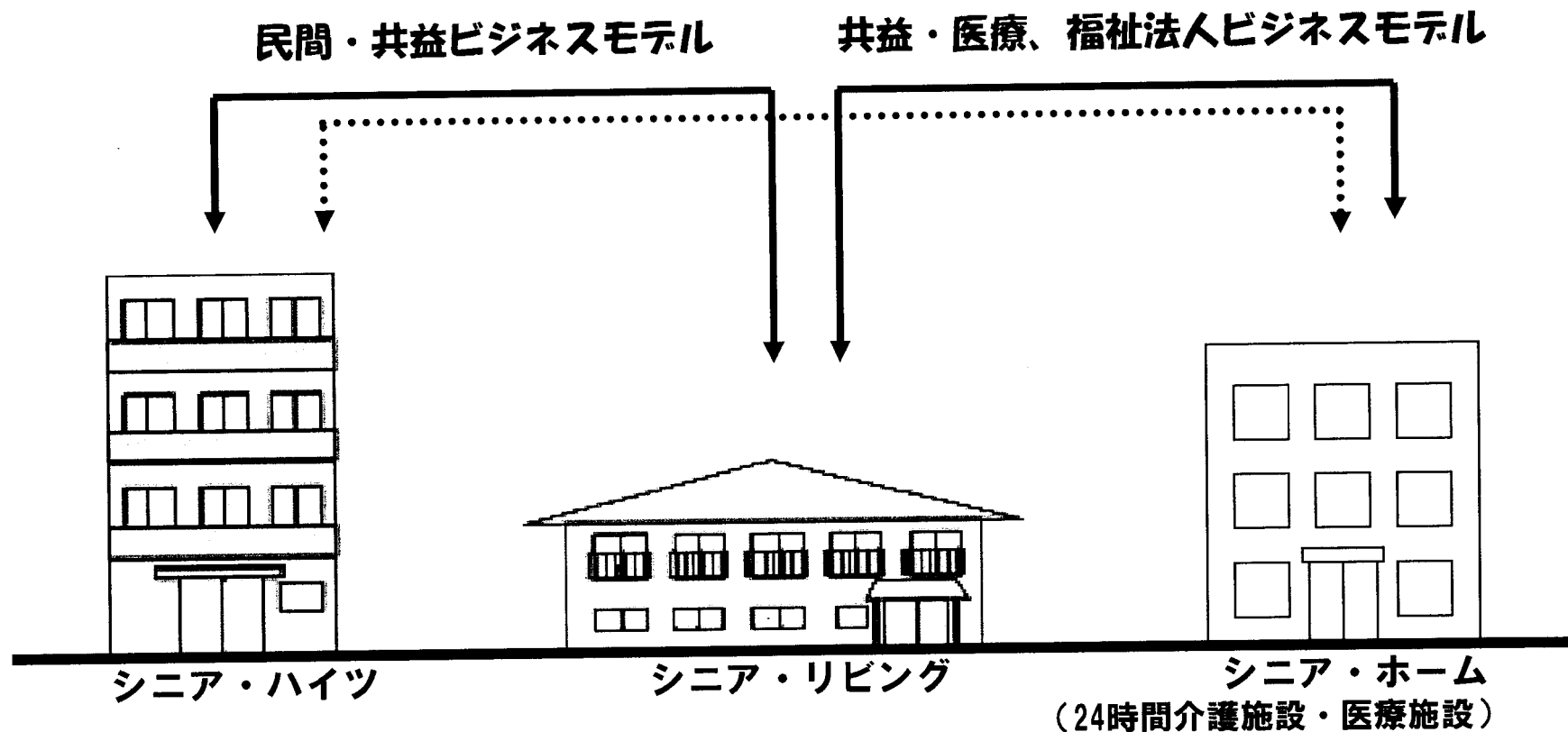


(仮称) シニア・リビング

2種類 + 1の「高齢者住宅」が必要



喫緊の課題：居住の連続性の保障とビジネスモデルの構築



共益型ビジネスの構築の必要性

理由：

- ・高齢者住宅の建設を担う主体の創造(都市市民の主体性の確立)
- ・介護施設の建設補助金の縮小



高齢者福祉の三原則

自分で決めること

自律性の最大限の尊重

高齢者は「大人」

持てる力を最大限引き出すこと

女性：家事力、コミュニティ力

男性：誇り、社会貢献

居住を不連続にしないこと

「箱」はかえても「環境」はかえない

「以前の居住」と「今の居住」に重なりがあること

高齢者住宅とは

高齢者が自ら居住の場を決定し、自らの持てる力を最大限生かして生活する場。そして、それは以前の生活居住に繋がっていること。



(参考) 2000年代介護保険の状況 善き制度すぎた「介護保険」

善過ぎたこと

介護の社会化⇒需要の掘起し ⇒過剰需要 ⇒総量規制
民活・市場化⇒事業意欲の喚起 ⇒過剰供給 ⇒ブロック化
(日常生活圏域)

根本的に間違えていたこと

市場化とは「民営化」 ⇒市場化とは「選択の自由」を保障すること
病院モデルの入所施設⇒住居モデルに(ユニットケア)⇒介護体制(1:3)はその
まま
介護中心⇒予防重視に⇒「予防」と「介護」は正反対のミッション

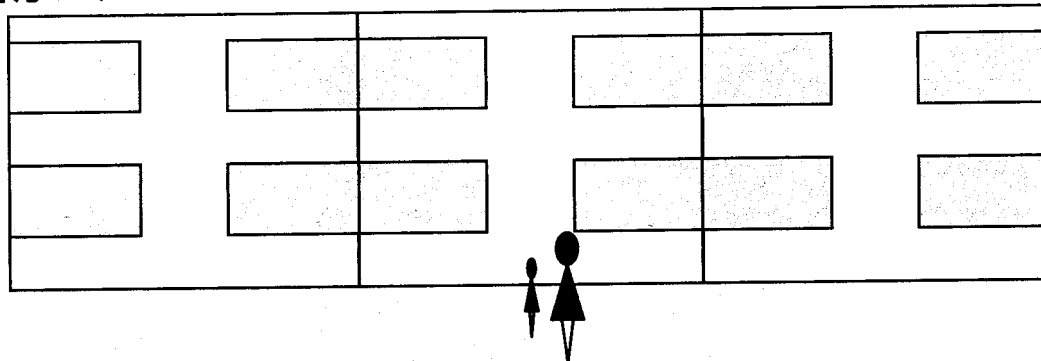
テクニカルな間違い

ケアマネージャーの独立性 ⇒微修正
全国一律料金 ⇒未着手
個人単位の保険と、建物単位の施設の組み合わせ ⇒複雑、混乱
(特に、特定施設入居者介護について)



(参考) 空間と介護体制による「生活の質」の保障

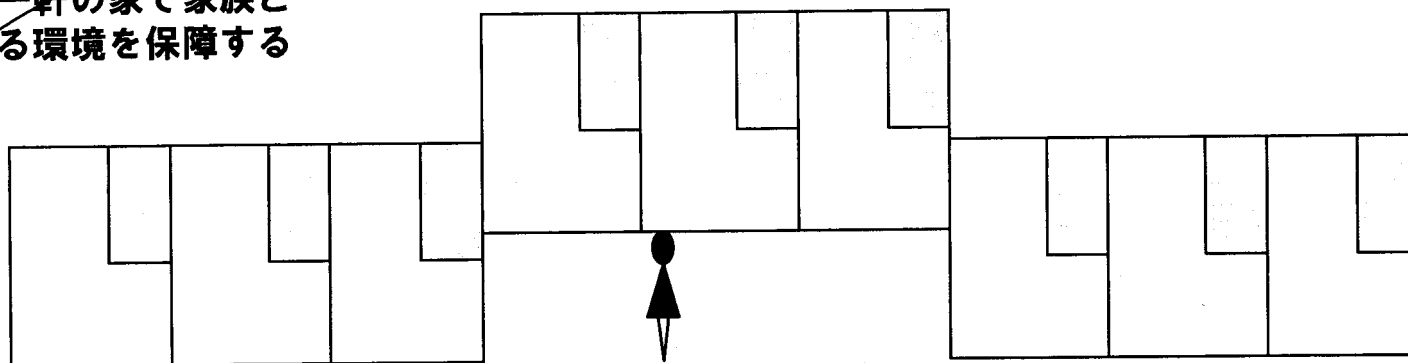
病院モデル



だから病院モデル(4床室)の方がよい
本末転倒!

ニットケアとは
house & life care
間と生活が一体となって
たかも一軒の家で家族と
に老いる環境を保障する

喫緊の課題：空間の質にあわせた介護体制の構築
「生活の質」の保障



介護体制が病院モデルの1:3(常勤換算)のママ

⇒労働が過重に⇒高離職

介護体制を住居モデルの1:2以下に

⇒人件費が過重に⇒低賃金化⇒高離職

住居モデル

大規模通所介護施設「減算」を考える

夢のみずうみ村 代表 藤原 茂

1. 施設の設立経過

平成12年11月 特定非営利活動法人 夢の湖舎 設立
 平成13年9月 夢のみずうみ村山口デイサービスセンター、夢の湖村居宅介護支援事業所 開設
 平成16年10月 株式会社 夢のみずうみ社 設立
 平成17年10月 夢のみずうみ村防府デイサービスセンター 開設
 平成18年12月 小規模多機能型居宅介護事業所夢ハウス仁井令 開設

2. 事業資金の捻出等

(1) 山口デイ

山口デイサービス開設資金 銀行借入金 9千4百万円
 平成15年増設時 銀行借入金 2億8千万円
 現在銀行借入金 3億5千万円 (平成20年3月31日現在)

(2) 防府デイ

防府デイサービス開設資金 銀行借入金4億3千万円
 株式会社資本金 (設立時 1,000万円、増資4回、現在 4,260万円)
 現在銀行借入金 4億6千万円 (平成20年3月31日現在)

3. 施設規模と定員増の経過

山口デイサービスセンター

定員 25名開設 (平成13年9月)	敷地面積 (16613 平米)	床面積 (253.18 平米)
定員 35名 (平成14年2月)		
定員 40名 (平成14年8月)	増設 敷地面積 (16613 平米)	床面積 (1152.68 平米)
定員 50名 (平成15年2月)		
定員 60名 (平成15年8月)		
定員 70名 (平成16年1月)		
定員 75名 (平成16年5月)		
定員 85名 (平成16年7月)		
定員100名 (平成16年10月)		
定員120名 (平成17年3月)		
定員100名 (平成19年7月)		

小規模デイ (15名) 通常規模デイ (100名) に変更
 定員115名 : 床面積、2981 平米、敷地面積16613 平米

防府デイサービスセンター

定員 40名開設 (平成17年10月)	敷地面積 (3141 平米)	床面積 (2435 平米)
定員 50名 (平成17年11月)		
定員 60名 (平成18年1月)		
定員 70名 (平成18年7月)		
定員 80名 (平成18年12月)		

定員 90名 (平成 19 年 6 月)
 定員 100名 (平成 20 年 1 月)
 定員 110名 (平成 20 年 9 月)

4. 利用者通所エリア (市町村)

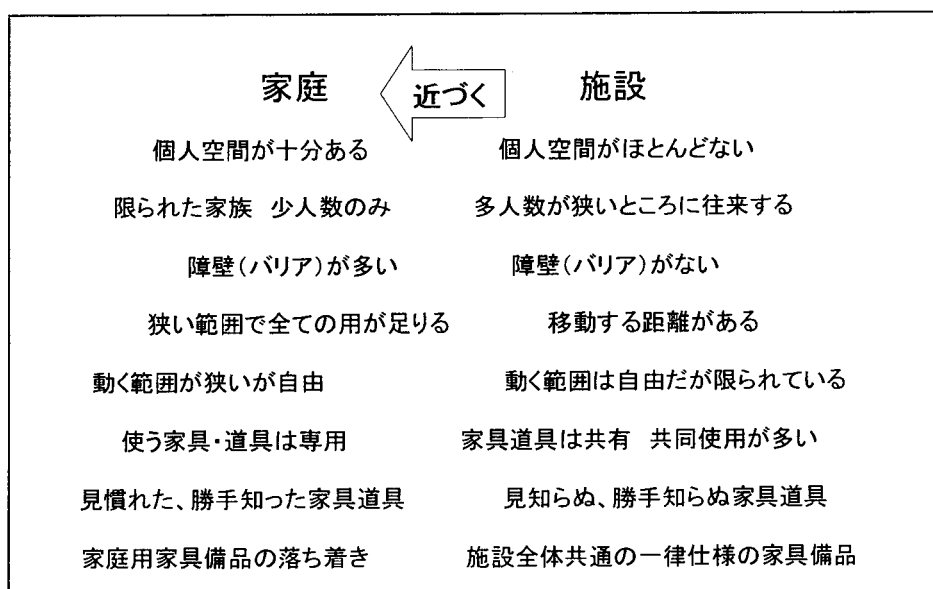
山口デイサービスセンター 山口市、防府市、萩市、長門市、下関市、美祢市、山陽小野田市、阿東町
 防府デイサービスセンター 防府市、山口市、周南市、宇部市

5. 職員採用と離職の経過

	雇 用				離 職			
	看護	介護	事務	給食	看護	介護	事務	給食
山口デイ								
13年度	1名	8名	0名	1名	0名	0名	0名	0名
14年度	0名	3名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
15年度	2名	4名	1名	3名	0名	0名	0名	2名
16年度	0名	11名	0名	0名	0名	2名	0名	0名
17年度	1名	10名	1名	0名	1名	9名	0名	1名
18年度	1名	5名	0名	2名	0名	2名	1名	1名
19年度	0名	5名	2名	2名	1名	1名	0名	0名
20年度	2名	5名	0名	0名	2名	4名	1名	0名
防府デイ								
17年度	4名	9名	2名	4名	3名	0名	0名	0名
18年度	4名	10名	2名	2名	2名	3名	0名	1名
19年度	1名	11名	1名	2名	1名	2名	1名	2名
20年度	0名	12名	0名	0名	1名	7名	0名	0名

6. プログラム運営方式

(1) 緊張を生まない環境づくり (家庭仕様)



(2) 社会で暮らすために、バリアありのすすめ

重要事項説明書・個人情報共有の同意書

特 記 事 項	<p>夢のみずうみ村には、以下のような障壁（バリアー）があります。 <u>階段・狭い通路などによる転倒の危険、火・機械・道具を使う危険等</u></p> <p>ご家庭において遭遇される可能性のある、これらの危険性を克服するための方法を体験・学習して頂くことをねらって、障壁（バリアー）アリーの環境設置をしています。</p> <p>不幸にして事故が発生した場合は、以下の損害賠償責任保険等を適応させて頂こうと考えております。</p> <p>なお、当施設では以下のとおりの賠償責任保険に加入しています。</p>
	<p>・保険名：損害保険ジャパン 住宅サービス事業者賠償責任保険 ウォームハート</p> <p>・補償内容：身体・財物共通 1 事故限度額 1 億円 管理財物 1 事故限度額 1 5 0 万円 内現金等 1 5 万円</p>

7. 自己選択・自己決定方式のプログラム

<p><重度の方></p> <p>マンネリ is best</p> <p>いつもの場所 施設全体の予定で動く 決まったいつものメニュー いつものなじみメンバー いつもどおりのやり方</p>	<p><中度・軽度の方></p> <p>自己選択・自己決定方式</p> <p>好みの場所 不特定の場所 個々に自分で予定を立てる 好きなメニュー いろいろな人と関わる 自己流のやり方でいい</p>
---	---

8. 「宅配ビリテーション」で 家族を巻き込み元気に暮らす

- ・ 自信のお持ち帰り（施設でできた、家庭でも「できそう）」
- ・ 新しい生活技能お持ち帰り（爪きり・洗体・移動・電化製品使用法・パソコン操作など）
- ・ 家庭で使う「もの」お持ち帰り（陶器・ガラス細工・パン・苗など）

9. デイサービスにおける評価の実施

“心身機能（精神運動機能）”で評価する

(1) 興味関心度

どういうことに「意思」が働く（関心がある）かを評価する

< プログラムの自己選択結果の経過を追う >

* MILKの4つの視点から評価（選択プログラムの合計値を拾う）

* MILKの分布状況が「興味関心度」

M（身体運動への関心）

I（知的興味、精神運動への関心）

L（自身の健康状態への関心）

K（注意力・持続力への関心）

(2) 自己選択度

自主性・積極性の程度を評価する

自己選択自己決定評価（第三者評価）	
もっとも観察できる状態で評価します	
自己選択度	自己決定度
<p>評価点</p> <p>3 自分で可</p> <p>2 指示・援助を受ければ自分で決定</p> <p>1 第三者の決定に依存</p>	<p>評価点</p> <p>5 自力で活動している（必要な支援等を自ら依頼できる）</p> <p>4 見守り・声掛けの支援があれば自力で活動している</p> <p>3 わずかの直接介助を得て活動している</p> <p>2 相当の直接介助を得て活動している</p> <p>1 安静にすることが主体、全介助ですごす</p>

* カンファレンスで 個別に スタッフ全員が協議して決定します

(3) 活動遂行度

選択したプログラムをどの程度自立して実施できるかを評価

(4) プログラム選択量

1日活動予定のMILK量を指標化する

(5) プログラム実施量

1日の活動で実施したMILK量を指標化する

(6) 介助状況

デイサービスでの活動項目別にどの程度の介助を要するかを評価する（している活動表）

安心と希望の介護ビジョン 在宅緩和ケアの視点から

ケアタウン小平クリニック
山崎章郎

WHOの緩和ケアの定義(2002年)

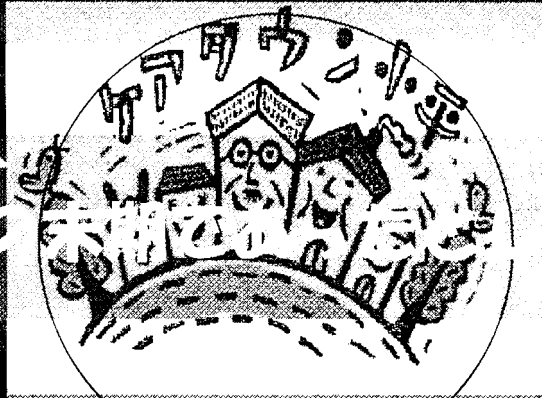
「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な・魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティーオブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである。」

ホスピスで学んだこと

- 症状コントロールの大切さ(WHO方式など)
- インフォームド・コンセントの大切さ
- チームケアの大切さ
- ボランティアとの協働
- 生きる意味を見失ってしまった人びとへのケアの大切さ(スピリチュアルケアの大切さ)
- 在宅ケアの大切さ
- 施設ホスピスの限界
- 在宅ケアの問題

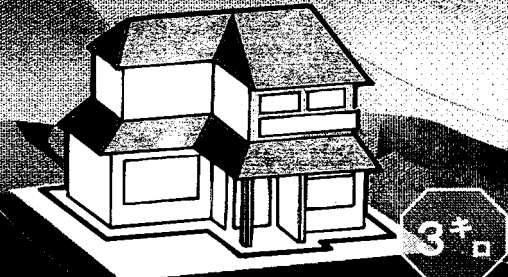
安心して暮らせるコミュニティ コミュニティケア

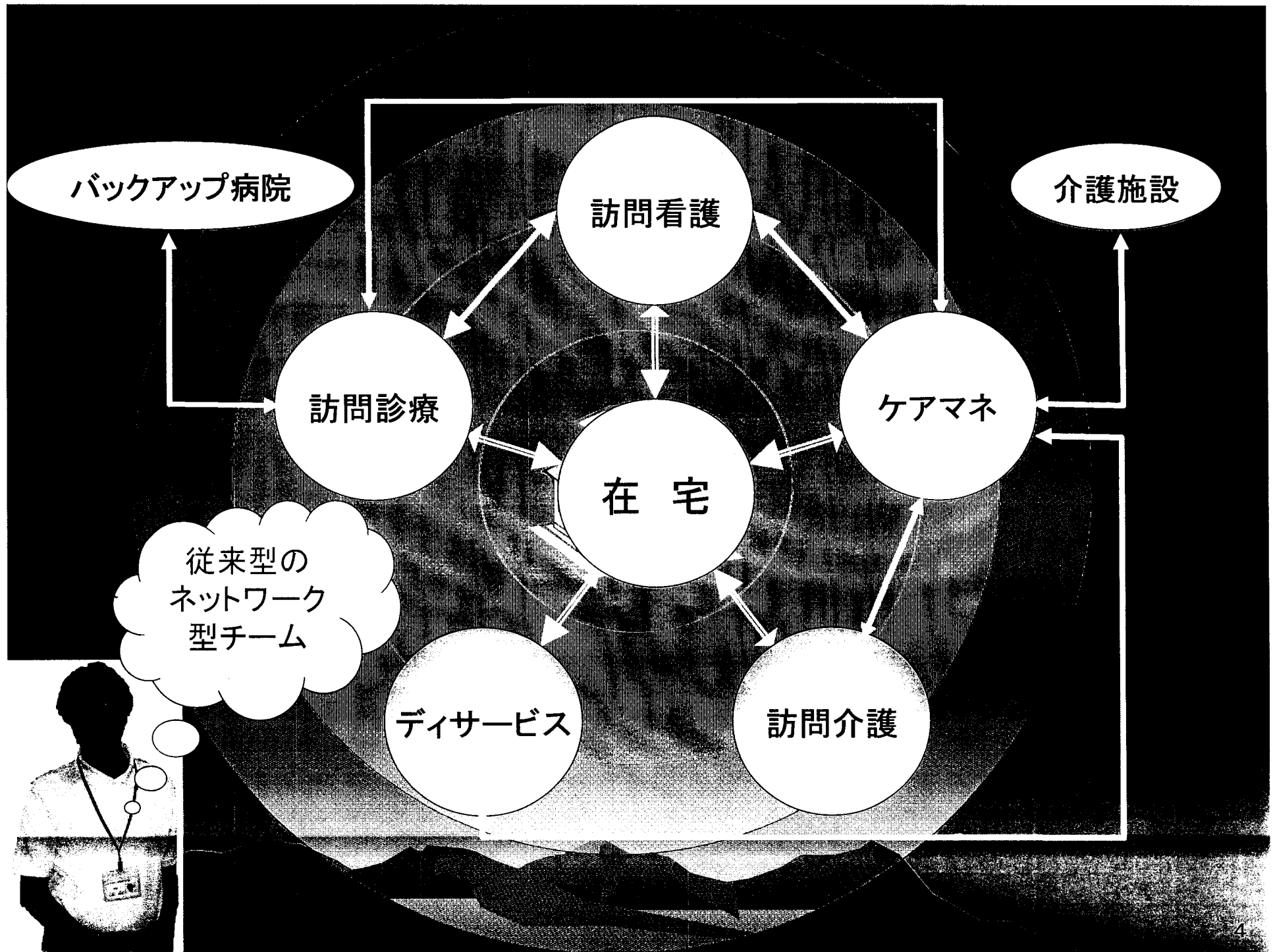
最期まで住みたいコミュニティ



たとえガンの末期でも、

最期まで、~~あなたらしさをまもり~~あなたらしさをまもりコミュニティのなかで
尊厳と自立（自律）をもって暮らせることを
保証するコミュニティである。





バックアップ病院

介護施設

ケアマネ

訪問診療
(24h)

デイ
サービス

情報

訪問看護
(24h)

訪問介護

ケアタウン
小平型
チーム

在宅



組織として見た
ケアタウン小平
での連携 各事業のつながり

NPO法人コミュニティケアリンク東京

2階3階賃貸ワンルーム
いっぷく荘 (21戸)

(有)暁記念交流基金
(土地建物などの
資産管理・運用)

デイサービス
訪問看護
ステーション

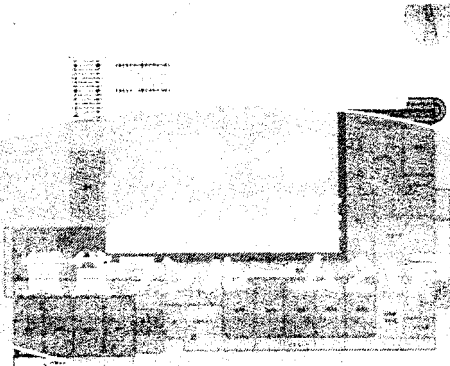
ボランティア
育成
豊かな
庭づくり
子育て支援
配食・緩和
ケア・文化
スポーツ

ケアタウン小平
クリニック
(在宅療養
支援診療所)

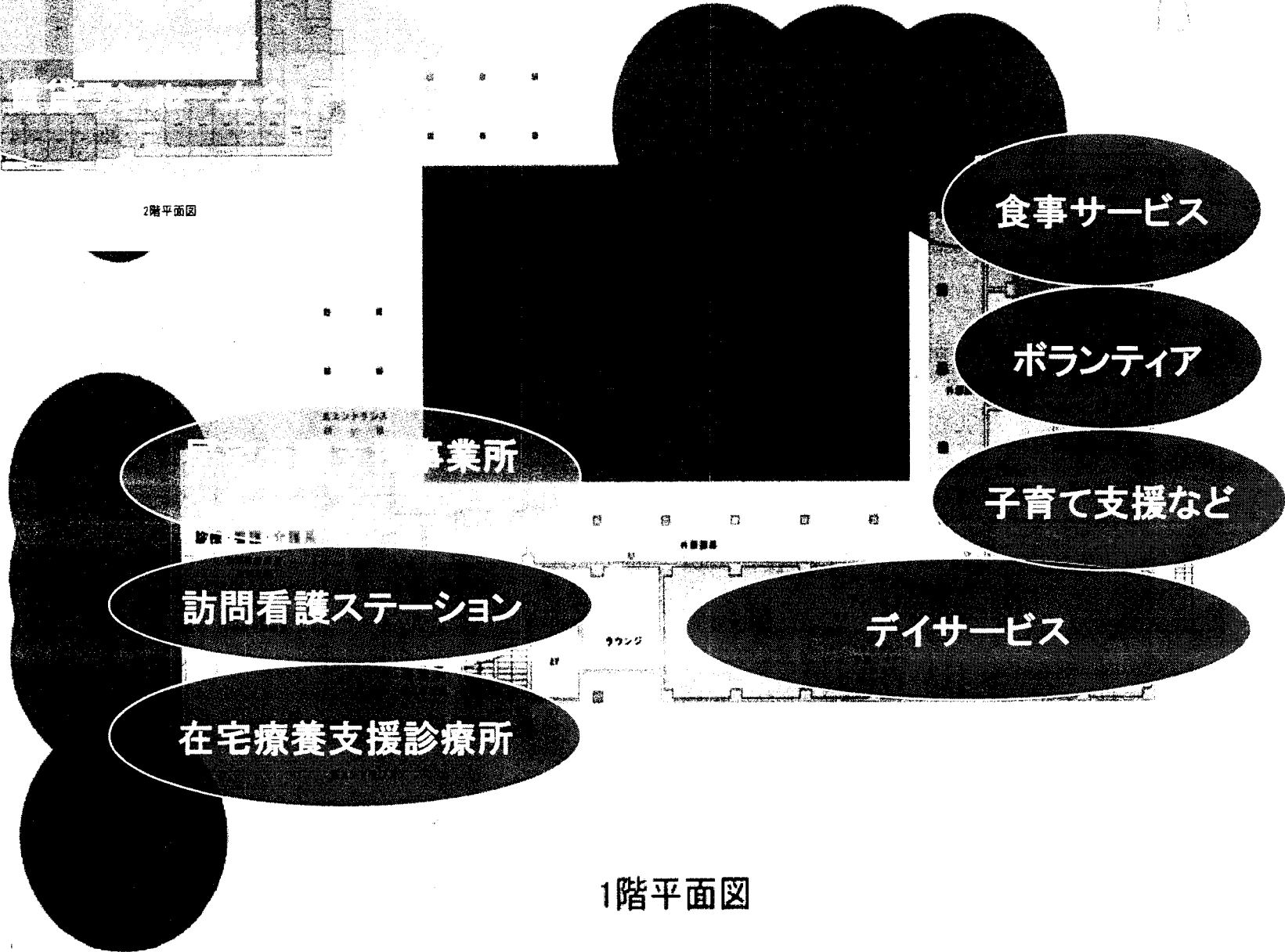
(株)クロスケア
居宅介護
支援事業所
ヘルパー
ステーション

ケアタウン小平の特徴

- ・運営主体の違う、既存事業体が一ヶ所に集約したチーム。
- ・税金の補助や助成を受けていない。
- ・NPO法人が中核事業体
 - 1:NPO法人理事は無償ボランティア。
 - 2:現場の収入は現場に返す。
 - 3:寄付は地域ケアと現場環境の向上に。
 - 4:ボランティアとの協働が要。



2階平面図



1階平面図

食事サービス

ボランティア

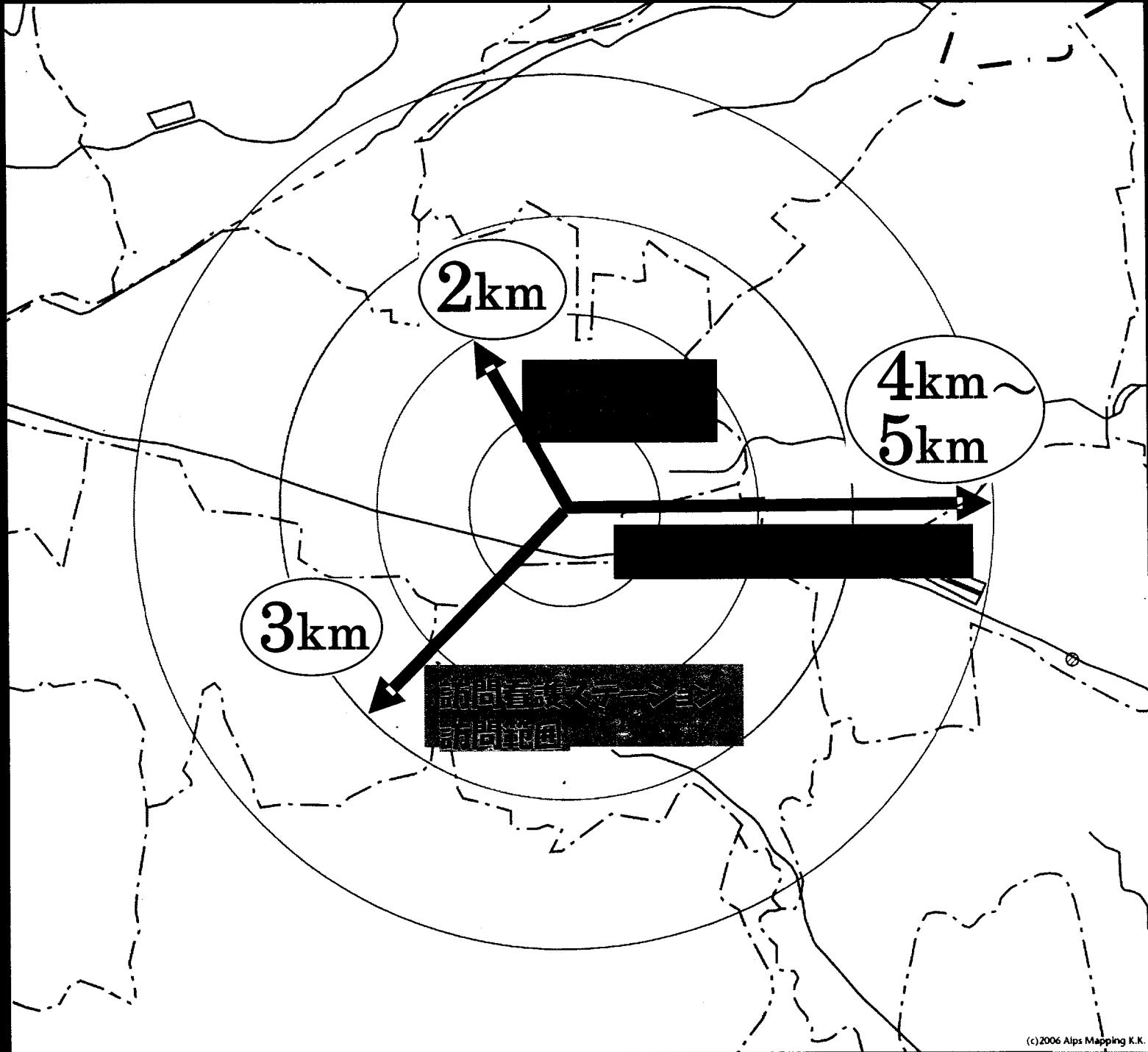
子育て支援など

デイサービス

訪問看護ステーション

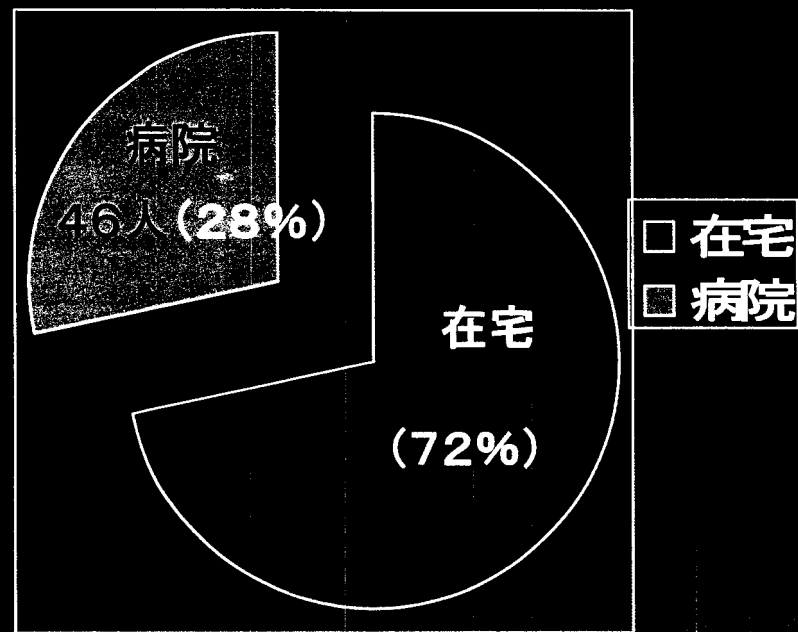
在宅療養支援診療所

事業所

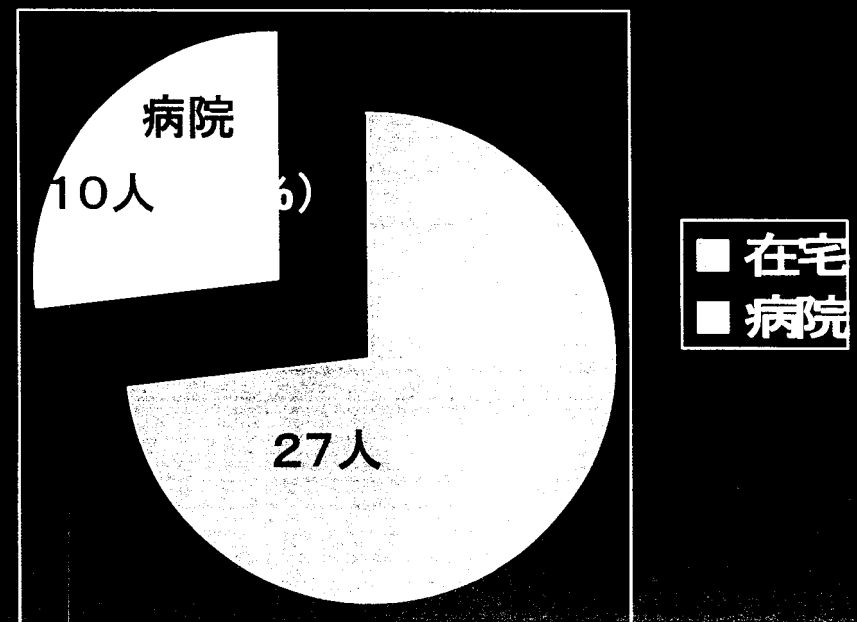


死亡患者 死亡場所 内訳

がん患者 162人中

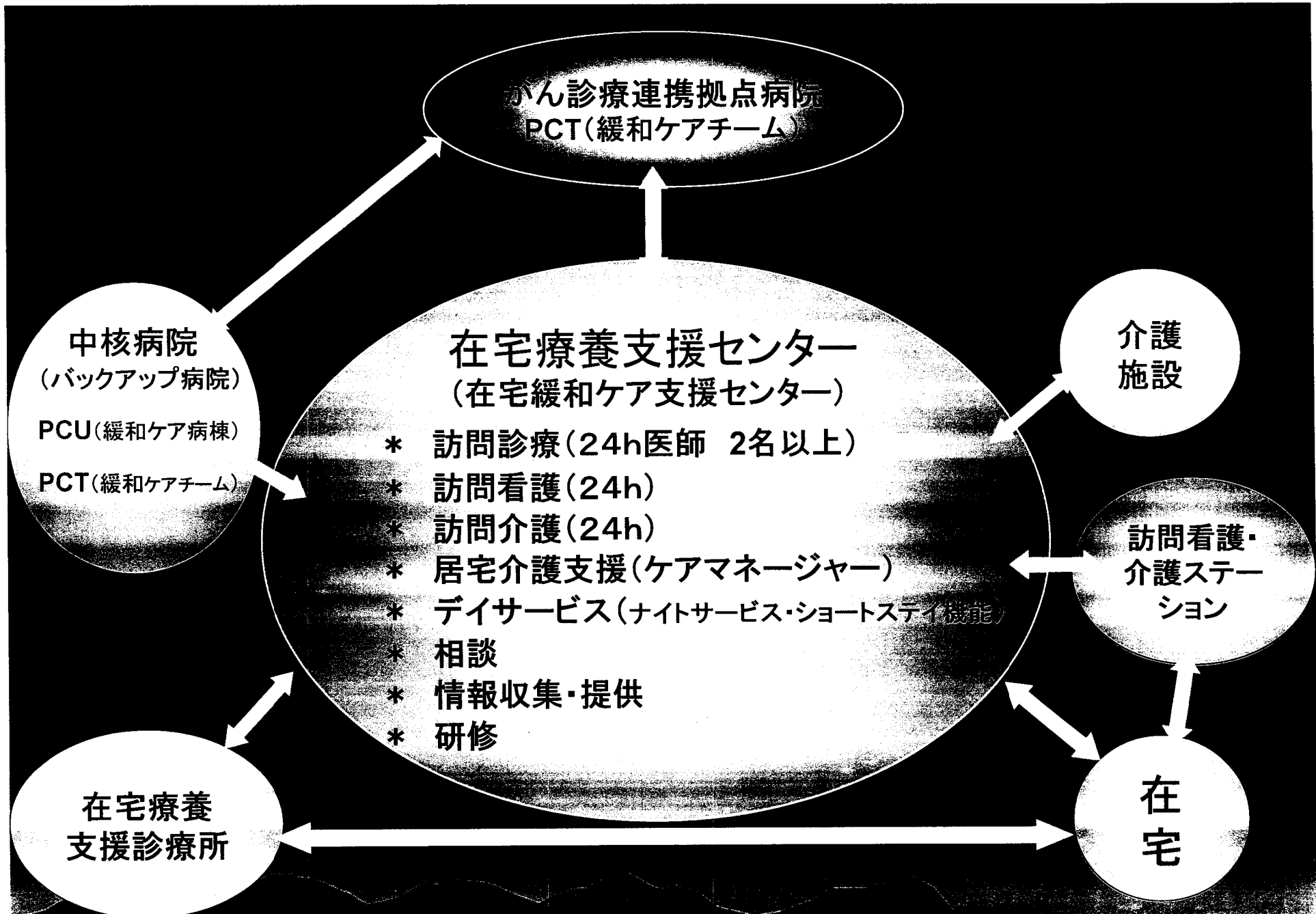


非がん患者 37人中



2005,10~2008.04

ケアタウン小平クリニック



地域在宅ケア(緩和ケア)ネットワーク

- このようなケアタウン小平の医療・介護システムと共に私たちNPO法人コミュニティケアリンク東京は現在下記のような活動を行っております。

豊かな庭づくり事業

地域のボランティア
育成事業

文化・スポーツ倶楽部事業
アロマセラピーなど

子育て及び子供の教育
に関する相談支援事業

食事サービス事業

各種セミナー及び講演会、
地域交流などの企画、運営事業

今後議論を深めていく必要がある事項

～はじめに～

- 高齢者やその家族（利用者）にとっての「安心」や「希望」とは、介護が必要な状態になっても、質の高い介護サービスが利用でき、また、尊厳をもって自立した生活を送れることである。
- 介護従事者（提供者）にとっての「安心」や「希望」とは、多職種協同の中で適切な介護が提供でき、また、自らの仕事に誇りを持てるような魅力ある環境（専門性の向上等）の中で、介護の仕事だけで生活設計が可能であることである。
- このような観点から、将来の介護の在るべき姿（ビジョン）について、「利用者の視点」、「提供者の視点」、「地域の視点」から、特に議論を深めていく必要があると考えられる事項を、以下のとおり抽出する。

～今後議論を深めていく必要がある事項～

1. 地域での生活を支えるための仕組みづくり

- ① 24時間安心して訪問介護・訪問看護を受けることができる仕組みづくりなど、介護サービスが必要な方が、「いつでも」「どこでも」サービスを受けることができる環境整備を進める方を検討する必要があるのではないか。
- ② 医療関係者と介護関係者が連携し、地域ケアを推進するための場（会議）の創設、介護の現場で医療行為を円滑に実施することができるような資格の在り方の検討など、医療と介護の連携を強化する仕組みを検討する必要があるのではないか。
- ③ 認知症ケア体制の構築に係るモデル地域の選定、認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組の推進など、医療と介護が連携し、認知症高齢者を地域で支えるための取組を進める方を検討する必要があるのではないか。
- ④ 都市部と地方など地域の特性に応じて、高齢者の住まいの在り方、介護サービスの効果的な整備の在り方などを検討する必要があるのではないか。

- ⑤ 要介護の悪化を予防し、機能回復を促すためのリハビリテーションの意義を在宅、施設を問わず、より積極的に評価し、活用を促すための方策を検討する必要があるのではないか。

2. 介護従事者の処遇改善等

- ① 介護の仕事に従事していない有資格者の掘り起こしや、介護未経験者の積極的活用、介護従事者が継続的に働くことができるような勤務環境の整備など、需要の増加に見合うだけの介護従事者の確保を図るための方策を検討する必要があるのではないか。
- ② 介護従事者の処遇改善に資するような介護報酬の設定、介護従事者の処遇改善に積極的に取り組む事業者への支援、キャリアパスの確立など、介護従事者の処遇を改善し、介護従事者が誇りを持って働けるような環境整備を進める方策を検討する必要があるのではないか。
- ③ 経済連携協定（EPA）に基づき、新たに日本の介護施設で働くことになる外国人が、日本の介護従事者と一緒に、誇りを持って働けるような環境整備を進める方策を検討する必要があるのではないか。

3. 地域力の向上

- ① 住民の主体的参画による共助の活動が、高齢者の地域での生活を支える柱の一つであることを評価し、地域の高齢者を支えるための「介護サポーター」の養成など、地域全体で高齢者を支えていくための環境整備をより一層進める方策を検討する必要があるのではないか。
- ② 地域包括支援センターが、地域の「中核的な相談所」としての役割をより一層果たせるよう、地域包括支援センターの機能強化を図るための方策を検討する必要があるのではないか。

4. その他