

# 都市型地域包括システムの設計の コンセプトについて

兵庫県立大学大学院経営研究科

筒井孝子

# 目次

1.都市型地域包括システムの設計のコンセプト

2.高齢期の居住空間整備のあり方

3.医療機関における患者スクリーニングの必要性

4.認知症施策の展開

5.初等教育からの疾病の理解とセルフマネジメント

# 地域包括ケアシステム構築に向けた留意点

測定を行うことでしか改善は望めない。

- 評価を行うことで、自分の立ち位置を知る

地域住民への視点は、地域包括ケアシステムの組織化をはかるための根底である。

- 地域住民のニーズ、地域資源の把握は、重要。

1種類の地域包括ケアシステムへの取り組みのみでは全てに対応できない。

- いくつかのテーマに取り組むことが必要。

地域包括ケアシステムは、高齢者のケアを改善するための方策と考える。

- Integration(統合)を手掛かりに、政策を考える。

# 1.都市型地域包括システムの設計のコンセプト

# 高齢化による疾病パターンの変化

- わずか半世紀で人口構成が急激に変化。
- 複数の慢性疾患を抱えながら生活するものが顕著に増加した。



- 慢性疾患が要求するものは、エピソード由来の、短期的な介入に特徴づけられる急性期状態にある者に対するケアではなく、長期的な、普遍的な、かつ継続的なケアニーズである。



ケアニーズのパラダイムシフト

# 地域包括ケアシステムとintegrated care

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト: Community based care (地域を基盤としたケア)とintegrated care (統合型のケア)がある。

近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。しかしながら、この両者を同時に試みている国は少なく、その一つであるオランダにおいては、地域包括ケアは神話か必須のもの<sup>1)</sup>か、あるいはバベルの塔をたてる試み<sup>2)</sup>かという議論がなされている。

## Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。さらに、これは地域における信仰や好みや価値観などに合わせて構築することができ、それは一定レベルの「地域参加」によって保障されている。

## Integrated care

- Integrated careには、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるといった目的を持つ体制であると定義づけができる。

1) T. Plochg, NS. Klanzinga: Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002

2) T. Plochg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care. 6, e21: 2006

# 地域包括ケアシステム構築に際しての課題

他でうまくいった事例の方式を他の地域に導入する上での課題

## ①人と金の問題

専門職のマンパワー、特に医師やリハビリスタッフの確保が甚だ困難で、人材確保に必要な人件費などの財源調達も大きな課題となっている

## ②保健・医療・福祉(介護)の親密な連携をどう構築するかという問題

## ③首長や議会の理解とやる気をどう引き出すかという難問

## ④地域住民の理解と協力をどう確保するかという難題

## ⑤地域包括ケアを実践する上で中心となる拠点がその地域に存在するかという問題



簡単には解決できない困難な問題であり、地域包括ケアが全国的に広く普及することを妨げている原因

# 地域包括ケアシステム構築のための テーマ設定と方法論の選択

## 1. ケア提供システム

のデザインをどのように考えるか

## 2. サービスの内容

をどのように考えるか

## 3. システムにおけるマネジメント機能

をどのように考えるか

これは、高齢者を対象とする「ケア提供システムの構造化」を  
どのように図るかと同じことと言える。

## 1. 整備すべきケア提供システムのテーマの検討

Ex. 認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア

プロセス全体に関わる内容として……

○自治体で優先的に取り組むビジョン・ミッションを決める。

## 2. ケア提供システムに必要なサービス内容を検討

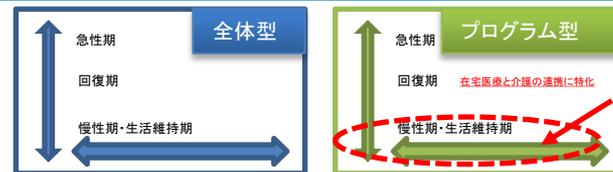
サービス検討のフレームワーク

期間はどのくらいか	短期	長期
専門性を必要とするか	専門的	非専門的(一般的)
個別性が必要か	個別的	普遍的

○どの予算で(市町村独自事業(税)、給付(保険)等)、誰が、どのような方法で、サービスを提供するかを決める。

## 3. ケア提供システムをどのように整備するか

○自治体全体で取り組むか、医療(医師会、医療法人)、介護福祉(事業者、社会福祉法人)等、特定の分野を中心とするプログラムにするかを決める。



組織的統合

## 4. サービス提供をどのように行うか(マネジメントをどのようにするか)

○マネジメントを行う人材を配置するか、ケアチームによるマネジメント体制を整備するかを決める。

臨床的統合

## 2.高齡期の居住空間整備のあり方

# 都市型地域包括ケアシステムを目指す理由

地方都市が抱える医療・介護問題の多くが拡散型都市構造に起因し、その流れに歯止めをかけ、医療・介護機能の集約型都市構造(=都市型地域包括ケアシステム)につくり変えることが解決策であると考えられているから

## 拡散型都市構造の弊害

1. 生活利便性の低下
2. 公共サービスの低下、都市経営コストの増大
3. 生活空間としての魅力の喪失
4. 環境負荷の増大

## 都市型地域包括ケアシステムのための施策

- ◆ 中心市街地の医療・介護を活性化する。中心市街地への医療・介護サービスを回復させる。
- ◆ 行政機関や病院、施設などを中心市街地に立地させる。
- ◆ 郊外の道路等インフラ整備計画を見直すとともに、土地利用規制を強化し、新たな宅地開発等を抑制する。

- 都市型地域包括ケアシステム概念や目指す理由は明確だが、都市規模や人口密度についての定量的なイメージは定まっていない
- 都市型地域包括ケアシステムの議論が都道府県や広域ブロックレベル、全国レベルでなされていない

# 空家の状況（全国と東京都）

全国5769万戸のうち、75万戸の空家が東京都にある。

都道府県別空き家率（二次的住宅を除く）（平成20年，25年）

空家率の高い都道府県

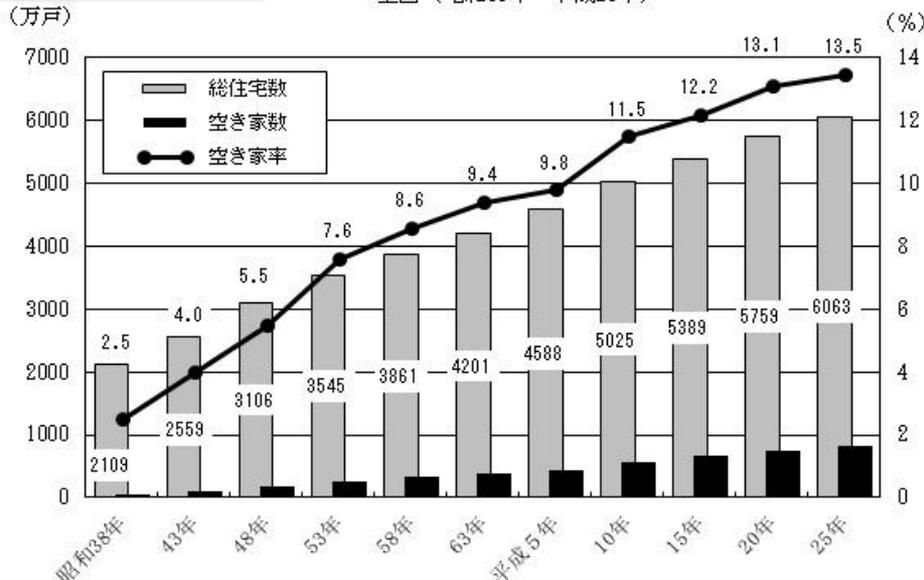
		平成25年	平成20年
1	山梨県	17.2%	16.2%
2	愛媛県	16.9%	14.5%
3	高知県	16.8%	15.7%
4	徳島県	16.6%	14.9%
5	香川県	16.6%	15.1%
6	鹿児島県	16.5%	14.8%
7	和歌山県	16.5%	16.5%
8	山口県	15.6%	14.6%
9	岡山県	15.4%	14.2%
10	広島県	15.3%	13.7%

空家率の低い都道府県

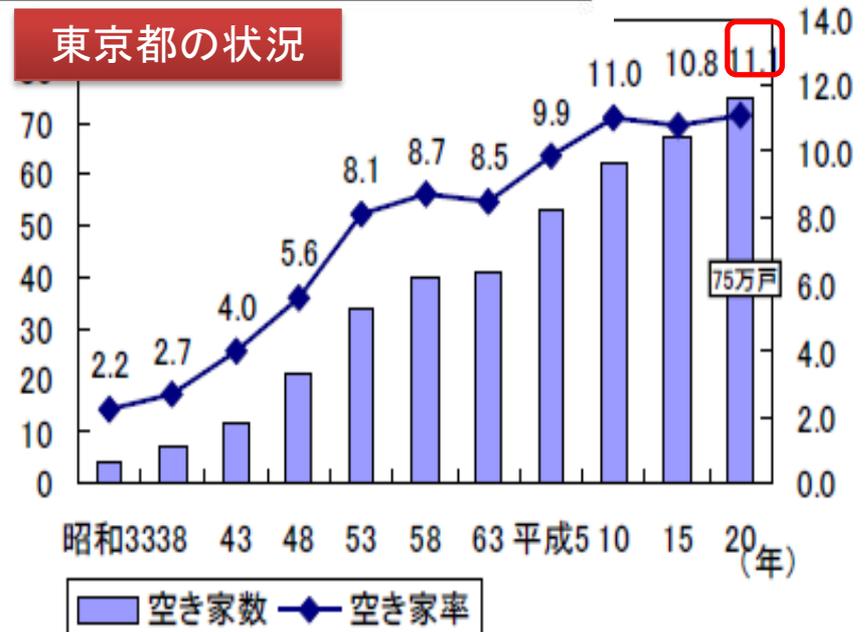
		平成25年	平成20年
1	宮城県	9.1%	13.2%
2	沖縄県	9.8%	9.8%
3	山形県	10.1%	10.6%
4	埼玉県	10.6%	10.3%
5	神奈川県	10.6%	10.0%
6	東京都	10.9%	10.8%
7	福島県	11.0%	12.4%
8	滋賀県	11.6%	11.6%
9	千葉県	11.9%	12.0%
10	愛知県	12.0%	10.7%

## 全国の状況

総住宅数、空き家数及び空き家率の推移  
—全国（昭和38年～平成25年）



## 東京都の状況

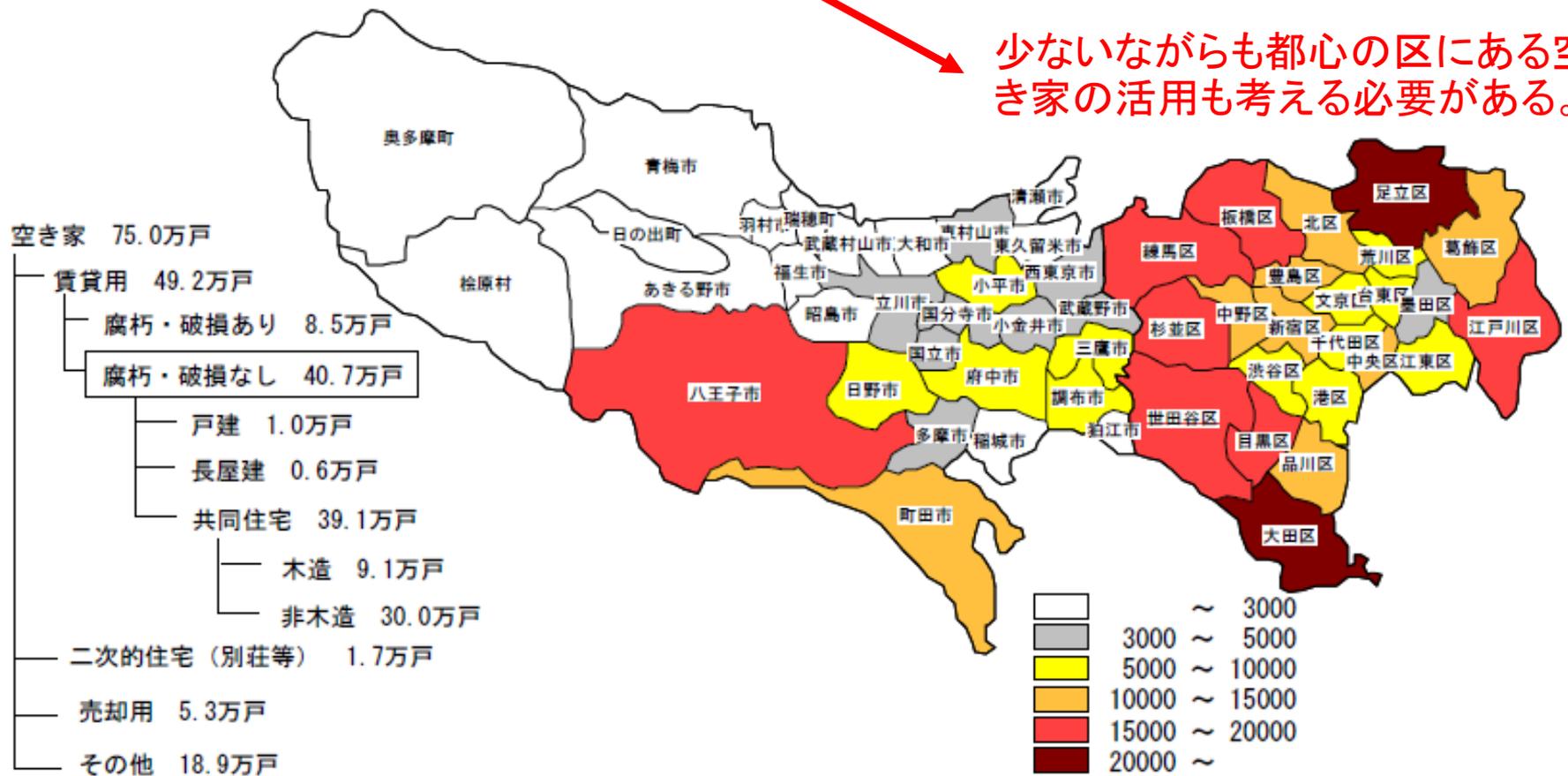


# 都内の活用可能な空家資源の状況

◇平成20年の東京都の空き家総数75.0万戸のうち、活用可能と想定される「腐朽・破損なし」の賃貸用の空き家数は40.7万戸。

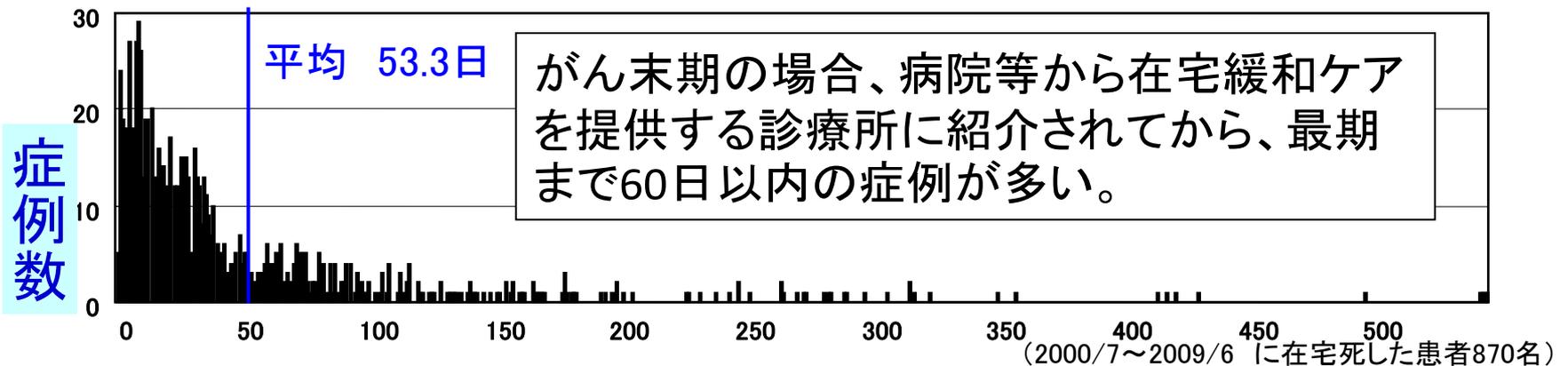
◇活用可能な賃貸用の空き家は周辺区に多い。

少ないながらも都心の区にある空き家の活用も考える必要がある。



転勤・入院などのため居住世帯が長期にわたって不在の住宅  
や建て替えなどのために取り壊すことになっている住宅など

# 在宅医療に係る医療モデル(イメージ)



## 急性期型(入院型)

- がん末期や終末期(在宅看取り)
- 高齢者以外も多い
- 心身の状態に変化が多く、疼痛緩和ケア等の医療ニーズも日々変化する。
- 在宅医療を提供する期間が短い
- 訪問診療、訪問看護の頻度が多い
- 医療が中心となる
- 療養型の急性増悪期

## 療養型(外来型)

- 廃用症候群、神経難病等、認知症
- 高齢者中心
- 終末期の急変を除くと、心身の状態や医療ニーズに急激な変化は少ない。
- 在宅医療を提供する期間が長い
- 訪問診療の頻度が少ない
- 介護が中心で、医療が加わる

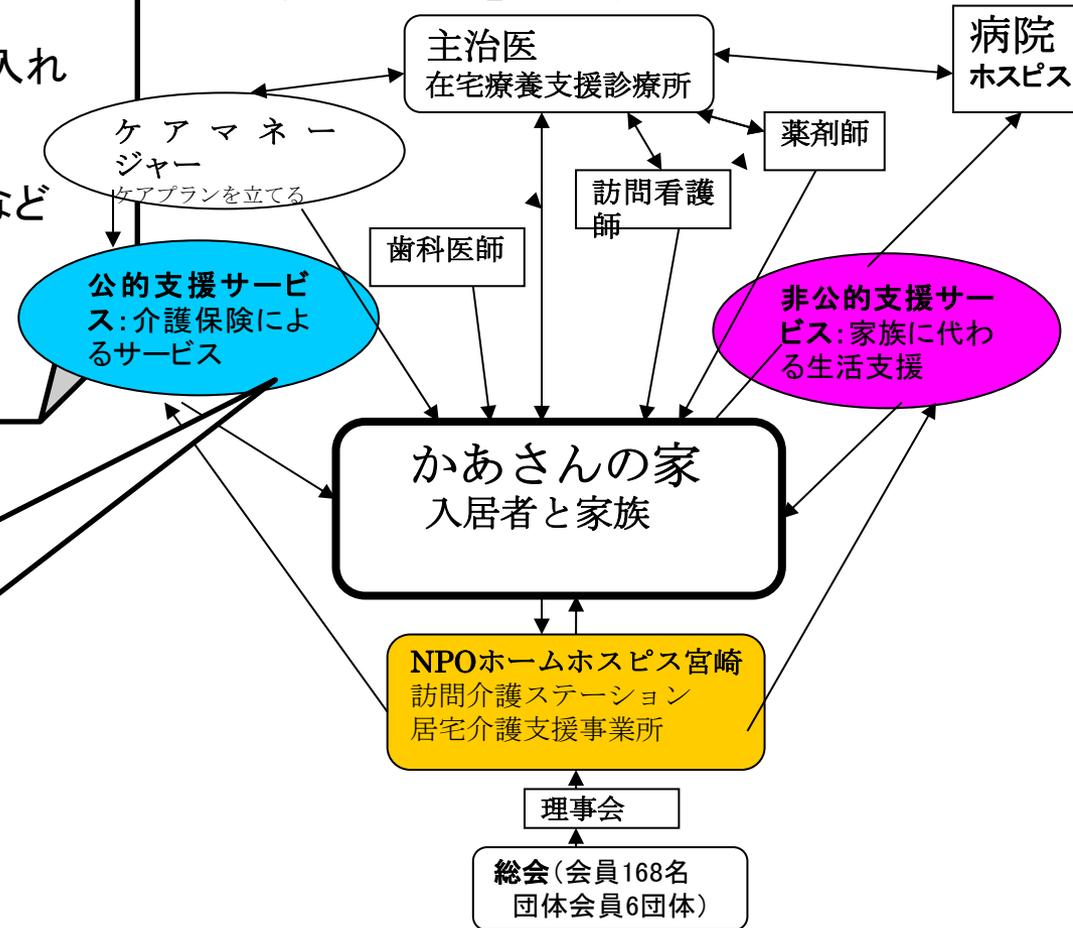
療養型(外来型)在宅医療の受け皿の拡充が必要。

# 空家活用型ケアハウス(ホームホスピス)としてのかあさんの家

## 「かあさんの家」の特徴

- ・「家」に擬似家族としてルームシェアして暮らす
  - ・1軒あたり**5名**が擬似家族になれる経験値
- ・地域の空いている民家を使う
  - ・自治会・ご近所の方のボランティア受け入れ
- ・多様性・多機能性をもつ
  - ・どんな病気でも、泊まりだけ、食事だけなど
- ・医療機関や福祉サービスとの連携
  - ・在宅医療と在宅介護サービスの**チーム**
  - ・地元の大学生・看護学生の研修生

## 「かあさんの家」の仕組み



## 「かあさんの家」の連携機関

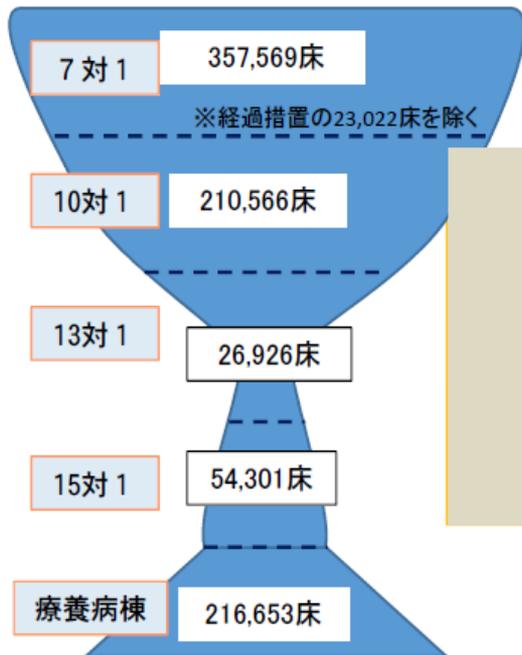
- ・在宅療養支援診療所(内科、神経内科で4機関)+皮膚科、泌尿器科、歯科(3機関)の往診
- ・緩和ケア病棟及びバックアップ病院
- ・訪問看護ステーション(6箇所)
- ・調剤薬局(クリーンルーム備・1箇所)
- ・デイケア・デイサービス事業所(8箇所)
- ・入浴サービス(2箇所)
- ・居宅介護支援事業所(7箇所)
- ・福祉用具事業者(3箇所)
- ・訪問介護ステーション

### 3.医療機関における患者スクリーニングのすすめ

# 2025年に向けた医療機能再編のイメージと各入院医療機関における患者像の実際

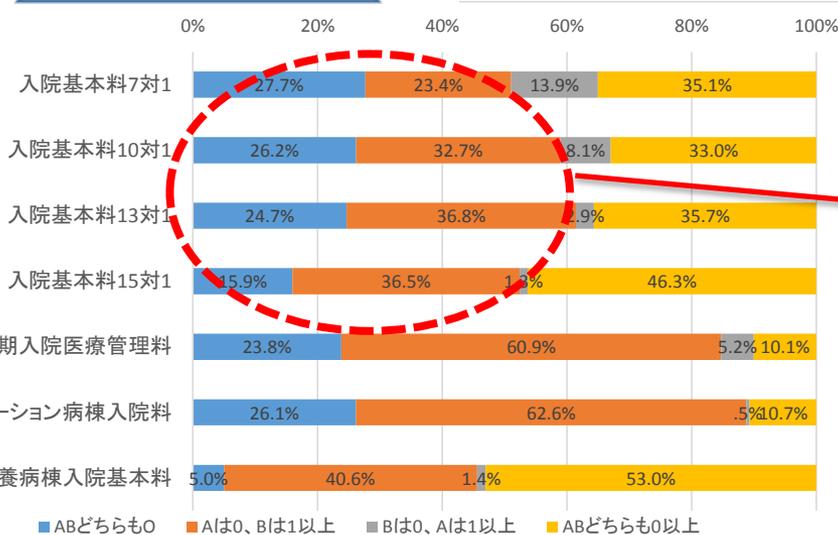
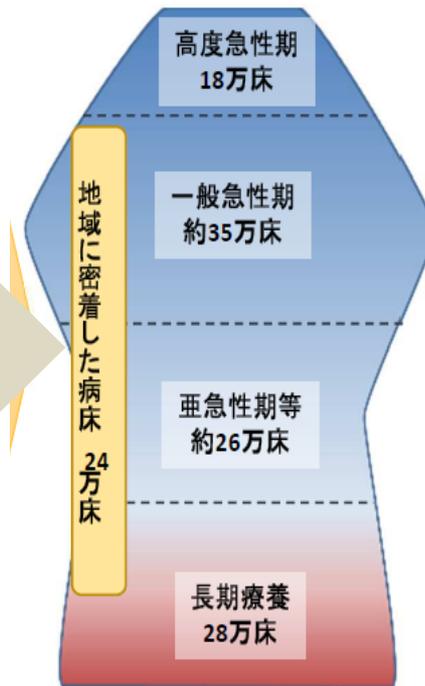
<現在の姿>

<2025年(平成37年)の姿>



いびつな  
病床構成を  
是正する方針

この移行を進めるために、  
診療報酬改定や税と社会  
保障の一体改革が進めら  
れている。



一般病棟入院基本料を算定する病院に入院する  
患者の4~5割は、看護必要度A得点が0点で処置を  
必要としない患者となっている。  
さらにこのうち2割程度はADL介助も必要ない患者。

つまり、超急性期以外の患者については、療養  
環境が整っている住まいさえ確保できれば、  
必ずしも入院治療施設にいる必要はなく、地域  
での療養が可能。

# 「在宅入院制度について」

## 定義

- 患者宅のベッドを病床区分の一部(病床数の一部としてカウント)、つまり「病棟の延長」として在宅を位置付け、施設入院と「同様の治療」を患者宅で行う体制のこと。

## 諸外国の実践

- イギリス: HCH (Hospital Care at Home)
- オーストラリア: HITH (Hospital in the Home)
- フランス: HAD (Hospitalisation à Domicile)

## フランスHADの場合

- 施設医療の質と自宅ならではの快適性との両立を図る組織として、1973年にフランスのHAD連盟が発足
- 2000年雇用連帯省「在宅入院に関する通達」
- 「HAD(在宅入院)とは 病院勤務医および開業医によって処方される患者の居宅における入院であり、予め決められた期間に、医師及びパラメディカル職によるコーディネートされた治療を居宅で行うサービス」
- ポストアキュート期の患者(がん、神経変性疾患、急性感染症、小児がん、その他)が対象
- 2008年の時点で、国内各地区に200箇所以上のHADローカルオフィス
- 年間70,000人以上の患者がこのサービスを利用
- コーディネーター医師、コーディネーター看護師・・・原則的に医療行為を行わず、多職種連携の調整のために置かれたポスト

# 日仏の相違点・共通点

## 相違点

- 病院勤務・地域開業を兼業するフランスの医師
- ホームドクター制度の有無
- 開業看護師が多職種連携のキーマン

## 共通点

- 縦割りで、それぞれに制度化された医療と介護。
- フランスでの**HAD**(Hospitalisation à Domicile)の中には、両者間の調整装置として機能しているそしきも存在する。

# 在宅医療現場の医師・看護師の負担を軽減する24時間体制の例： 「いばらき診療所」による多職種連携のチーム医療

いばらき診療所では、平成8年の開業から15年間在宅医療を実践。現在、5か所の在宅支援診療所が協力し、法人の枠を超えたチーム医療を提供してきた。H22.12月現在**930名の在宅患者に対応し、年間約200名を在宅で看取っている**。茨城県内の在宅患者に対して、安心感のある、永続的な在宅医療の提供を目指している。

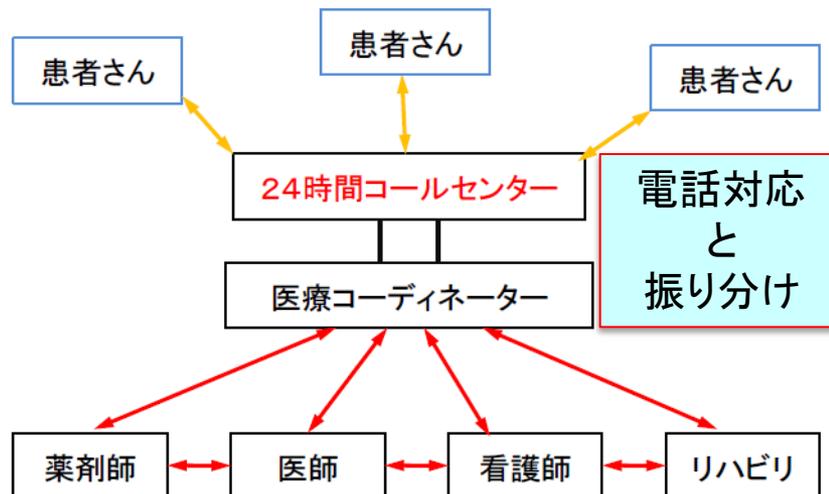
主治医、担当看護師等の医療職の訪問がベストだが、当番制や医師、看護師を訪問させるには限界がある。

一方、患者さんにとっての在宅医療の安心感を「**自分の事を一番良く知っている人がいつでも家に来てくれること**」である。

そこで、事務部門に医療調整部を作り、**医療コーディネーター**を患者さんと一番近い位置に配属した。更に、**24時間コールセンター**を設置し、**医療コーディネーター**が、電話を受け、**担当する在宅医療スタッフに振り分け(調整)を実施**、訪問診療や往診に必ず同行した。

患者さんが、困って電話した時に、自分のことをよく知っている**医療コーディネーター**が対応することで、患者さんの安心感が得られ、入院中や、看取り後も様々な相談にのり、家族に近い存在となっている。

**医療コーディネーター**は、患者さんと在宅医療スタッフを繋ぐ、チーム医療の中心的存在である。医師の業務量含め全体を調整するいばらき診療所システム(IBC System)の中枢。

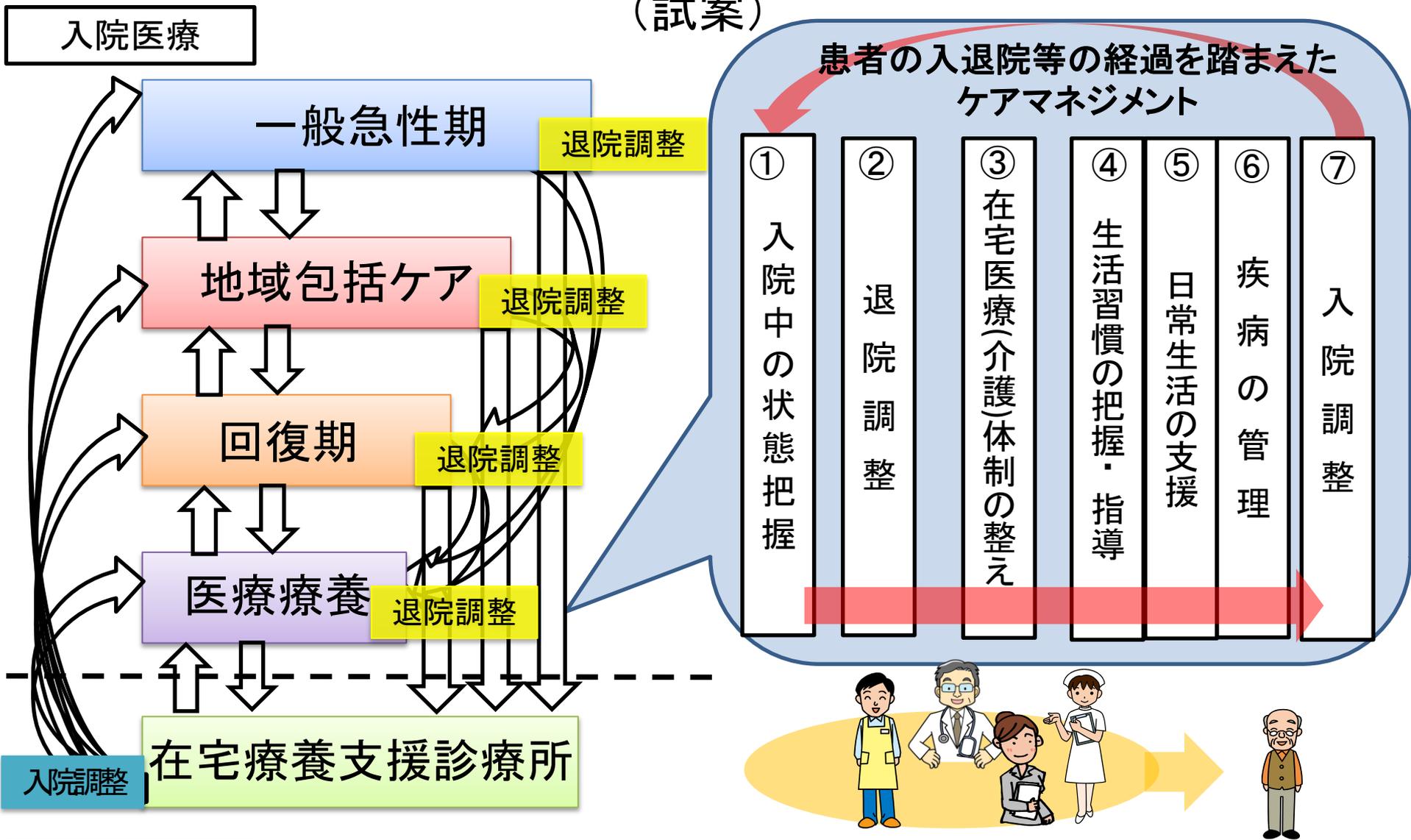


## IBC System

### \* 医療コーディネーターの業務内容 \*

- 医師訪問同行：** 運転(住居環境や家族の把握)、医療・介護情報提供、機材運搬、診療録記録入力補助(電子カルテ、検査依頼書等) 訪問診療計画策定(医師訪問診療予定表)
- 処方箋発行：** 調剤薬局への手配、連絡
- 24時間コールセンター：** 電話対応と振り分け
- 医療相談：** 在宅医療の説明や事前訪問、在宅ケアや各種障害、保険、福祉等の相談、中核病院、医師会との連携、診療情報の提供、授受
- 居宅療養管理：** 訪問看護ST、居宅介護支援事業所等への連絡、指示書、文書を届ける等

# 地域包括ケア体制における患者の動きとケアマネジメントのフロー (試案)



マネジメント機能をどこが担うかについては、  
地域特性を鑑みて、自治体別に検討する必要がある。

※この他に介護関連施設もあるが、  
この図では省略している。

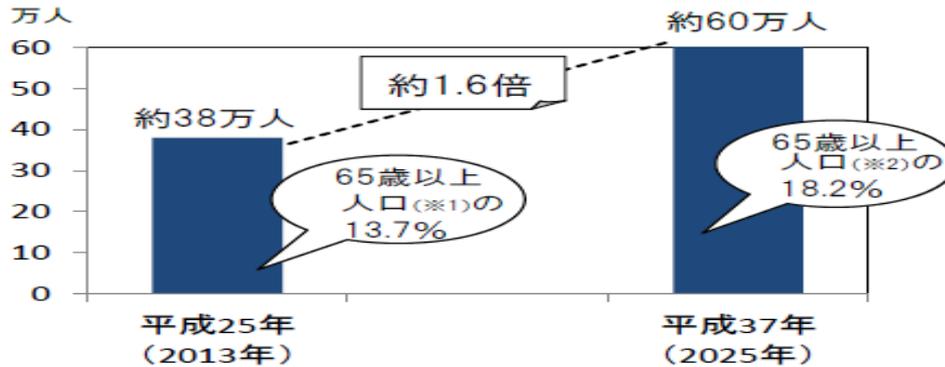
## 4.認知症施策の展開

# 東京都における認知症高齢者の状況

東京都における見守りまたは支援の必要な認知症高齢者は、2025年には約44万人（65歳以上の13.3%であり、2013年の1.6倍）になるとされ、全国の割合と比較しても高い。

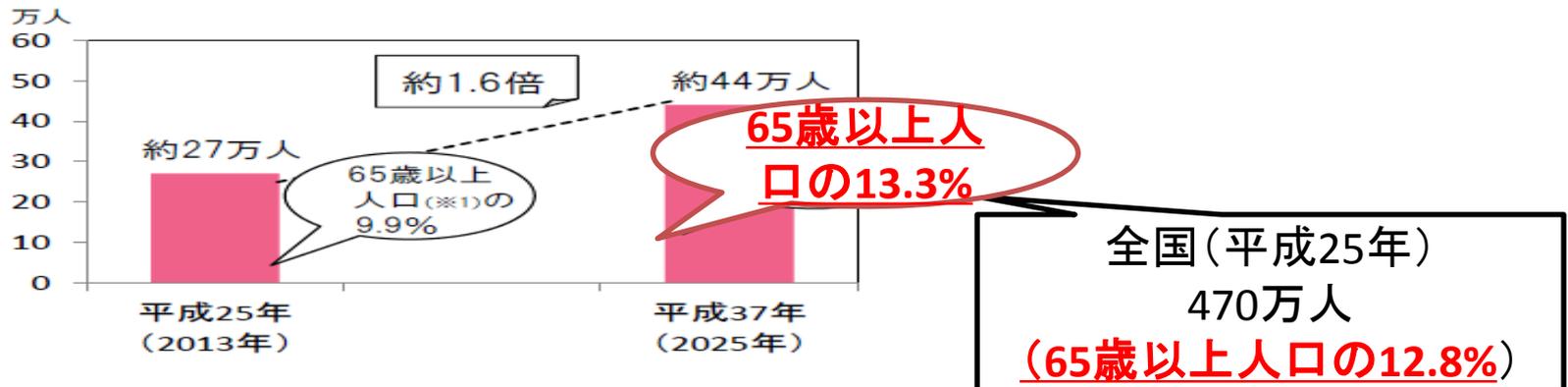
東京都における 何らかの認知症の症状がある高齢者  
(認知症日常生活自立度Ⅰ以上)

※平成25年データ



東京都における 見守り又は支援の必要な認知症高齢者  
(認知症日常生活自立度Ⅱ以上)

※平成25年データ



※1 平成25年1月1日現在の高齢者人口 2,751,484人(総務局調べ)

※2 平成37年10月1日時点の高齢者人口推計 3,322,479人(国立社会保障・人口問題研究所調べ)

# 認知症高齢者施策と地域包括ケアシステムとの関係

- 高齢者人口の約1割が認知症高齢者
- 要介護認定者の約6割が認知症高齢者  
⇒ 今後も増加が予測されている。
- 介護サービス利用者の多くが何らかの認知症がある。
- また、認知症高齢者の半数は在宅で生活している。  
⇒ 各介護サービスにおいても認知症への対応が求められる。
- 各地域の実情に応じて、医療サービスから介護サービスへのシームレス（切れ目ない）のサービス提供が求められている。  
⇒ 認知症施策においても医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携が必要。
- 各自治体では、今後、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりを行う必要がある。  
⇒ その際、認知症施策を主眼においた街づくりが求められる。



地域包括ケアシステムの体制構築には、認知症高齢者施策が必須

# 英国における認知症患者へのケアを巡る状況

## より重度の認知症患者には、日々必要となるケアが異なる

- 4分の1に満たない認知症患者が、病気にかかっているにもかかわらず実際に老年精神医学サービスを受けるためのコンタクトをとっていない。多くの人がプライマリケアを受けている。
- しかしながら一般医は、認知症患者が動揺したり攻撃的になったり、おこりうる症状の変化に合わせて対応をする必要があるかもしれない。
- これは認知症患者に関わる人にとっても課題となってくるのである。これらの行動的な症状の変化は彼らの住む環境がどこであれ人々に影響を及ぼしかねないのである。

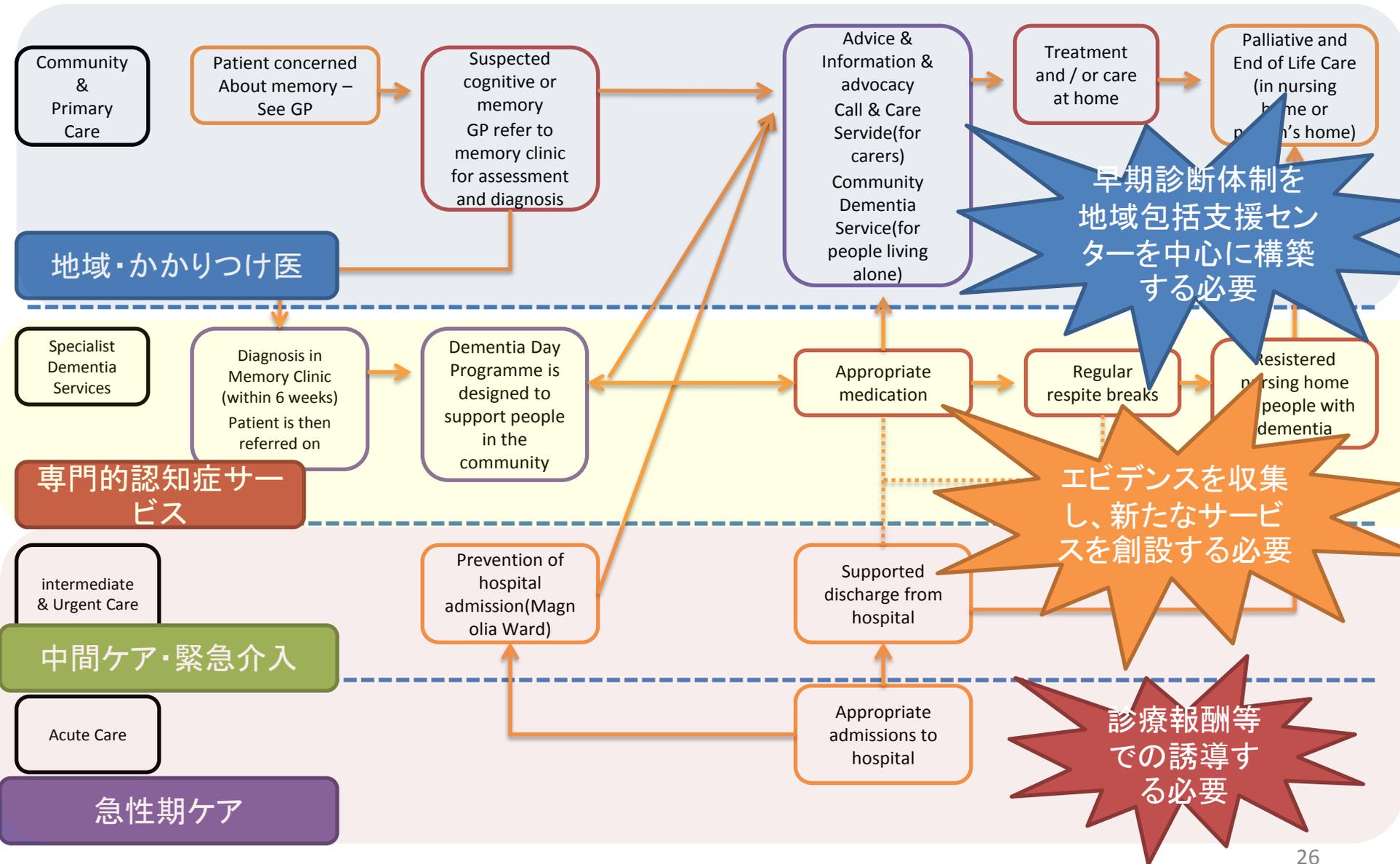
## 現在のサービスモデルは認知症の課題に対処できていない

- 認知症患者の施設への長期的入所が時期尚早に行われる危険性があり、認知症患者の全体の3分の1が介護施設に住んでいることが示された。
- しかしながら、CSCI(社会的ケア調査委員会)はケアの量と質という点で見ると、介護施設という産業は患者のニーズを満たすという意味では発展がまだ十分でないということを示した。

## 認知症患者の行動を管理することの大切さ

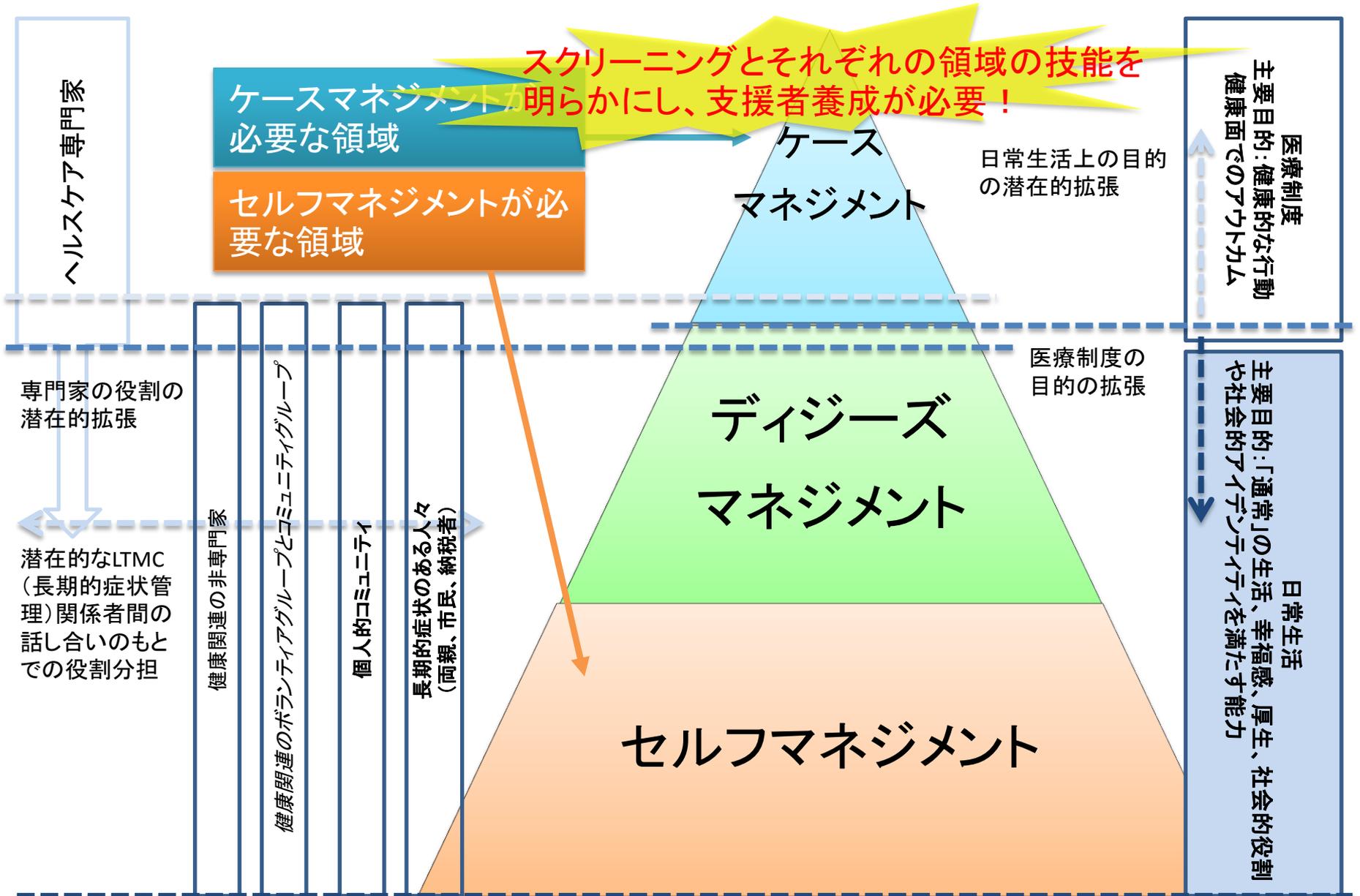
- Banerjee等(2003年)の発見では、認知症の行動や精神の症状が現れた人達は、居住看護という措置にほとんどの場合置かれ、この結果、介護者が疲弊や疾病を患い仕事を継続できなくなることが長期ケアへ移行する一番の原因となっている。

# NHS Ealing におけるDementia Care Pathway



## 5.初等教育からの疾病の理解とセルフマネジメント

# セルフマネジメントと慢性疾患と社会ネットワークの関係図



# セルフケアの連続体

- ・英国におけるセルフケア振興策において、しばしば登場するのが 'self care continuum' (セルフケア連続体) という概念である。
- ・一直線上の左端に100%セルフケアの身体コンディションが描かれ、右端には100%専門的ケアの状況が位置付けられ、その間に、様々なセルフケアと専門ケアとの組み合わせが想定されている。
- ・この概念の大きな特徴は、セルフケアの実践内容が身体の状態の推移によって変化するものとされている。

SELF CARE CONNECT

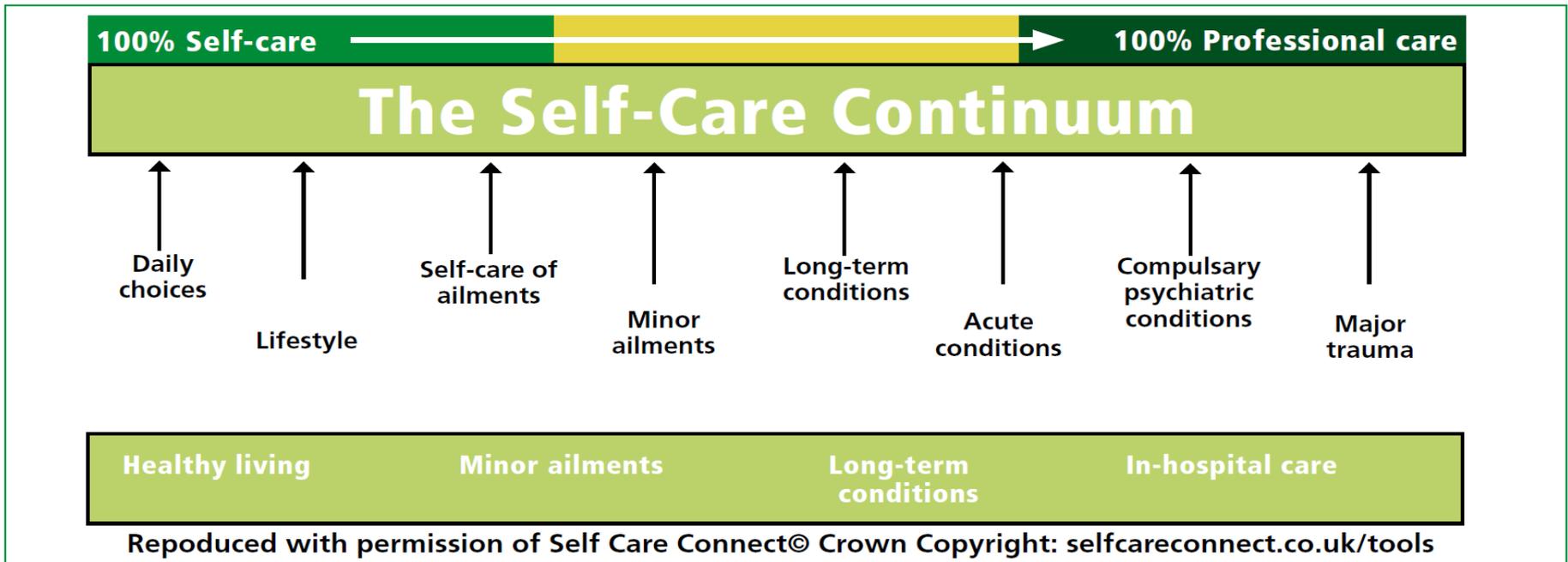


Figure 2. The self care continuum. Paramedics generally meet individuals who have acute health needs (to the right of the health care continuum)

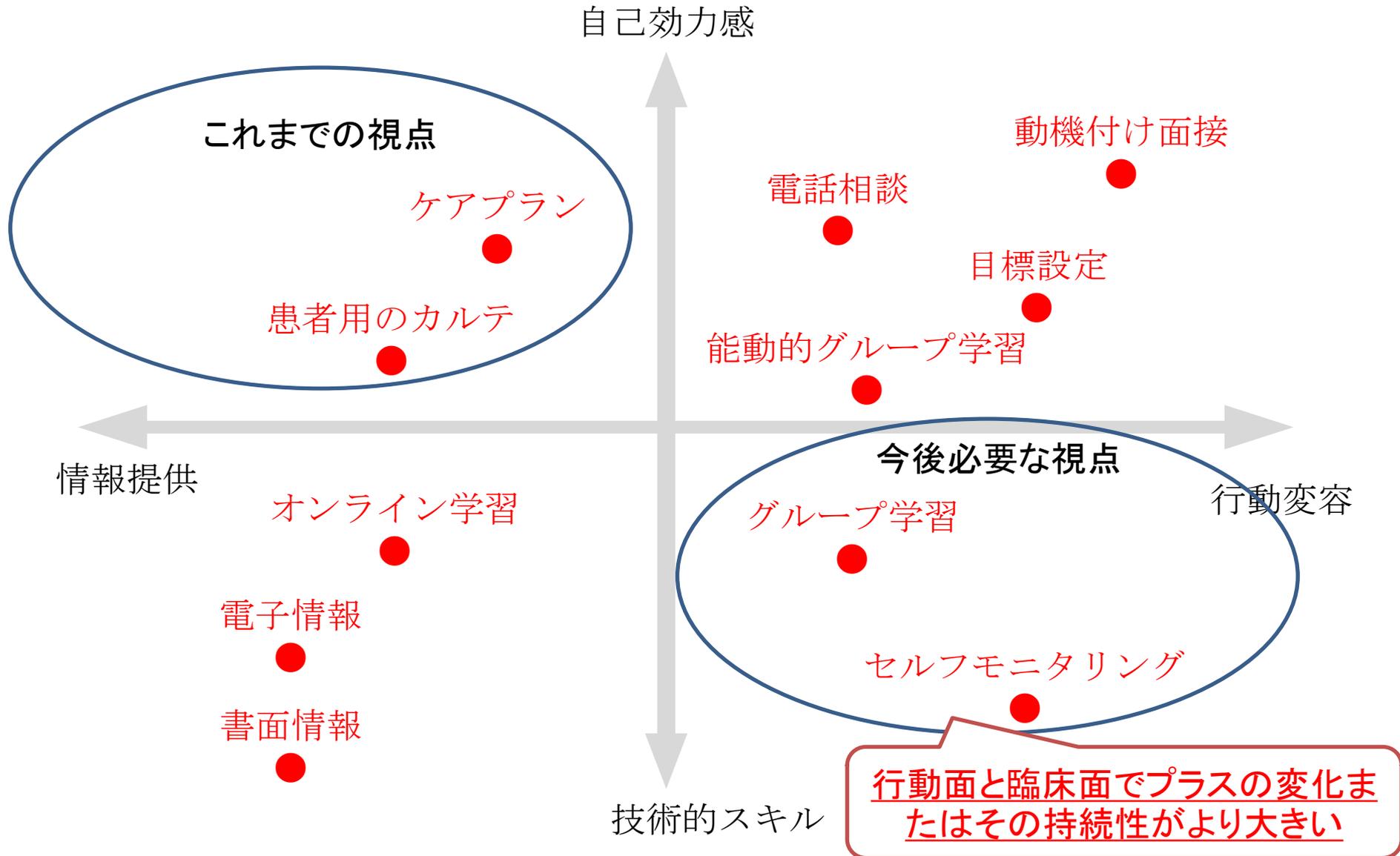
# セルフケア, セルフマネジメント

- **セルフケア** – より広義、かつ包括的に、自らに対するケア全般を指す。
- **セルフマネジメント** – 慢性症状に由来する様々な問題を自ら管理すること (Wyke 2006)

## セルフケアの具体的内容

- 健康を維持する
- 不健康を予防する
- 薬剤をより上手く使用する
- 軽度の疾患
- 長期にわたる健康問題の管理およびケアの改善

# セルフマネジメントのサポートの構成要素



# 「Fact Sheet Series」・・・患者自身が軽症に対処できるための情報提供

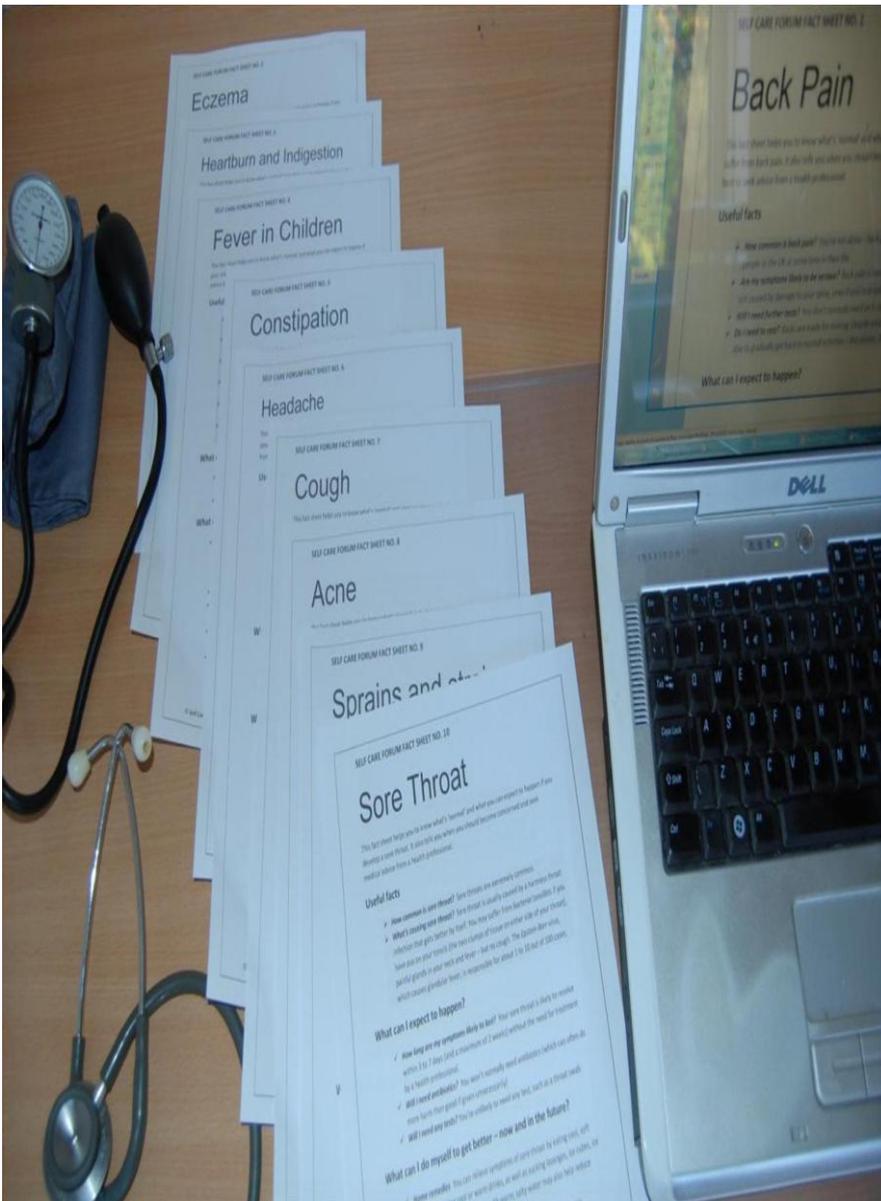
## 「Fact Sheet Series」の一例 頭痛

このシートは、普通と言える状態とは何か、または時折の頭痛を感じる場合は何が起こるのかを説明している。また、心配する必要があり、専門家に相談した方がいい場合とそうでない場合を区別するための説明も書いてある。

### どの場合に診断を受けた方がいいのか？

治療が症状を和らがない場合、または仕事など日常の活動ができない場合に医師に診察を受けてください。また、下記の症状がある場合は、医師の診察を受けてください。

- **頻度** 頭痛の頻繁的が上昇している
- **追加の症状** 原因が分からないのに吐いたり、熱があったりする。また、斜頸になったり、眠くなったりする
- **頭部外傷** 頭にけがを受けた後に頭痛が続く（ただし、頭部外傷の後には、1～2日間ほど、頭痛を感じる場合があります）.....etc,



「セルフマネジメント」に関する研究成果は、  
以下のホームページをご覧ください。

平成25年度の厚生労働省老人保健事業推進費等補助事業  
「ケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業」  
[http://www.jmar-im.com/healthcare/news/news201404\\_1-15.html](http://www.jmar-im.com/healthcare/news/news201404_1-15.html)

## 参考図書

筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated careの理論とその応用-中央法規2014年3月

筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス-integrated careの理論と実証-社会保険研究所2014年5月