

地域包括ケアシステムの基本的な考え方 (Integrated careの視点)

兵庫県立大学大学院 経営研究科
教授 筒井孝子

講演の骨子

1. Integrated careの理論と課題

2. 地域包括ケアシステムを構築するためのintegrationの方法とそのマネジメント

3. まとめ

1. Integrated careの理論と課題

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は

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。

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、これは地域の特徴、その地域独自の価値観などに合わせて構築することができ、それは、一定レベルの住民による「地域参加」によって保障される。

integrated care

- integrated careには、医療ケアにおける分断の減少や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う目的を持つ体制と定義できる。

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

主要な5つのintegration(統合)の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.システムの統合 | 政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提携 例、病院外の協調的ケアを推し進める政策、多様化する(サービス)提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策(インセンティブ)の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療的必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策(ダウンワードサブスティチューション) |
| 2.規範的統合 | 組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有 例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的関係と信頼の構築、またはサービス利用者やより広いコミュニティと関係を持つ。 |
| 3.組織的統合 | 組織間での構造、ガバナンスシステム、関係のコーディネーション 例、資金のプールやPBC(業務歩合制)といった公的・私的な契約的・協調的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。 |
| 4.運営的統合 | 事務管理業務、予算、財政システムの提携 例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。 |
| 5.臨床的統合 | 情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。 例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大。または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。 |

・どの統合的プロセスにも優劣はない。むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。

・関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある

・どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現地で行ってきたヘルス(ソーシャル)ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

一人暮らしの認知症の人が笑顔で暮らせるまちづくり

平成26年11月23日 北日本新聞記事

北 日 本

認知症地域の「絆」支えに

富山大看護学会学術集会

南砺市長ら意見交換

医療や介護の専門職にとどまらず地域住民が支える福祉システムをテーマにした富山大看護学会学術集会が22日、富山市のパレブラン高志会館で開かれ、重い認知症になっても住み慣れた地域で過ごせる環境づくりなどをテーマに意見を交わした。パネルディスカッションで、田中南砺市長は31地区別の自治振興会を基盤に支援のネットワーク構築を進める考えを示した。

南砺市では「地域内分権」と運を盛り上げてきた。田中市長（一端）を担ってほしい」との考えを示した。

付金を各自治振興会に支給し、自主的に課題解決に取り組む機

規範的統合の事例①



田中市長（右から2人目）らが在宅支援について意見を述べた学術集会＝パレブラン高志会館

富山福祉短大の炭谷晴子看護学科長も認知症ケアの張。徘徊に対し「周りと、連絡する態勢づくり」と、地域での目配りの指摘した。新川地域でをリードしてきた中山在宅医会長もコミュニケーションの再活性化を訴えた。司会の大江浩真南砺市市長は今後の在宅について「専門職や住民が関係をつくり、また進めてほしい」と

南砺市における規範の統合 田中市長の街づくり宣言

引用:シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」
平成27年2月3日 東京会場 南氏作成資料

2025年に向けて 武蔵野市が目指す高齢者の姿

1日でも長くいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で
生活を継続できる

2. 地域包括ケアシステムを構築するためのintegrationの方法とそのマネジメント

行政における事業を遂行するために必要なマネジメント

- 行政における事業を遂行するにあたっては、このマネジメントが求められる。なぜなら、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについては、これを明示しないと、とくに行政組織というところは、前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強い。



- 新しいアプローチで統合型のケア提供を行う「地域包括ケアシステム」を進めるためには、戦略マネジメントの視点を意識することがより重要になってくる。

ビジョン(方向性・将来像)

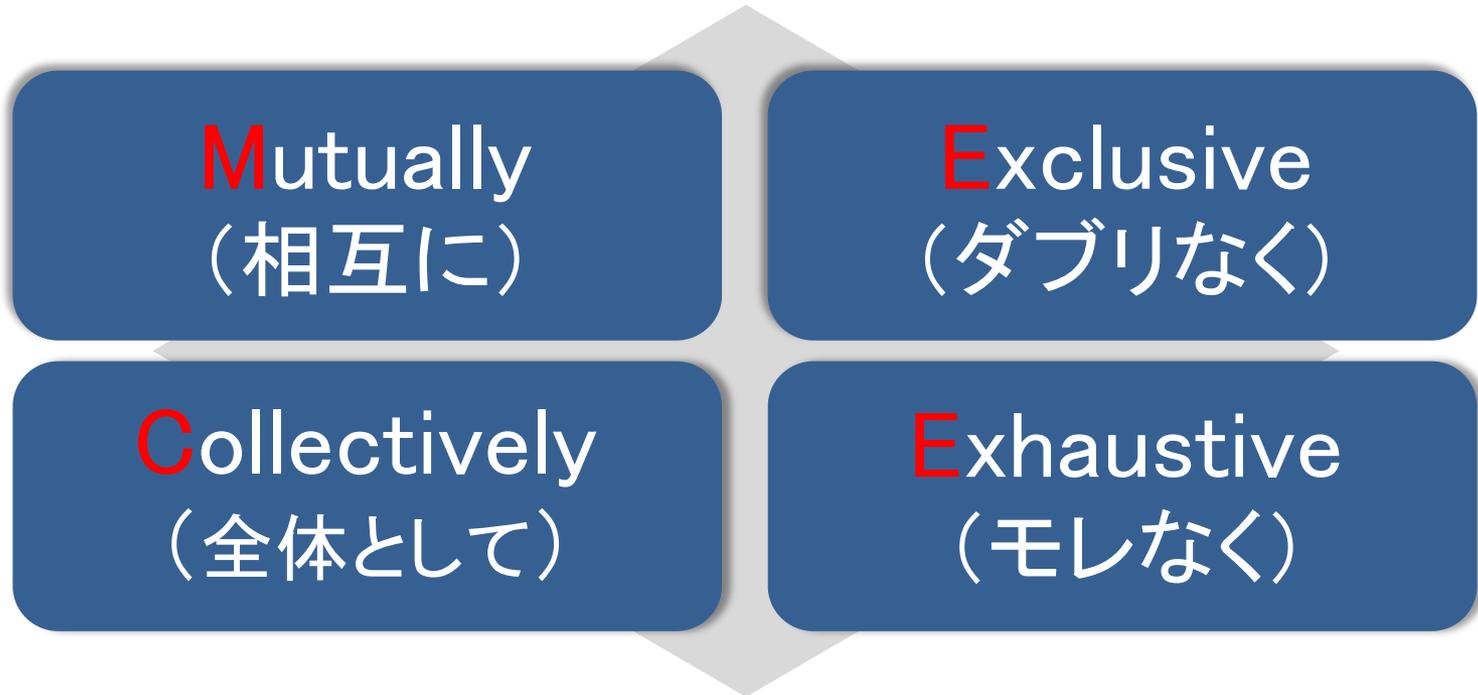
- 自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者にやさしい自治体になること”である。

ミッション(使命)

- 自分たちの組織や部門の「果すべき責務」である。例えば、“日本で一番、認知症高齢者に充実したサービス提供すること”となる。

戦略マネジメントにおいては、地域や自治体のビジョン(方向性・将来像)やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定を行う。

MECE



過不足なく情報を網羅する方法
「相互に排他的な項目」による「完全な全体集
合」を意味する言葉である。
要するに「重複なく・漏れなく」

地域医療の特徴から考える地域包括ケアシステムの マネジメント

アメリカや日本

NPO組織がPACEとして、国保直診病院や厚生連病院が地域医療(地域包括ケア)として限られた地域や対象の中で活動する中で、結果として保健・医療福祉の連携が形成

ボトムアップ手法

スウェーデン

ケアの一貫性(包括ケア)を全国一律に実施しようとしているが、地方分離が強固であり、在宅の訪問看護の自治体への移管が進まず

トップダウン手法

県は統合ケア(包括ケア)を目指した新しい地域医療をトップダウンで構築しようとしている

スウェーデンの「地域医療」も地域の医療連携基盤に地域ごとの特色を生かした包括ケアシステムに類似した発展を遂げる可能性がある

3. 日本の地域包括ケアシステム構築に向けたトピック

● 地域包括ケアシステムの推進

日本の統合型のケア (Integrated care) の概念

急性期から回復期へ(垂直統合)
医療分野における機能分担

先進諸国の医療サービスは、急性期医療を高度に発展させてきた。このシステムでは、

急性期患者が入院すれば、高いコストパフォーマンスが得られた。

慢性疾患を複数抱え、回復が遅い高齢患者に対して、同じシステムで対応しても、成果は低くなる。

※(2012年度厚労省調査では、一般急性期病院でありながら、医療処置が必要ない患者の割合が50%を超えている)

慢性期ケア(水平統合)

医療・介護・生活支援の連携

生活圏域で
体制整備

地域を基盤としたケア (community based care)

「概ね30分以内に駆けつけられる範囲(中学校区等)の中で、医療と介護の統合ケア(integrated care)が提供できるというケア体制」

14

(参考)日本経済新聞(2014.10.28) 医療・介護改革の論点(下) 地域包括ケア、住民主体で 兵庫県立大学教授 筒井孝子

引用:シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」

平成27年2月3日 東京会場 土屋氏作成資料

● 地域包括ケアシステムの推進

富士宮市の統合型のケア (Integrated care) は？

急性期から回復期へ(垂直統合)
医療分野における機能分担

目的

ケアサービスの連続性と統合の向上。
ケアの質、アクセス、効率性を改善。

①急性期から回復期、更には慢性期へと至る垂直統合

- ・急性期入院医療(富士宮市立病院、N病院、F病院等)
- ・包括ケア病棟(亜急性期対象 入院リハ→在宅 レスパイトケア)
- ・回復期におけるリハビリテーション
(K病院、リハビリ病院、Fクリニック等)
- ・介護等の生活維持期のケア
(K病院、S病院、F病院等)

医療連携パス
・脳血管疾患
・大腿骨頸部骨折

慢性期ケア(水平統合)

医療・介護・生活支援の連携

生活圏域で
体制整備

地域を基盤としたケア (community based care)

②医療・介護・4つのケア主体(自助・互助・共助・公助)の主体的参画

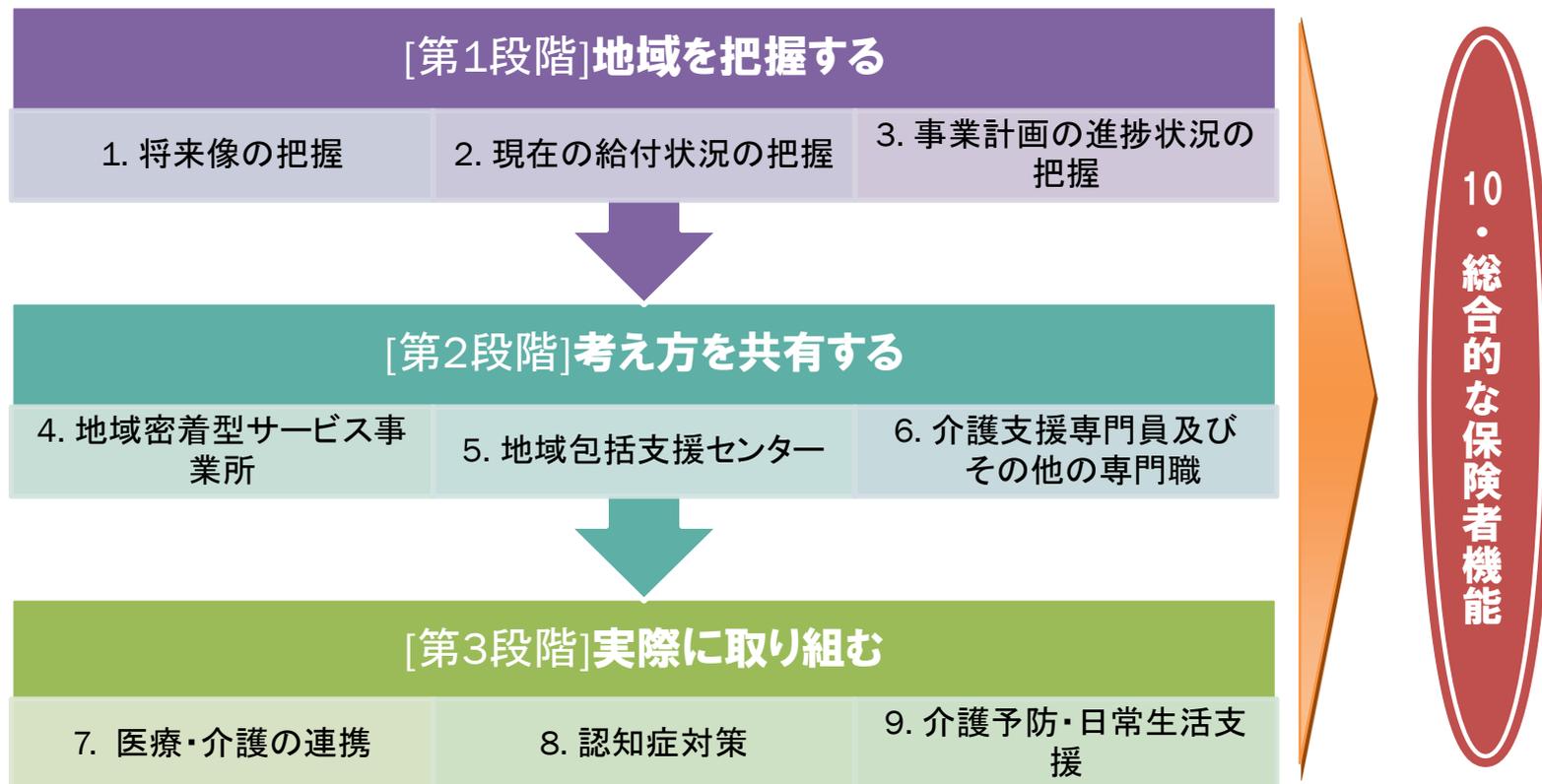
- ・フォーマルサービス連携
在宅療養支援診療所(1箇所)、訪問介護ステーション(5箇所)
居宅介護支援事業所(43箇所)、介護サービス提供事業所
- ・インフォーマルケアの担い手
→家族、友人、ボランティア、地域住民等(コモンな互助)

旧来の地縁的共同体から市民社会的な組織へ移行[地区社協(14)・NPO]

保険者機能評価指標（H25年版）の全体構成

PDFは→ http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c1.pdf

- 評価指標は、全10項目で構成。10項目は、指標の特性に基づき、大きく3部に整理。さらに、各評価指標は複数のサブ項目で構成されており、サブ項目ごとに「評価確認事項」「解説」「自己評価」「自己評価の理由」「自由回答」を設定。



地域包括ケアシステム構築の前提

地域包括ケアシステムは、地域によって、医療・介護・福祉に係わる専門職や財政、文化的風土、ソーシャルキャピタル等の資源量が異なるため、あるべき目標の設定が異なり、それによって、選択する方法論や戦略の立て方が異なるのではないか。



まずは、自らの自治体の置かれている状況を把握する必要がある。



資源量の把握、予測のための推計が基本となる。
(今年度開発した「保険者機能」の第1ステップ)

ひとり暮らしでも

武蔵野市では4人に1人がひとり暮らし高齢者

■今後10年間で、ひとり暮らし高齢者は1.2倍、高齢者のみ世帯は1.1倍に増加すると予想されています。



認知症になっても

認知症高齢者の推計(自立度Ⅱ以上)

■認知症高齢者数は増え続け、平成40年(2028年)には、約5,000人に達することが予想されます。

2013年(平成25年)



2023年(平成35年)



2028年(平成40年)

認知症高齢者
(自立度Ⅱ以上)



戦略マネジメント 3つの条件

(1) ビジョンが明確であり、**目標のプライオリティづけ**がなされているか。

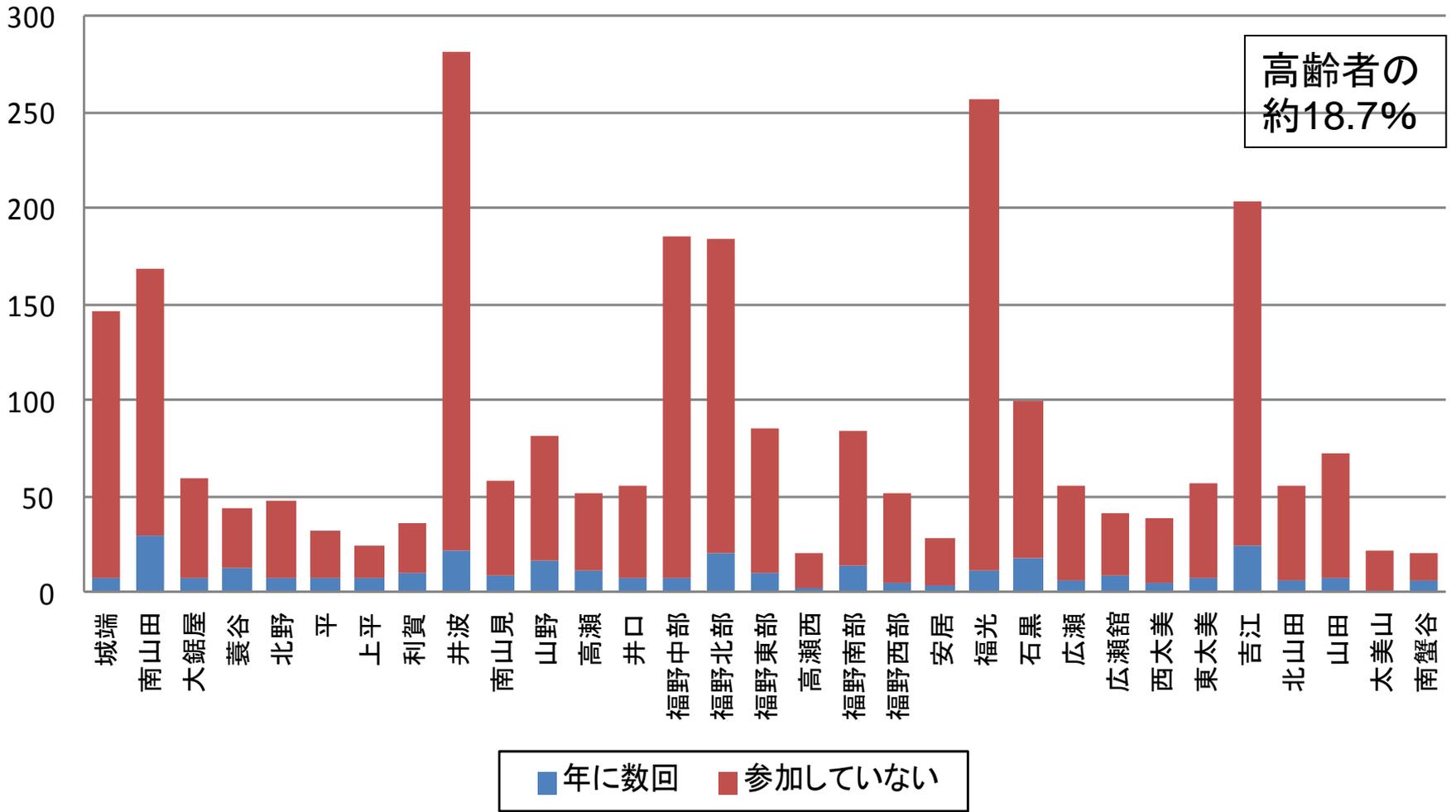
(2) 個々の施策目標が**具体的で数値目標化**されているか。

(3) ビジョンや目標が組織全体に**浸透し、共有**されているか。

「地域づくり」への参加が期待される人数

n=2,652

「日常生活圏域ニーズ調査」で、「年金などの書類が書けるか」「家族や友人の相談にのっているか」「生きがいがあるか」のすべてに「はい」と答えた者のうち、「収入のある活動」の参加頻度が「年に数回以下」の65-74歳の者の数。



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

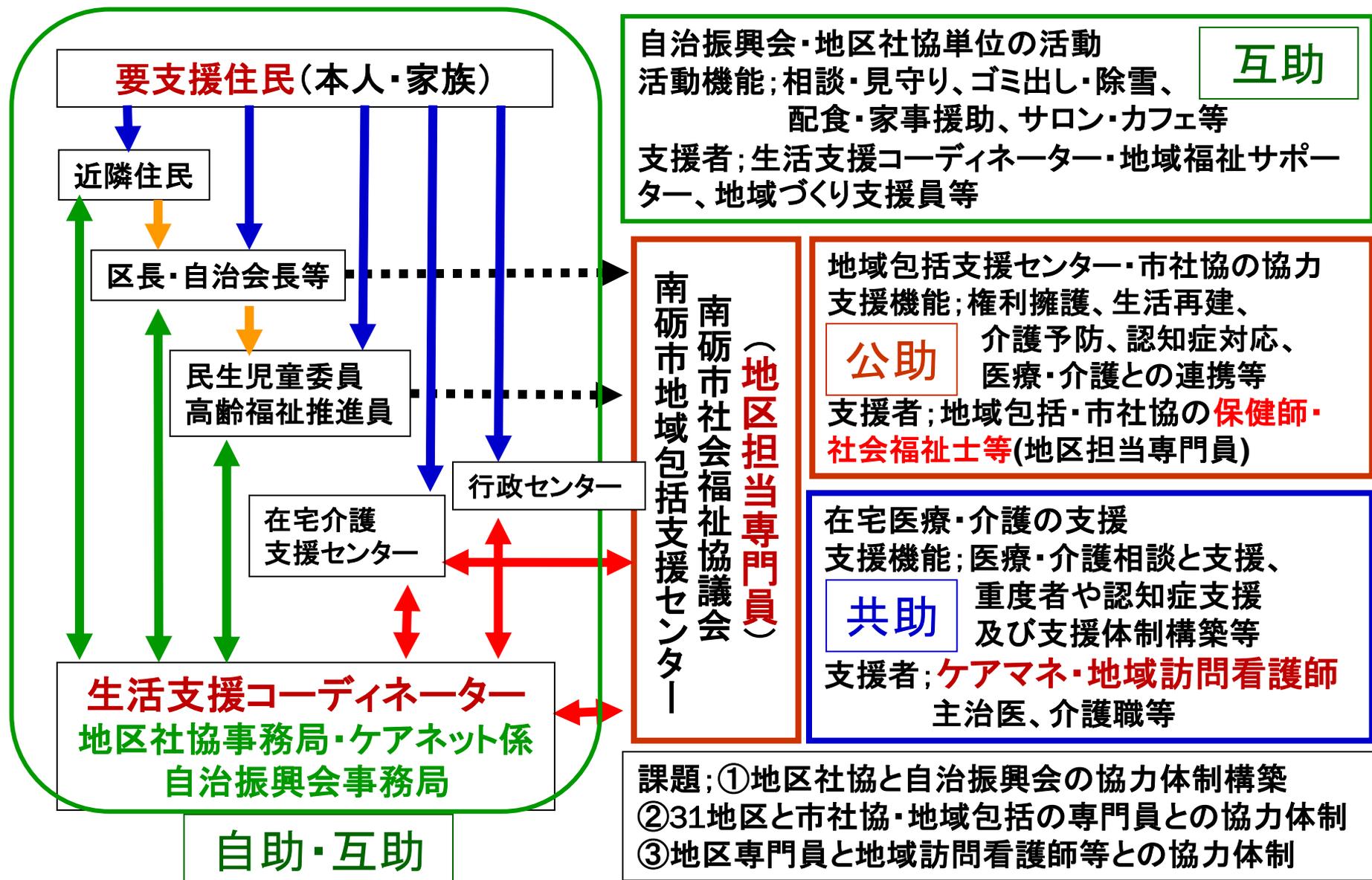
をどのように考えるか

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。

地域包括ケアは地域住民を巻き込んだ地域作り

- 1) 市長による規範の統合；街作りへの共通認識構築
- 2) 指導者の存在；地域包括ケアシステム構築や住民への啓発
- 3) 核となる行政職員の存在；計画策定や地域作りへの取組み
- 4) ニーズ調査(悉皆)は重要；関係者が情報共有し課題解決へ
- 5) 地域作りの専門職；地域包括支援センターや社協の保健師
社会福祉士等が事例を通し、住民と共に地域作り
- 6) マスコミの協力；地域住民の意識啓発や行政・事業所の認識
の統一へ地域の新聞が役割を發揮
- 7) 市議会議員の応援；地域の住民代表としての理解と協力
- 8) 地区リーダーの育成；地区作りへ一歩を踏み出すキーマン
- 9) 地区住民の参加；地区の状況を知り、自分事として行動
- 10) 高齢者の参加；元気高齢者の把握と社会参加の機会創出

31自治振興会の住民と専門職が協力し地域を基盤とするケアを構築



Integrated careを推進する手段

- 十分な資源を投入してバランスのとれたサービスシステムを確保し、急性期医療や施設ケアに加えて、良質な一次ケアと地域医療サービスを確保する。

- 資金収集や法制度、公的な方法などを通して、組織や個人に統合のための裁量を与える。

- 統合を推し進める助成金 - 例えば予算をプールを行う、あるいは統合型サービスに対する特別な予算枠を設けるなど。

- 保健医療/社会ケアサービスの一貫した法制度や審査システムを用い、重複をなくし統合の実践とサービスのモデルを発展させる。

ひとり暮らしでも

■ひとり暮らし高齢者等の安心を守る施策

見守り 安否確認

- 高齢者安心コール
- 孤立防止ネットワーク
- 独居高齢者調査
- 友愛訪問

- 食事サービス
- ふれあい訪問収集

- 寝具乾燥
- 家族介護用品支給

- 高齢者なんでも電話相談
- 権利擁護事業
- テンミリオンハウス

- 生活支援ヘルパー
- レモンキャブ

緊急対応

ト

- 緊急通報システム
- 火災安全システム
- 緊急医療情報キット
- ヘルプカード

- 緊急ショートステイ
- 緊急デイサービス
- はいかい高齢者等探索サービス

介護保険

- 定期巡回随時対応
訪問看護介護
- 夜間対応型訪問介護
等

暮らしを支えるサービス



| | サービス種別 | 相当する武蔵野市の現行サービス | 対象者と事業内容 | サービス提供者 | H25利用延人数 | H26予算 |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|------------|
| 訪問系 (介護予防・生活支援サービス事業) | 訪問介護 (現行の訪問介護相当) | 介護予防訪問介護 (保険給付) | <ul style="list-style-type: none"> 要支援認定者 訪問介護員による身体介護、生活援助 | 介護保険訪問介護事業所 | 3,151 | 59,252,082 |
| | 訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス) | 生活支援ヘルパー派遣事業 | <ul style="list-style-type: none"> おおむね65歳以上の高齢者及び高齢者のみ世帯 自立生活の継続のために、食材の買い物、室内の整理等の軽易な生活支援。1日1時間、週2回、合計2時間まで | 介護保険訪問介護事業所、シルバー人材センター | 991 | 16,660,000 |
| | | 認知症見守り支援事業 | <ul style="list-style-type: none"> おおむね65歳以上の高齢者で認知症の症状を有している方 ①見守り②話し相手③外出支援(散歩付添)④その他、認知症の周辺症状が緩和できるための援助。週4回まで、1週あたり合計4時間まで | (公財)武蔵野市福祉公社ホームヘルプセンター武蔵野 | 311 | 6,675,000 |
| | 訪問型サービスB (住民主体による支援) | 家事援助サービス | <ul style="list-style-type: none"> 掃除、洗濯、料理、買い物、話し相手、通院・散歩付添い 一人あたりの時間料金の目安1.5時間 1,665円～+交通費実費 | (公社)武蔵野市シルバー人材センター(会員257人) | 1,915 | 26,590,907 |

※ 総合事業のサービス種別については、介護保険事業についての今後の財政シミュレーションや地域包括支援センターの業務量等を勘案した結果、変更することがありうる(2014年8月30日現在の類型案)。

新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(2)

通所系(介護予防・生活支援サービス事業)

| サービス種別 | 相当する武蔵野市の現行サービス | 対象者と事業内容 | サービス提供者 | H25利用延人数 | H26予算 |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|------------|
| 通所介護 (現行の通所介護相当) | 介護予防通所介護 (保険給付) | ・要支援認定者 ・デイサービスセンターなどで行われる機能訓練等 | 介護保険通所介護事業所 | 2,861 | 99,127,029 |
| 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス) | 健康やわら体操 | ・市内在住、65歳以上 ・柔道場の畳の上での柔道の動きを取り入れた簡単な体操。柔道整復師が体操の指導を行い、楽しみながら体力づくりを目指す教室 | (公社)東京都柔道接骨師会武蔵野支部 | 1期243人 | 2,253,420 |
| | 不老体操浴場開放 | ・市内在住の60歳以上の方 ・浴場7ヶ所、コミセン8ヶ所+在宅介護支援センター1ヶ所で開催 | 生活体操研究会 | 13,189 | 18,299,723 |
| | 地域健康クラブ事業 | ・市内在住の60歳以上の方 ・「生きがいと健康づくり推進事業」として武蔵野市福祉公社へ委託 ・健康プロモーターが地域健康クラブのプログラムを企画、指導を実施し、参加者の体力に合わせた健康づくりのためのアドバイスを行う ・市内16か所のコミセン他2会場で実施。平成20年度からは、市内3か所のコミセンで、①コース(低体力から普通)②コース(普通から元気)とコース別に分け実施 | 【運営委託先】ヘルシーライフプロジェクト | 31,215 | 15,928,000 |
| | ときめきムーブメント | ・市内在住の60歳以上の方 ・主に体力がない方を対象とした、1年間の体操講座 | (公財)武蔵野市福祉公社、高齢者総合センター | 2,660 | 133,000 |
| | 気楽に動こう | ・市内在住の60歳以上の方 ・主に体力がない方を対象とした、随時入会可能な自由入会講座 | (公財)武蔵野市福祉公社、高齢者総合センター | 1,143 | 523,600 |
| 通所型サービスB (住民主体による支援) | テンミリオンハウス事業 | ・主に市内在住の65歳以上の高齢者で、自己通所可能な方(一部例外あり) ・ミニデイサービス、喫茶、世代間交流、緊急ショートステイなど | 市民団体、NPO(7団体) | 32,217 | 95,411,000 |

新しい総合事業に相当する武蔵野市の現行サービス類型検討案(3)

| サービス種別 | 相当する武蔵野市の現行サービス | 対象者と事業内容 | サービス提供者 | H25利用延人数 | H26予算 |
|---------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| 通所系（一般介護予防事業） | 栄養改善おいしく元気アップ！教室 | <ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の市民 ・現在の食生活をより栄養バランスの良いものにするためのプログラム ・管理栄養士による個別相談と簡単な試食、軽い体操やお口の体操を行う | 株式会社コナミススポーツ&ライフ | I期14人 | 1,400,652 |
| | 口腔機能向上歯つらつ健康教室（口腔ケアプログラム） | <ul style="list-style-type: none"> ・市内在住で65歳以上の方 ・食べることの意義や口腔機能についての講義、歯みがき指導、歯つらつ体操、唾液腺マッサージを歯科医師、歯科衛生士が行う | (公社)東京都武蔵野市歯科医師会 | I期75人 | 1,720,244 |
| | 健康体操教室 | <ul style="list-style-type: none"> ・20歳以上の運動可能な武蔵野市民。要介護・要支援認定を受けていない方。医師から運動制限を受けていない方 ・自由来所制。曜日(月・火・水・金)ごとの強度の異なるプログラムに合わせたソフトな体操や筋力トレーニングや、オリジナル体操「だんだん活力アップ体操」を実施。はじめて参加する方のために月1回入門クラスを実施。(体力測定とガイダンスあり) | (有)昌浦企画 | 4,494名 | 4,525,200 |
| | 高齢者筋力向上教室 ・健康積立預筋体操教室（東部・吉祥寺駅周辺） ・にこにこ運動教室（西部・武蔵境駅周辺） | <ul style="list-style-type: none"> ・筋力の衰えを感じている65歳以上の市民 ・市内スポーツクラブ2か所での筋力向上のための体操教室を実施。年3期、各期12回(週1回)。参加負担金3,000円(1コース) ・コナミの木曜日コースはマシンの使用あり。NAS吉祥寺は毎月マシンの体験日あり | 健康積立預筋金体操教室：スポーツクラブNAS吉祥寺 にこにこ運動教室：コナミススポーツ&ライフ | NAS91名 コナミ84名 | 5,123,035 |
| | 健康づくり応援教室（ころばぬコース、保健センター） | <ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の市民で転ぶことに不安のある方。要介護認定者は不可 ・厚生労働省「介護予防関係マニュアル」東京都老人総合研究所転倒予防プログラムに基づく、転倒予防に効果的な筋力のアップとバランス良い歩行についての運動実技を中心とした健康維持・増進のための教室。年3期、各期12回(週1回) | (株)ニチイ学館 | 105名 | 2,458,534 |
| | 高齢者保養施設利用助成 | <ul style="list-style-type: none"> ・市内在住の60歳以上の方。市が契約している保養施設の利用料助成を行う。年度内4泊まで、1泊につき3,000円の助成 | 旅館、ホテル等24施設 | 2,135泊 | 6,940,627 |
| | 高齢者食事学 | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢期の栄養についてのアドバイス、食ること・作ることの楽しさを市協栄栄養士による料理講習会・講演会を通して学ぶ ①生活習慣病②介護者のための料理③男性のための料理講習会 | 高齢者食事学研究会 | ①479 ②33 ③192 | 2,224,800 |

引用:シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」
平成27年2月3日 東京会場 笹井氏作成資料

4. まとめ

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

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

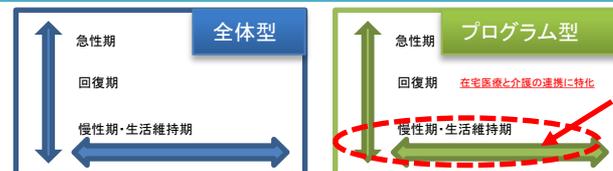
サービス検討のフレームワーク

| 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

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。

一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。

地域包括ケアシステムのサイエンス

integrated care 理論と実証

筒井孝子

兵庫県立大学大学院経営研究科教授・
前厚生労働省国立保健医療科学院統括研究官



商品No. 76110

医療・介護・福祉関係者・ 保険者必携の1冊!

今年度の診療報酬改定に続き、来年度に行われる介護保険制度改正は、「地域包括ケアシステム」の完成に向けた第一歩になると言われている。このようななか、医療・介護研究の第1人者である著者が、独自の分析力と構想力を駆使し、地域包括ケアシステムの全容について、基本から応用・実践・展開までを、あらゆる角度・論点から考察した集大成の書。

介護保険制度施行以来、たった14年間でケアに関する施策を大きく転換しなければならなかった日本の医療・保健・福祉をとりまく社会の変容を取り上げながら、「community-based(地域化)」と「integrated care(統合ケア)」という政策が、わが国の今後に与える影響と、ケアの社会化が実質的な意味で達成されるか否か?について論じる。

目次

I部 理論編：integrated care とは何か?

- 1章 日本の地域包括ケアシステム構築における社会的背景
- 2章 日本の「地域包括ケアシステム」とintegrated care
- 3章 integrated care の諸モデル

II部 実証編：地域包括ケアシステムを進めるためのツールの紹介。

- 4章 地方自治体におけるシステム統合のための方策
- 5章 「システム統合」を評価する尺度の開発
- 6章 「臨床的統合」・「組織的統合」の評価尺度の開発とその意義

III部 展開編：これからの地域包括ケアシステム展開への示唆。

- 7章 医療と介護の integration の姿
- 8章 community-based integrated care の先駆的事業としての認知症高齢者への対応
- 9章 地域包括ケアシステム推進のための新たな人材養成システム

終章：地域包括ケアシステムの展望

前厚生労働省老健局長
宮島俊彦氏 推薦!
すべてが開かれ
明らかになるわくわく感

■ B5判 264頁
■ 定価 3,000円+税

発行 社会保険研究所 〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル
since 1941

<http://www.shaho.co.jp/shaho/> 電話 03-3252-7901(代) FAX 03-3252-7977