

アザレアンさなだの目指す 「地域包括ケア」

～サービスマネジメントからヘルスケアケアマネジメントへ～

社会福祉法人 恵仁福祉協会

高齢者総合福祉施設 アザレアンさなだ

常務理事・総合施設長

日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科

特任教授

宮 島 渡

ポイント①

～高齢者の状態像の変化への対応～

・認知症高齢者への対応(認知症ケアモデル)

- ・認知症高齢者の地域生活を支えるケア体制
(サービス基盤整備、他職種協働・連携パス)
- ・医療サイドからの取り組み
(早期対応を可能にするかかりつけ医機能の強化)
(認知症診断・治療の標準化と普及)

・重度化対応(中重度者の在宅生活支援)

- ・在宅ケアにおける重度化対策(デイ機能の再構成)
- ・施設ケアにおける重度化対策(ターミナルへの対応)
- ・ケアマネジメントの再構築(サービスマネジメントからの脱却)

⇒**基本課題としての「医療・介護の一体提供」**

ポイント②

～切れ目のないケア 包括性・継続性～

- 質・量両面でのサービス基盤の整備

GH・小規模多機能・ケア付き住宅・多機能型デイ
地域医療の強化（かかりつけ医・地域支援病院）

- マネジメントの再構築

重度化・認知症に対応できる「ケア」マネジメント
⇒医療・看護も視野に入れた「ケア」マネジメント
（心身機能の低下した認知症・要重介護者を支える
「ケア」（NOT ONLY SOCIAL WORK BUT ALSO ……）

- 情報共有の仕組みの構築

多職種連携を支える「ケア情報」「健康情報」の共有

ポイント③

～コンテンツの再構成～

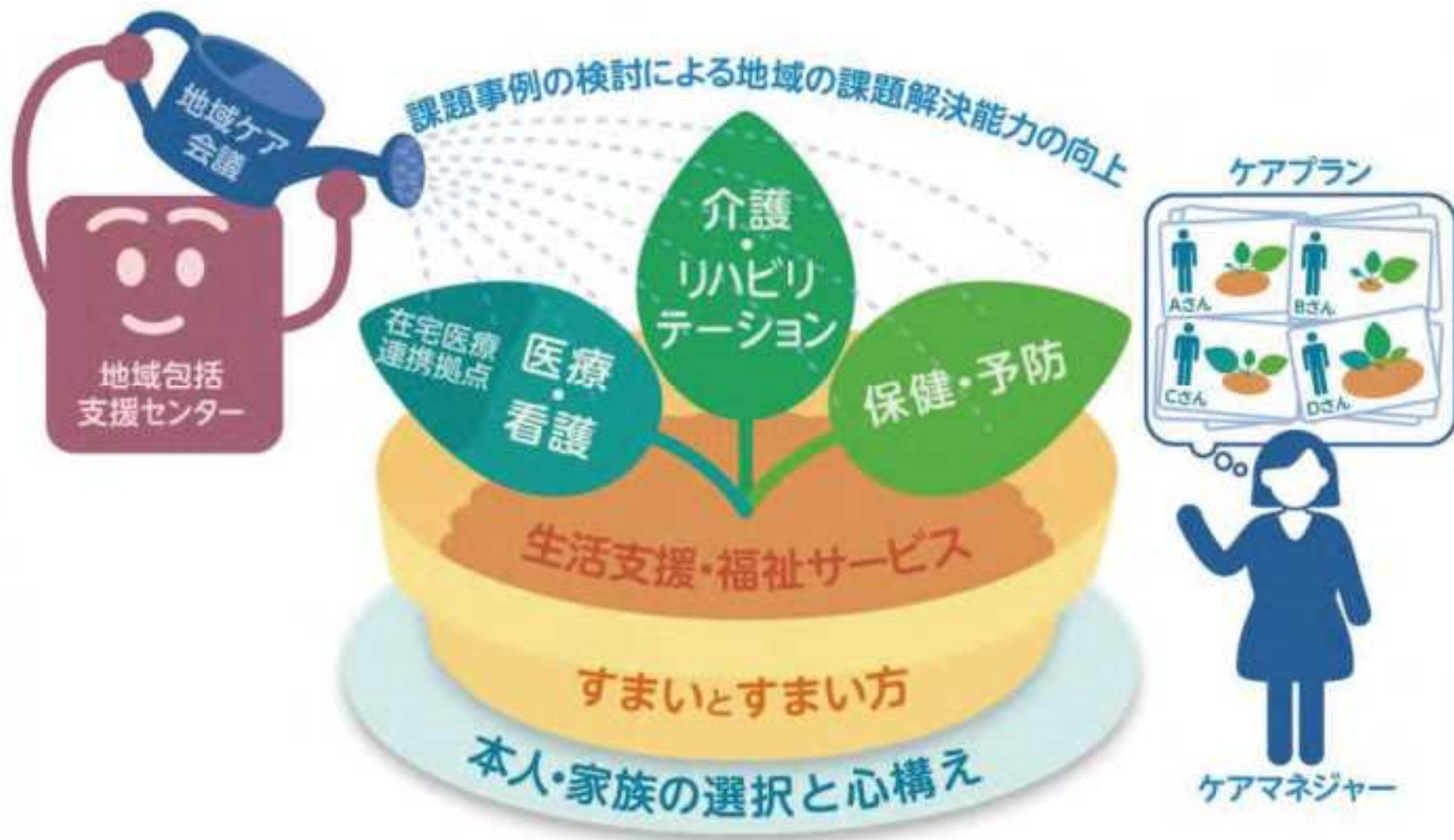
「地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク」（国民会議報告）

「地域包括ケアは介護保険制度の枠内では完結しない」



それぞれの「構成要素」ごとにふさわしい内容（機能・役割）を構築し、それを支える制度的枠組みを用意し、全体を本人の状態に合わせてマネジメントで組み立てる。

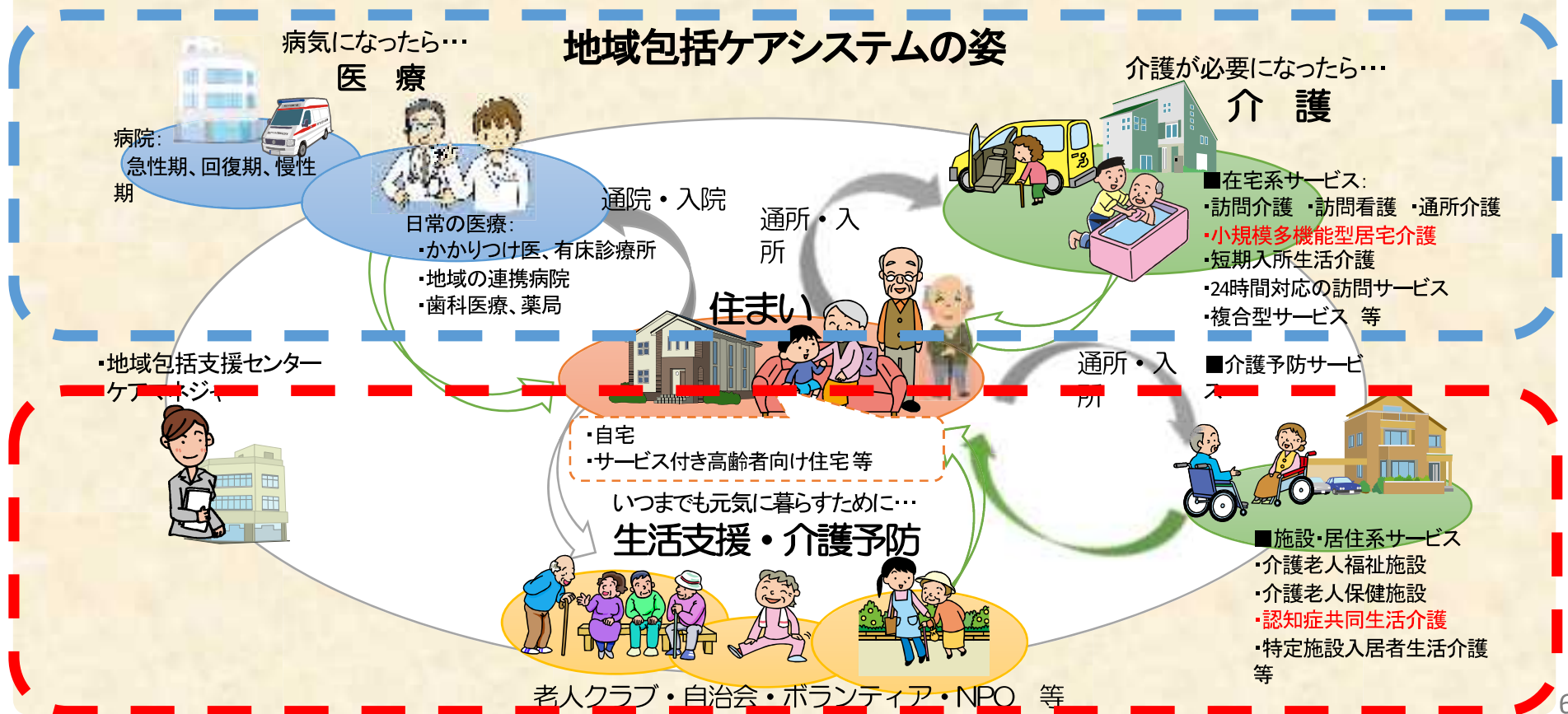
地域包括ケアは、そもそも制度横断的にサービスを組みたてていくもの。本質は「ネットワーク」「マネジメント」



— 地域マネジメントに基づく〈ケア付きコミュニティ〉の構築 —

地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、**在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。**
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する**定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等**を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす**施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。**



● 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

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」

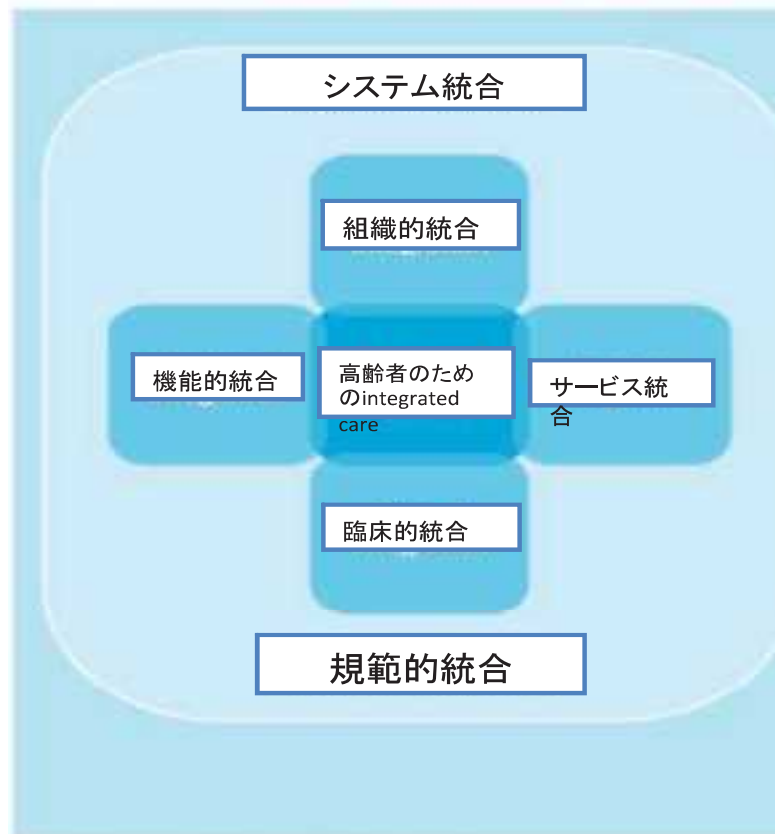
生活圏域で
体制整備

22

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

統合(integration)の種類

Fulopのintegrated care類型学(Lewis等2010)



Source: Adapted from Fulop et al (2005)

- **組織的統合**: 組織の集まり。過程としては、合併、「共同運営」、実質的に協調的プロバイダーネットワークを介したものの、さらには主体となる購入者が仲介業者をたのみ分離組織間の契約を行なうものもある。
- **機能的統合**: 電子カルテなど、非臨床的サポートや事務管理機能の統合。
- **サービス統合**: 異なる臨床的サービスの提供における組織レベルでの統合。(例えば、学際的専門家のチーム等を通してなど)
- **臨床的統合**: 専門家及びケア提供者の患者ケアプロセスを単一化、または一貫したものにする。専門家の枠を超え、共有ガイドラインやプロトコルの使用を介して行う。
- **規範的統合**: 協調を図る上での姿勢。協調に対する価値観の共有と貢献によりケア提供において信用と協調が生まれる実現すること。
- **システム統合**: 全組織レベルで首尾一貫したルールやポリシーがある。しばしば「包括的提供システム」とも称される。

上田市



長野県



2006、4(合併直後)

地域名	人 口	世帯数	高齢者数	高齢化率
旧上田市	121,627	46,799	27,673	22.75%
旧丸子町	24,076	8,589	6,308	26.20%
旧武石村	4,173	1,422	1,201	28.78%
旧真田町	11,585	3,798	2,854	24.64%
合 計	161,461	60,608	38,036	23.56%

2016、4

地域名	人 口	世帯数	高齢者数	高齢化率
旧上田市	122,641	51,874	33,831	27.5%
旧丸子町	22,706	9,158	7,251	31.9%
旧武石村	3,623	1,443	1,246	34.3%
旧真田町	10,490	3,945	3,275	31.2%
合 計	159,460	66,420	45,603	28.5%



写真出所 宮崎和加子著 田邊順一写真・文
『認知症の人の歴史を学びませんか』〔中央法規〕より

法人理念

「人として、幸せに、安心して、生きる日々を、大切に」

法人使命

福祉サービスの提供者として、必要とされるサービスをしっかりとした「説明責任」をもって提供し、利用者の立場に立った情報提供や代弁等を行い、生活支援、介護支援、医療支援、経済支援等を包括的に提供すること。

スローガン(主張)

1. 「理念」と「組織」と「人づくり」を一体に
2. 利用者本位でわかりやすく、利用しやすく、迅速に、親切丁寧に
3. 「NO」と言わずに、まず「YES」から始める

宣言

1. ご利用者の個人情報の保護に関する宣言(5項目)
2. 苦情等に関する宣言(3項目)
3. ご利用に対する宣言(15項目)
4. 抑制と安全に関する宣言(3項目)

高齢者総合福祉施設アザレアンさなだの概要

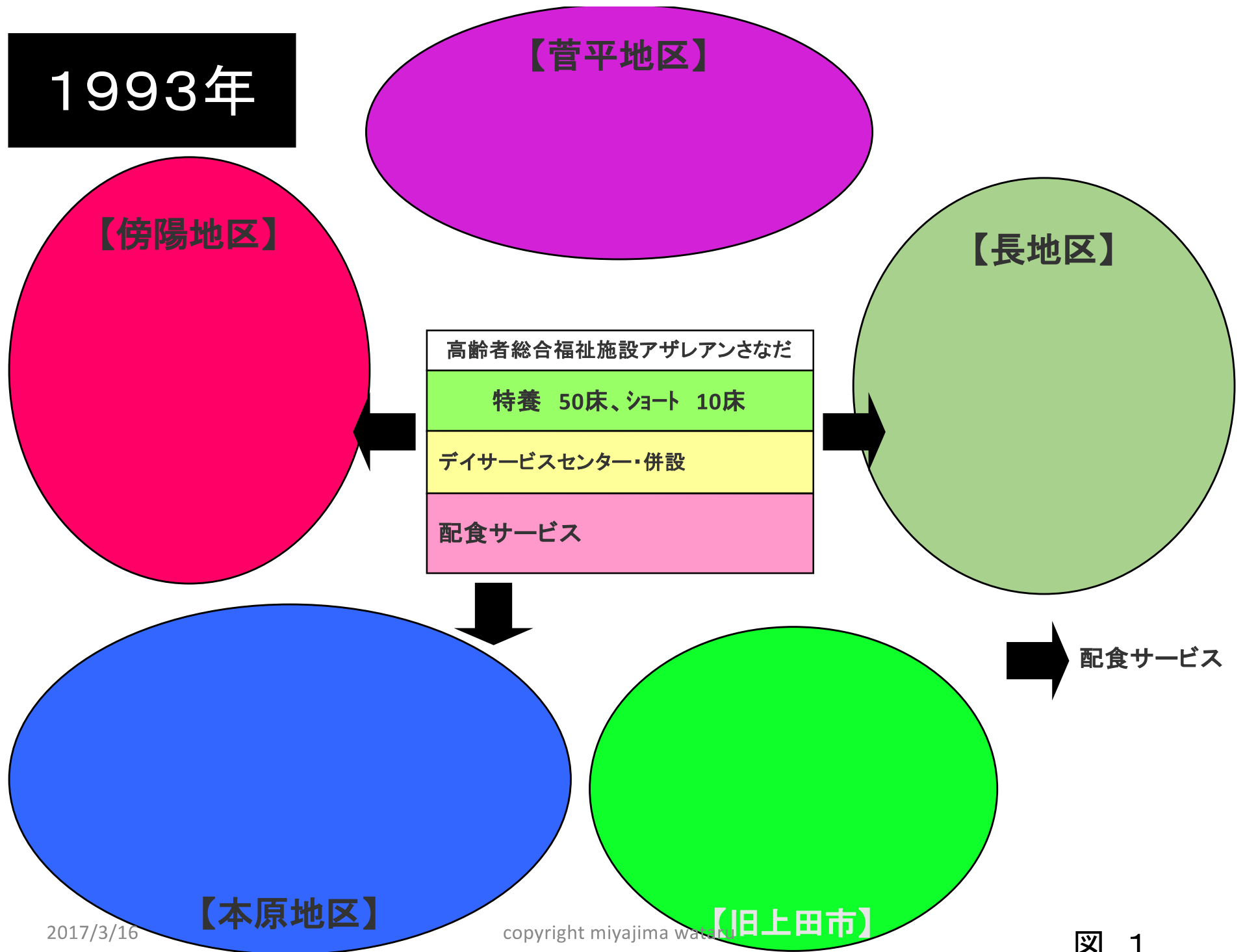
旧真田町

特別養護老人ホーム「アザレアンさなだ」(従来型)	定員30床
サテライト型特養「横尾サテライト」(個室ユニット型)	定員10床
サテライト型特養「大畑サテライト」(個室ユニット型)	定員10床
短期入所生活介護「アザレアンさなだ」(従来型)	定員22床
短期入所生活介護「大畑サテライト」(個室ユニット型)	定員 2床
通所介護(アザレアンさなだ併設 通常規模型)	定員30人
通所介護＋宿泊事業(宅老所「荒井の家」小規模型)	定員10人
認知症対応型通所介護＋宿泊事業(宅老所「萩の家」)	定員10人
小規模多機能型居宅介護「大畑の家」	登録定員20人
認知症対応型共同生活介護「菅平グループホーム」	定員 6人
認知症対応型共同生活介護「真田グループホーム」	定員 6人
認知症対応型共同生活介護「萩・曲尾グループホーム」	定員 6人
認知症対応型共同生活介護「下原グループホーム」	定員12人
サービス付き高齢者向け住宅	定員15人
訪問介護／夜間対応型訪問介護／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／訪問看護／訪問入浴 ／居宅介護支援事業所／365日3食配食サービス／日常生活支援サービス／カフェSaan／サロン大 庭／サロン憩いの家	

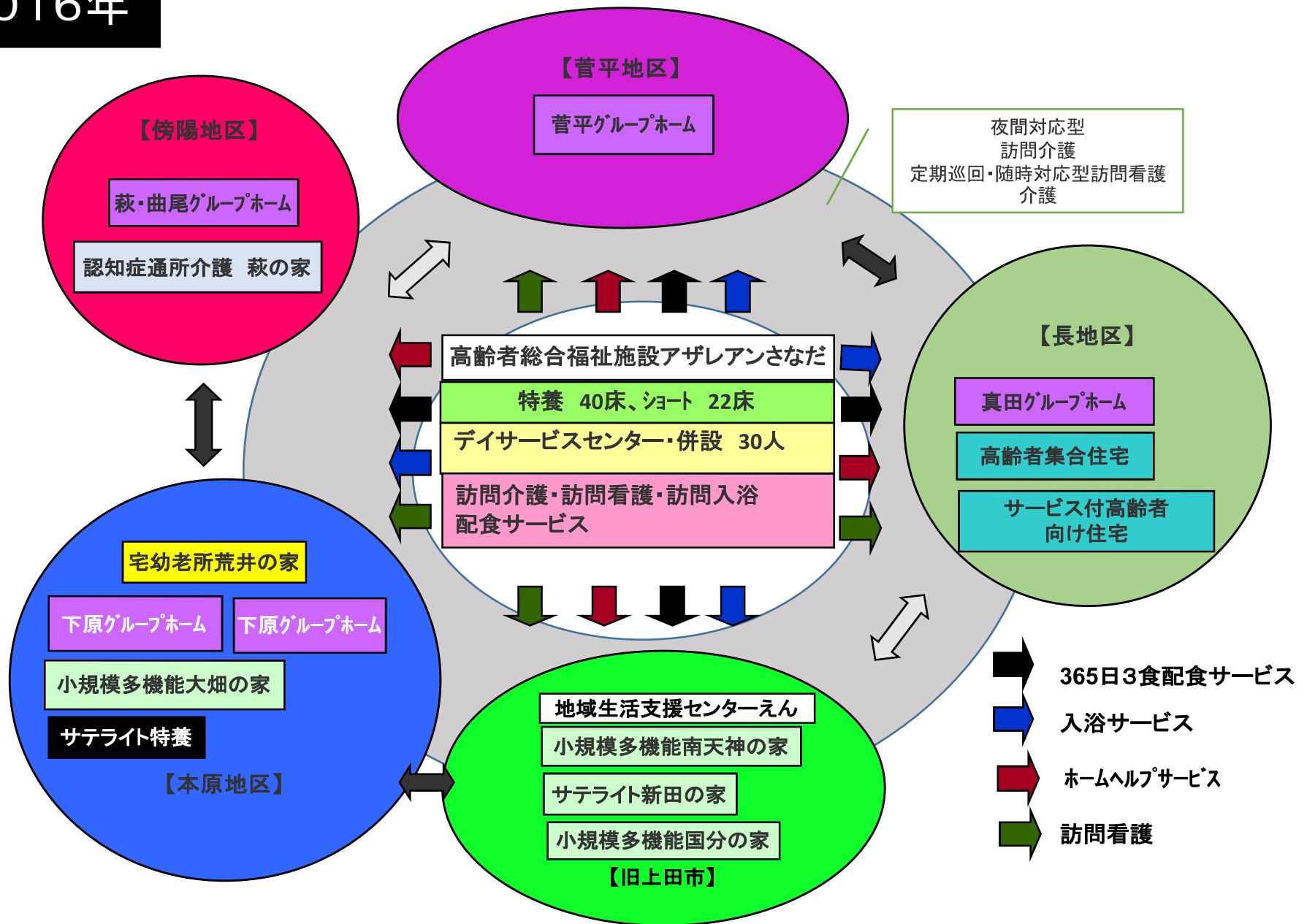
旧上田市

小規模多機能型居宅介護「国分の家」	登録定員20人
小規模多機能型居宅介護「南天神の家」	登録定員20人
小規模多機能型居宅介護(サテライト)「新田の家」	登録定員18人

1993年



2016年





高齢者集合住宅



サービス付高齢者向け住宅「アザレアン」



特養アザレアンさなだ



真田グループホーム

菅平グループホーム



サロン大庭



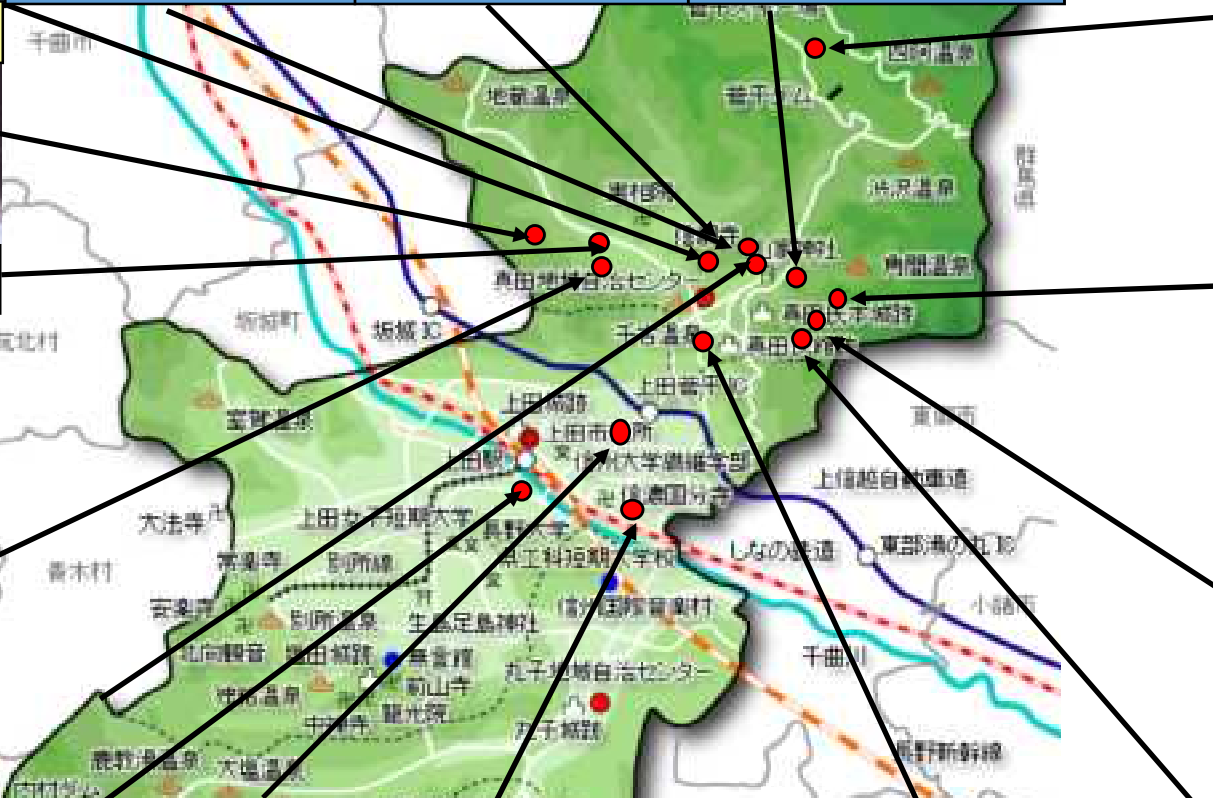
萩・曲尾グループホーム



認知症通所「萩の家」



小規模多機能「南天神の家」



小規模多機能南天神サテライト「新田の家」

小規模多機能「国分の家」

大畑サテライト 小規模多機能「大畑の家」

宅老所「荒井の家」



いこいの郷



下原グループホーム



1993年「自分の入りたい施設づくり」



措置制度において、**入所者は保護収容の対象者**であって「入りたい」という自己決定の概念は成立しない。



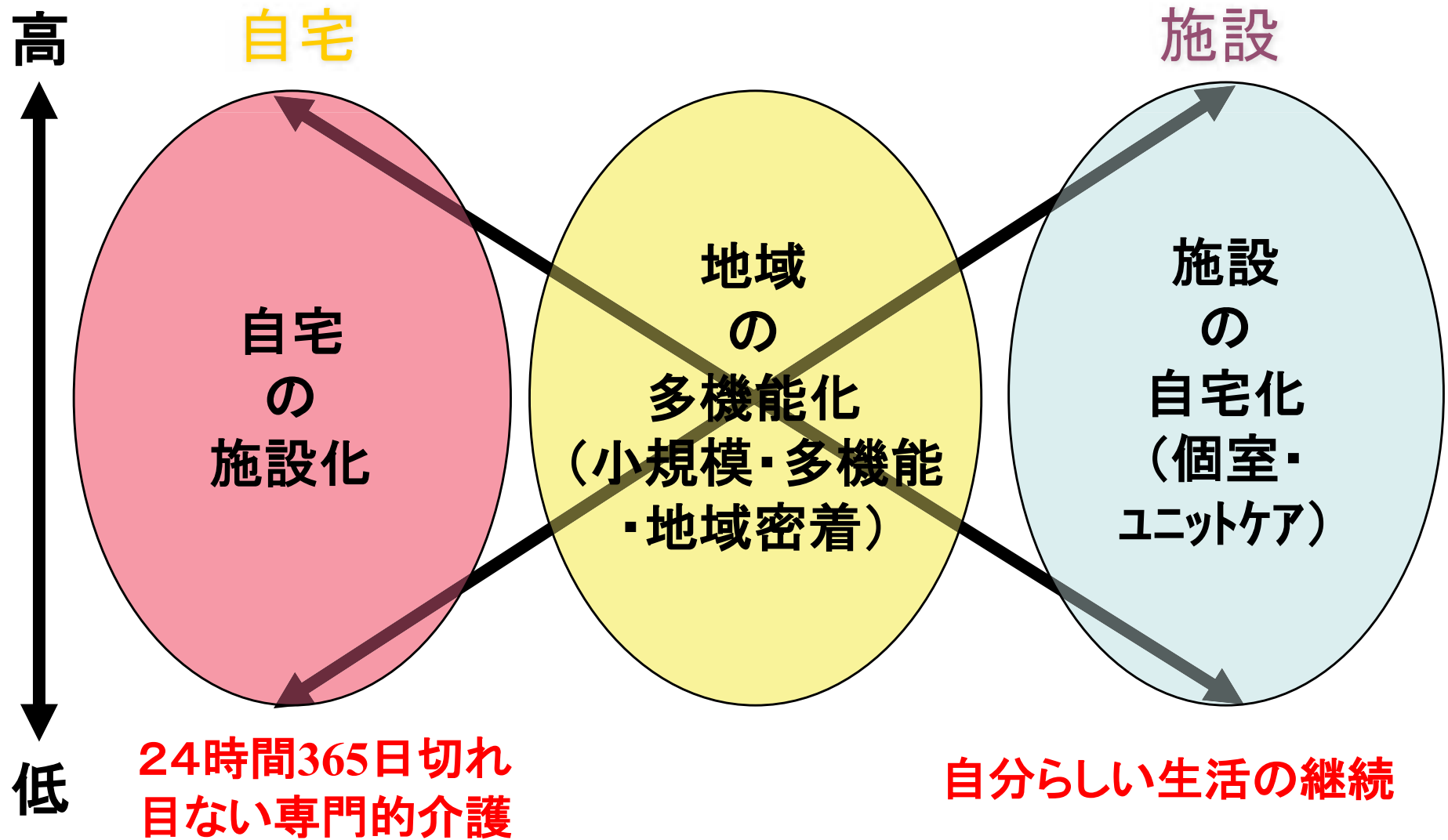
1994年「自分が入らなくてもいい施設づくり」
【**介護施設のイノベーション**】



施設機能の地域分散
(自宅の施設化、施設の自宅化、地域の多機能化)

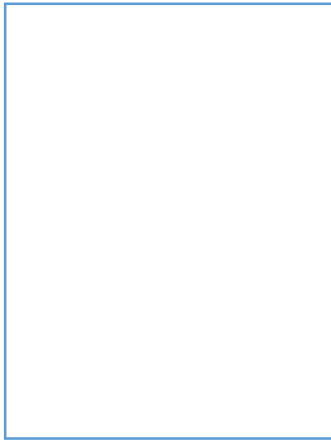
多様な選択肢、生活の継続性＝「**地域でねばる**」

アザレアンさなだの経営コンセプト



従来の施設の運営管理

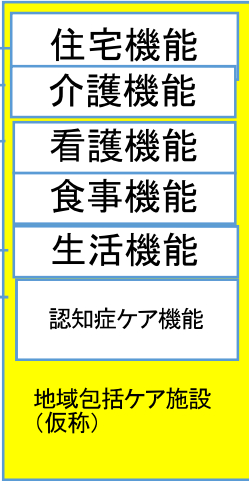
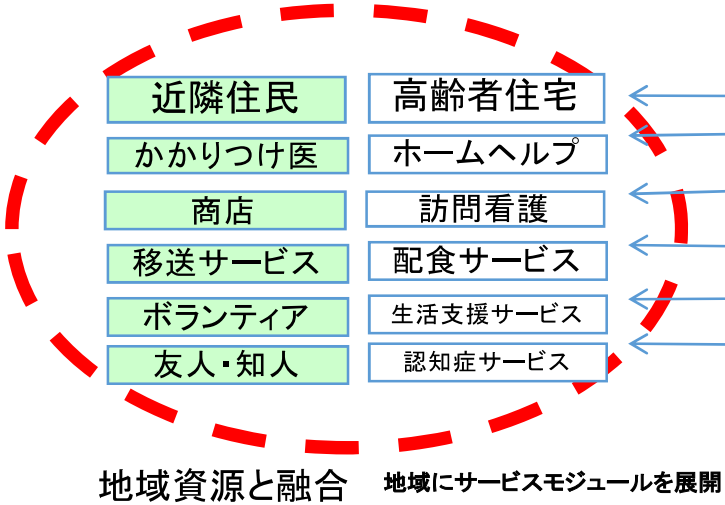
待機者？



管理運営
日課主義
一方的、画一的
硬直的
「待つ」
スケールメリットが働かない
介護保険サービス
オンリー
要345限定

施設機能の拠点展開による
地域づくり

地域生活困難者



機能的
臨機応変
ニーズ優先
柔軟的
「攻める」
スケールメリットを活かす
自助から介護保険
まで
自立～重度者まで

これからはサービス機能論

地域分散型サテライトケアのイメージ

(在 宅)

(地 域)

(施 設)

障害 高齢による生活障害

地域生活困難 周囲との軋轢

通い・移住

サテライトデイ
宅老所
グループホーム
逆デイサービス
高齢者住宅

入居

地域支援基地型
(地域サテライト)

訪問

バックアップ

24時間365日型のデリバリサービス

(今後の支援パターン)

施設依存によって選択肢が少ない

(従来の支援パターン)

収容型

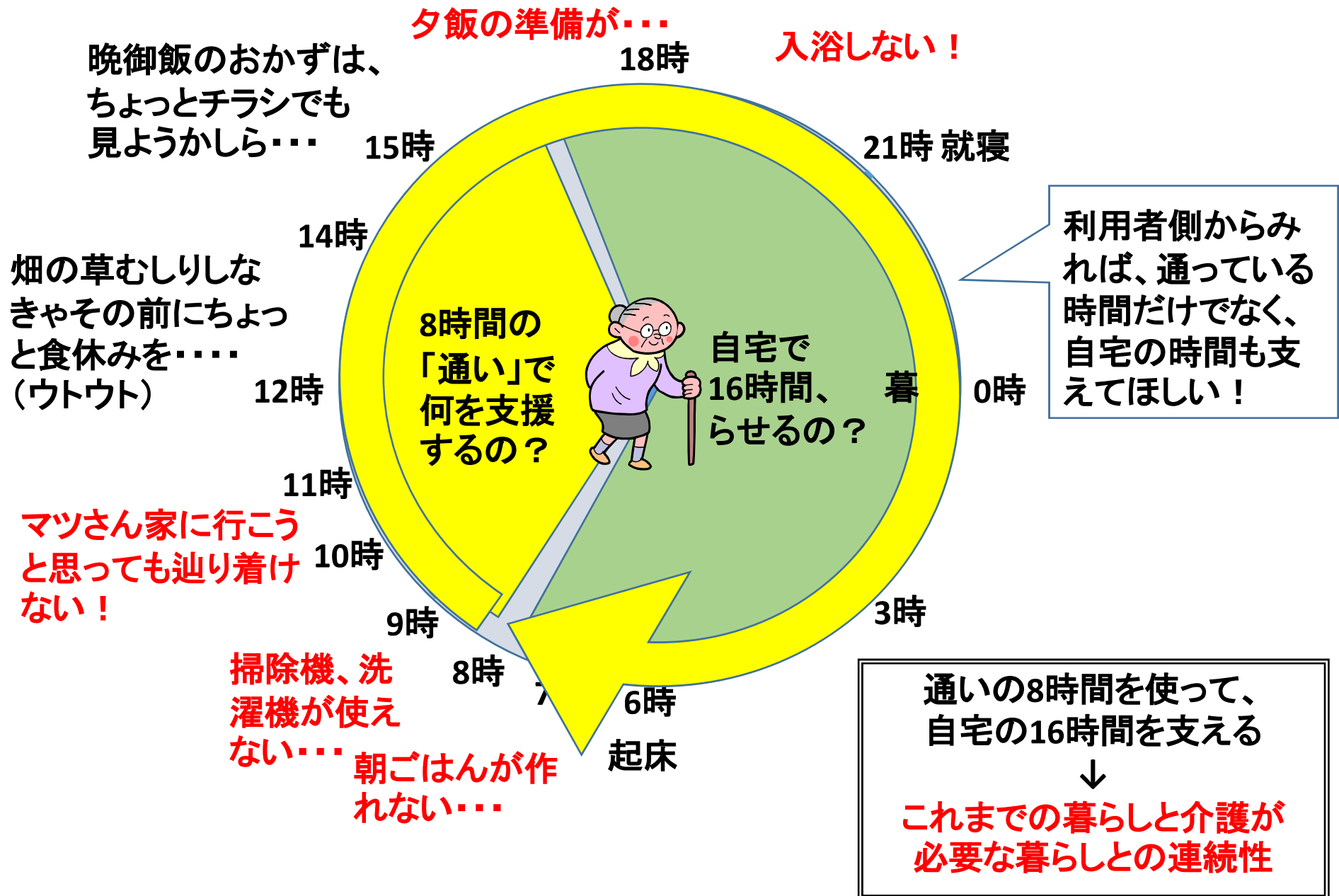
アザレアンさなだが考える地域包括ケアシステムのポイント

1. 日常生活圏域での24時間365日の在宅支援
 - (1) 施設機能の地域への分散
 - (2) 生活支援、介護、リハビリ、医療の一体的な提供
2. シームレスな支援(切れ目のないサービス提供)
 - (1) クリティカルパス、認知症ケアパス
 - (2) 自立から要介護5までの支援
3. 伴走型ケアマネジメント(生活支援コーディネーター)
 - (1) 自立から要介護5までの継続的なケアマネジメント
 - (2) 健康管理から居場所づくり、地域社会環境づくりへ
4. 住民参画
 - (1) 住民を「受け手(依存的)」から「担い手(主体的)」へ
 - (2) 「誰かのこと」から「自分のこと」
5. 医療との連携
 - (1) 日常の医療、時々医療(時期と必要に応じた)
 - (2) 多職種協働

1. 日常生活圏域での24時間365日の在宅支援

通所介護／訪問介護／短期入所介護＋居宅介護支援
は在宅福祉3本柱ではなかった。
(では、在宅限界点を上げられない)

自宅での暮らし(日中の介護が必要な暮らし)



高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために必要なこと

- 安心していられる場所がある **住まいや居場所**
- 日々の暮らしで自分の役割や楽しみがある **生きがい**
- 親しく話ができる友人(や家族)がそばにいる **つながり**
- 自分でできないことを補ってくれる人やサービスがあり、必要な時にいつでも利用できる **生活支援サービス**
- 体調の管理ができ、心身の状態に合わせてそのときどきに適切な医療や看護、介護が受けられる(何かあったら駆けつけてもらえる) **医療・介護サービス**



地域の暮らしにサービスが寄り沿っていく

住民を中心に「居場所」や「つながり」を確保しながら、各サービスが暮らしを補完するしくみにすることが必要。

3. 伴走型ケアマネジメント

(1) 自立から要介護5までの継続的なケアマネジメント

・「活動」から「参加」への支援

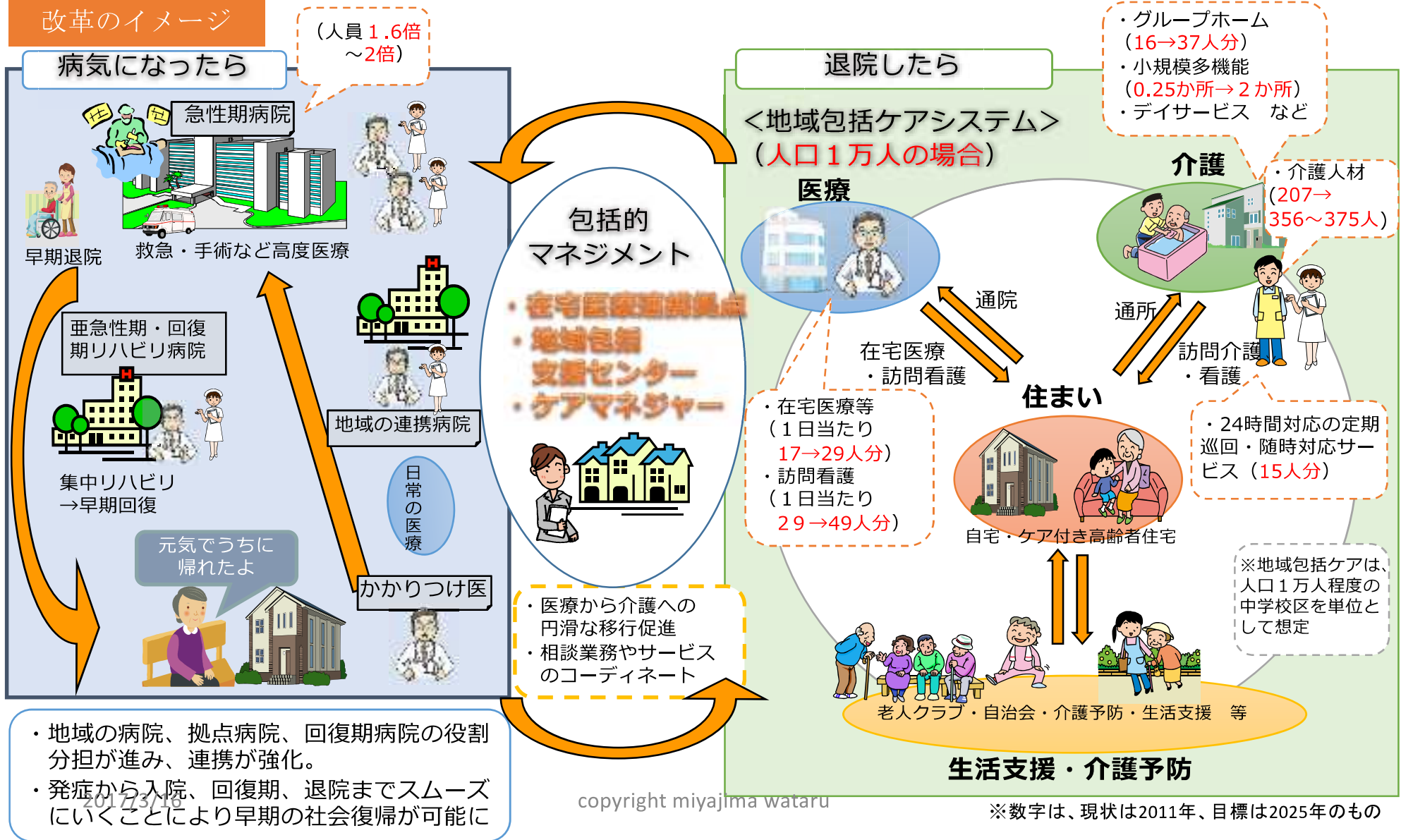
(2) 健康管理から居場所づくり、地域社会環境づくりへ

地域包括ケア 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

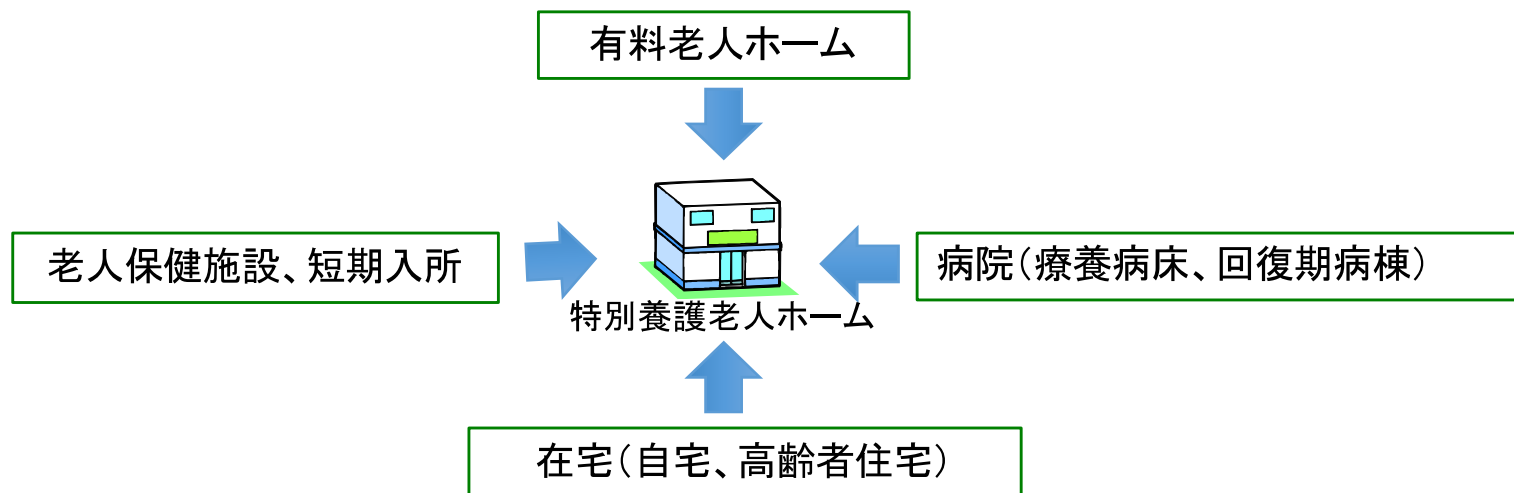
どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ

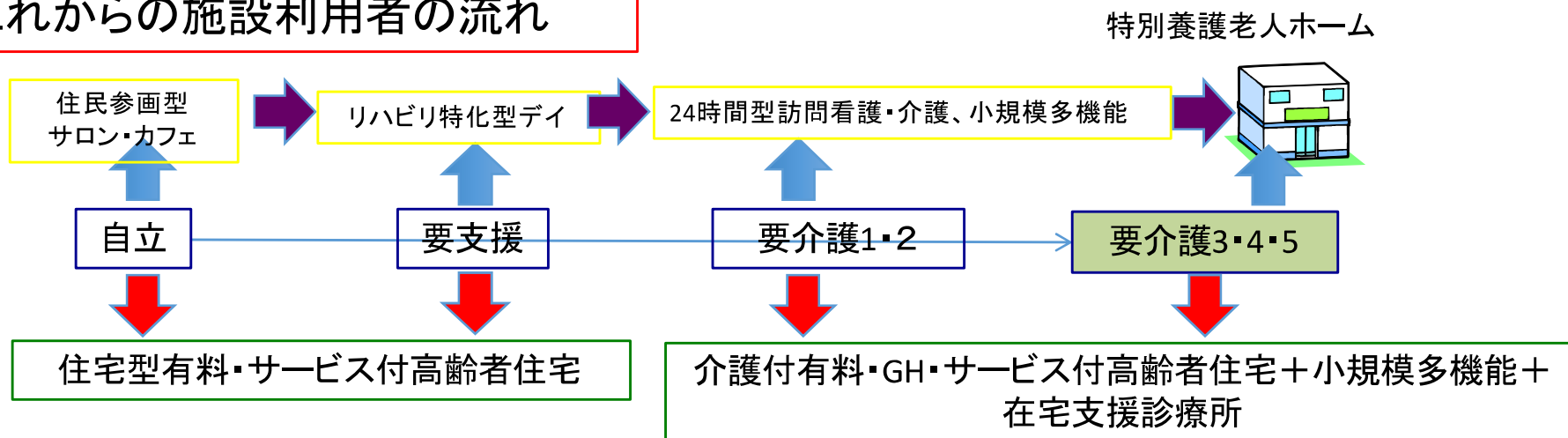


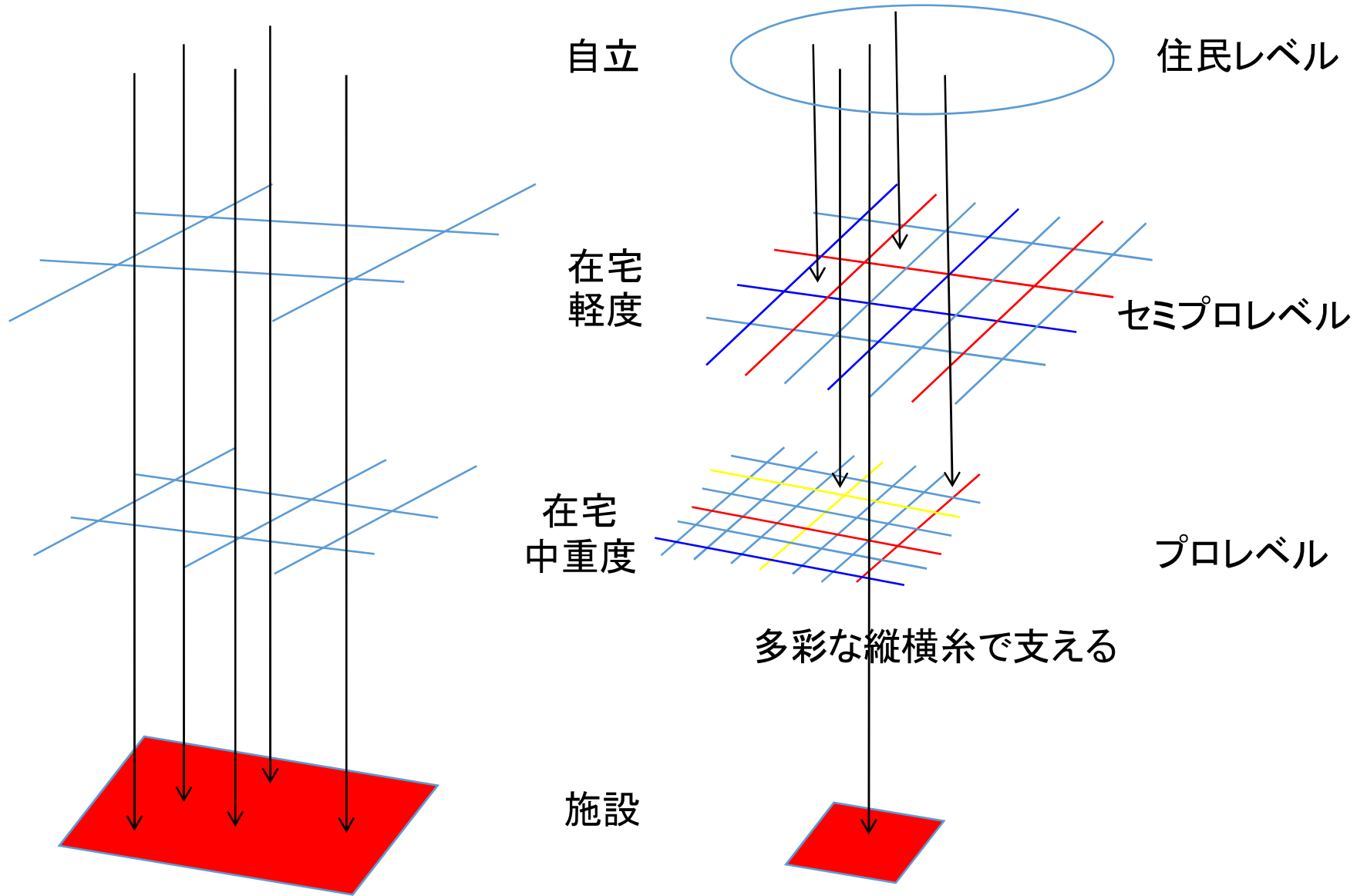
- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

これまでの施設利用者の流れ



これからの施設利用者の流れ

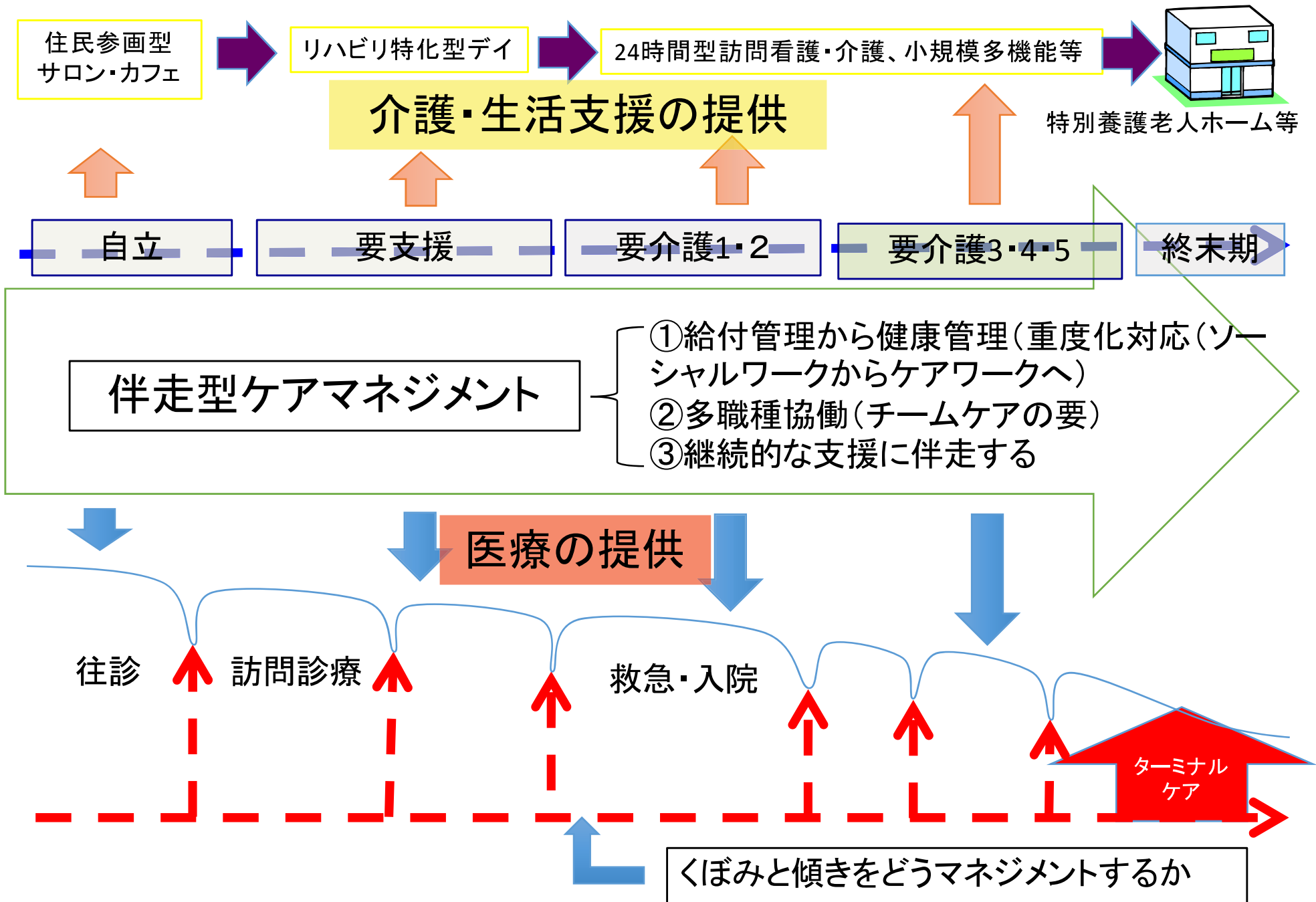




施設が不足しているのではなく
セーフティネットが機能していない

施設はそれほど
必要でなくなる？

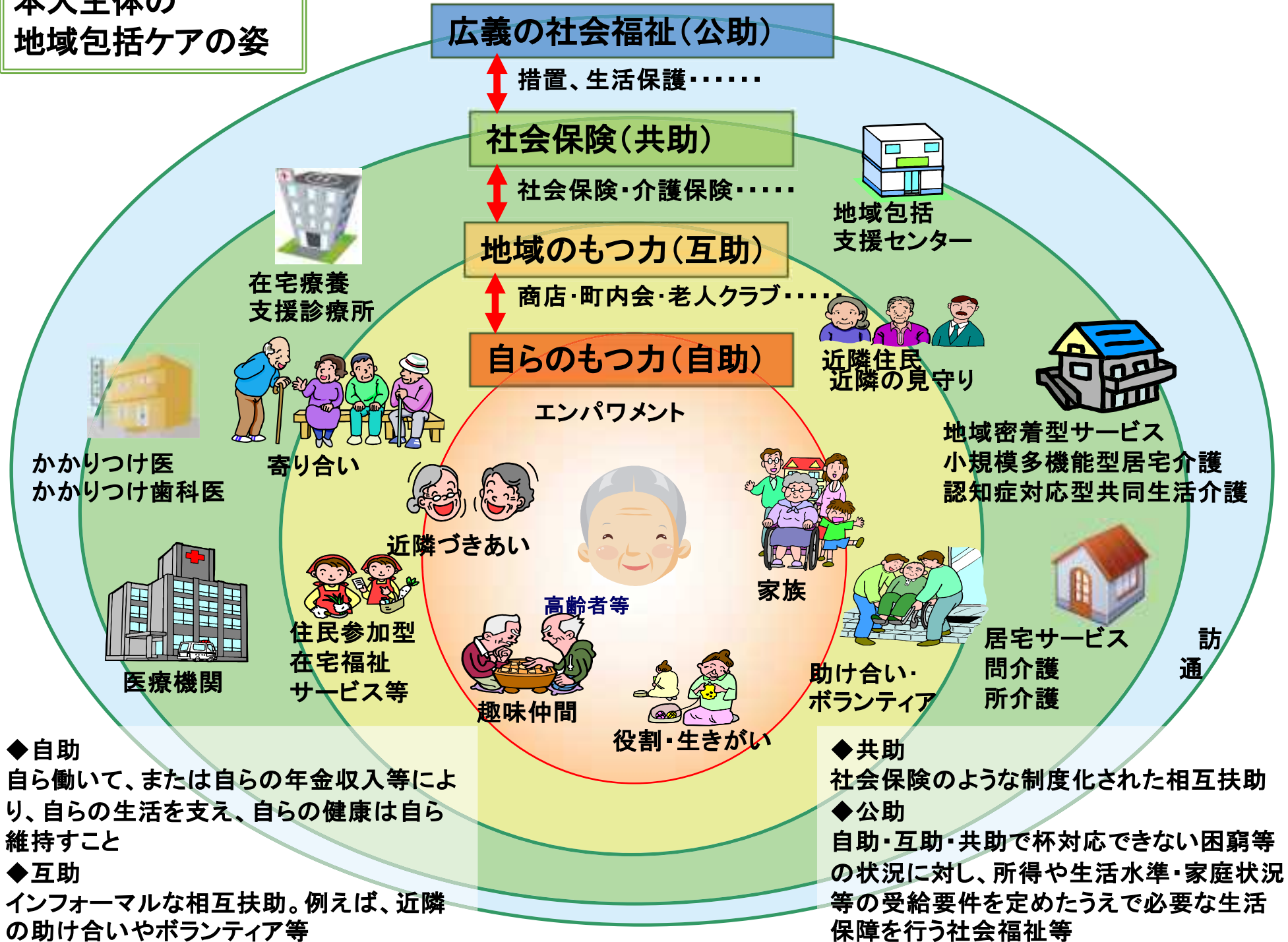
地域包括ケアのケアパス(Care Pathway)



4. 住民参画

- (1) 住民を「受け手(依存的)」から「担い手(主体的)」へ
- (2) 「誰かのこと」から「自分のこと」

本人主体の
地域包括ケアの姿



◆自助
自ら働いて、または自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること

◆互助
インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等

◆共助
社会保険のような制度化された相互扶助

◆公助
自助・互助・共助で対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定め、必要な生活保障を行う社会福祉等

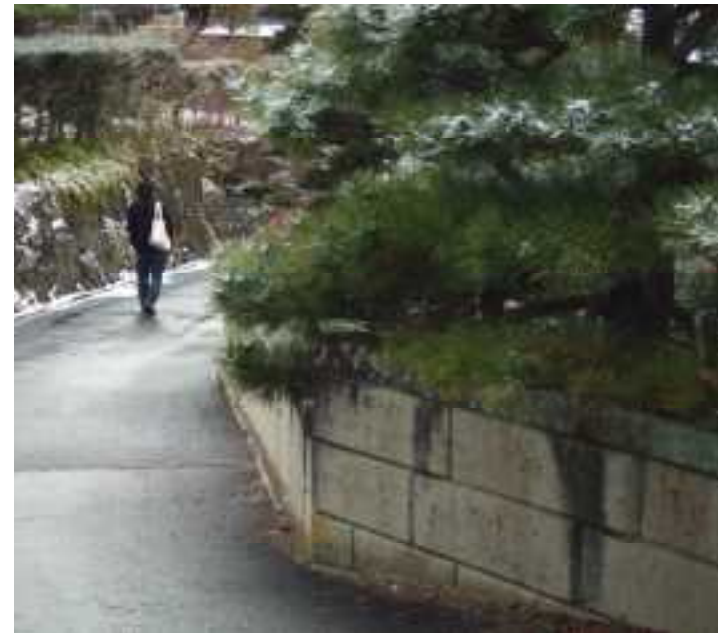


大庭地区「サロン大庭」活動
月～金開催
月1回「ほろ酔いサロン」開催

ほろ酔いサロンの開催男性陣も参加の機会を……



横尾地区SOS搜索ネットワーク





優しい声掛け
にホットする
なあ





新田自治会

上田市は人口およそ16万人、自治会数は240カ所、新田地区の人口はおよそ、3,900人。上田市全体の高齢化率28.4%から高齢者はおよそ900人、認知症高齢者、独居・老老世帯が増加している。



新田自治会の人口、世帯数、高齢者数

新田自治会の人口、世帯数

男	1,900人	女	2,071人
計	3,971人	世帯数	1,712世帯

新田自治会の65歳以上の人口、世帯数

男	478人	女	578人
計	1,056人	世帯数	687世帯

26.6%

高齢化率

新田自治会の65歳以上の高齢単身世帯人口

男	263人	女	288人
計	561人	高齢者単身世帯率	32.8%

3.1%)

(5

住民みんなで支えあう

- まだ元気なうちは社会参加して交流
 しっかり仲間づくり
- 要介護者となればその人を自宅と施設で支える
 支えの輪づくり(介護者がいなくとも)
- やがて自分がお世話になるときは
 順番に必要なに応じて支援される
- **施設の自宅化(施設であって自宅の雰囲気)**
- **自宅の施設化(自宅に支えるチームが訪問)**

— これらを専門家(医療・福祉)がきちんとサポート —

平成25年1月20日 ワークショップ

「安心して老いを迎えられる新田」について、ワークショップ形式で考え、発表し、課題を共有する。



平成25年1月26日 会議



新田自治会内のボランティア、商工会、青年部、民生児童委員、老人会など様々な団体に呼びかけ、1月20日のワークショップを共有する。

「安心して老いを迎えられる新田」をテーマに話し合いが持たれた。

新田自治体役員、住民、有識者、行政、恵仁福祉協会職員などが「安心して老いを迎えられる新田」について意見交換をする。

医療の心配、介護施設の誘致、ボランティア活動など住民の活動の場を作ること、相談機関が身近に必要ななどの意見が出された。



平成25年6月16日 講演会



老健局総務課長による、「地域包括ケアシステム」についての講演会、シンポジウムなどが、一般住民を対象に開催された。

研修会・視察研修



アザレアンさなだの取り組みについて、勉強会が行われた。大きな施設を作らなくても、施設機能を地域分散させることで、重度になっても在宅での生活が継続できる。



先進地視察を行った。

平成24年度新潟県・平成25年度岐阜県・平成26年度石川県・平成27年度神奈川県

NPO法人新田の風





上田

地域で支える在宅介護 新田自治会 医師・薬局などと連携

上田市中心部の新田自治会と地区医師、調剤薬局などが連携して、在宅での介護を支援する仕組みを構築している。市が中心となり、医師、調剤薬局、NPO「新田の風」が連携して、在宅での介護を支援する仕組みを構築している。市が中心となり、医師、調剤薬局、NPO「新田の風」が連携して、在宅での介護を支援する仕組みを構築している。

NPO発足へ 住民の力が生かす仕組みに

新田自治会は、住民の力を生かす仕組みを構築している。市が中心となり、医師、調剤薬局、NPO「新田の風」が連携して、在宅での介護を支援する仕組みを構築している。

「地域で支える在宅介護」は、医師、調剤薬局、NPO「新田の風」が連携して、在宅での介護を支援する仕組みを構築している。市が中心となり、医師、調剤薬局、NPO「新田の風」が連携して、在宅での介護を支援する仕組みを構築している。

信濃毎日(平成25年10月30日)に取り上げられた自治会からNPO「新田の風」発足に向けて

平成25年10月30日信濃毎日新聞に取り上げられた自治会からNPO「新田の風」発足に向けて

地域の介護施設 来春開設

住民の力で在宅介護目指す 上田・新田自治会

上田市上田に米寿、小規模多機能型居宅介護施設「新田の家」が開設される。地元の新田三自治会（新田町や新田町と連携し、住民の力を生かして高齢者を在宅で介護する仕組みづくりを目指している。その取り組みに社会福祉法人「福祉協会」（上田市美田町長）の常務理事長（以下）が加わっており、住民や介護職を巻き込み、地域の負担を減らせる施設を建設する計画だ」と考え、両市八として、施設を建設する計画だ。

理念賛同 市内の法人建設

新田自治会では、地元に住む高齢者や障害者への支援を中心に、介護が必要な高齢者が自立できるようにするために取り組まなければならないと考えている。



福祉協会が地元住民に向けて行った新田の家の建設説明会。10月17日、新田町を会場とした。



「新田の家」の建設を計画している。

と、地元住民に呼び掛ける。01年秋から開業を始めた。高齢者の買い物やこみ出しを近隣住民が手伝うといったアイデアが出る。一方、新田には老人施設がない。安心して住居には近くに施設が必要だ」という意見もあった。井さんに声を掛けられて開業の場に加わっていた常務理事長は「協力したい」と施設の開業を申し出た。建設する土地は、住民が建設した建設の中から大規模な近くを避け、建設するつもりだ。

両市八が連携する同様の施設は市内で4カ所あり、説明と説明があり、訪問介護も新田の家のスタッフが担当する予定だ。1月1日に着工し、来年4月1日の開業を目指す。木浦市でも計画している。木浦市でも計画している。木浦市でも計画している。木浦市でも計画している。

新田自治会では、地元に住む高齢者や障害者への支援を中心に、介護が必要な高齢者が自立できるようにするために取り組まなければならないと考えている。福祉協会が地元住民に向けて行った新田の家の建設説明会。10月17日、新田町を会場とした。

地域との交流がある、自み備わった地域で安心して暮らしたい。そんな気持ちにお応えします。

新田の家

しんでんのいえ

小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）



最新型の3フロアタイプ

【内覧会のご案内】

平成26年4月26日(土)・27日(日) 10:00~16:00

ご近所お誘い合わせの上お気軽にお越し下さい

【看板制作も実施します】

新田の居宅施設制作にご協力ください

内覧会にお越しの際は、ミニタオルで看板の制作にご協力をお願いします。小さなタオルを振り付けて「新田の家」の看板にもお返し下さい。

小規模多機能型居宅介護サービスとは？

ご利用者様に本人の状況や介護者の都合に合わせて、「高い」や「訪問」、時には「宿泊」に介護方法を変化させることができます。ご利用者様おひとりおひとりを尊重した在宅介護を中心としたサービスです。

新田の家 ☎0268-76-5670

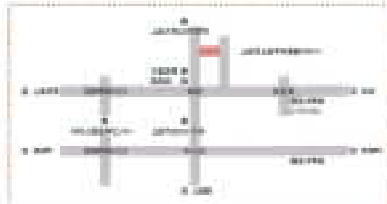
所在地 上田市上田字秋葉原 2545-5

お問合せ 社会福祉法人 恵仁福祉協会

高齢者社会福祉施設

アザレアさんなど 法人本部

0268-76-3761



上田市真田町長の社会福祉法人 恵仁福祉協会は5月1日、小規模多機能型居宅介護施設「新田の家」を同市上田に開所する。同法人の宮島渡 常務理事は、住民の力を生かした高齢者の在宅介護の仕組みづくりを目指す地元の新田自治会の取り組みに加わっている。「老人施設のない新田で安心して住むには近くに施設が必要」と、同法人として

上田で来月1日 介護施設が開所

今月26・27日に内覧会

建設に至った。今月26、27日に内覧会を開く。

新田の家は大星新場のほぼ向かい側にあり、木造平屋で広さは190平方メートル。通所



5月1日開所する「新田の家」の3F部

と宿泊ができて定員18人。テラスがある広い居間と6畳の和室、1人ずつ泊まれる4室がある。上田市内に住む人が利用できる。

管理者の土屋美穂さん(43)は「自宅と同じような環境を提供したい」と話す。新田地区の住民らでつくるNPO法人「新田の風」(井井雄雄理事長)は今後、利用者のニーズに応じてどんな協力ができるか話し合っていく。

内覧会は同日とも午前10時から午後4時。問い合わせは新田の家(☎0268・75・5070)へ。

新田の家「開所に伴う内覧会を開催」(四月二十六・二十七日)



平成26年4月30日 開所式



県内外から24人、思い出語り合う

牧陽中学校 昭和24年卒業「洗馬の会」



昭和24年卒業した牧陽中学校の元生徒24人が集った。

【本紙記者 上田 幸子】「洗馬の会」のメンバーが、2014年5月17日(土)に上田市の新田の家で集まり、思い出語りや交流を行った。当日は県内外から24人が参加し、和やかな雰囲気の中で交流を深めた。

赤松小三郎の「学習帳」を発売

上田の読書時計店



上田赤松小三郎の著書「学習帳」が発売された。赤松小三郎(1911-1987)の著書「学習帳」が、上田市の読書時計店から発売された。本書は、赤松氏の学習法や人生観が詳しく記述されており、多くの人々に読まれている。



「新田の家」を開所

上田市上田に「新田の家」が開設された。



【本紙記者 上田 幸子】上田市上田に「新田の家」が開設された。この施設は、地域住民の交流の場として活用される予定で、様々なイベントや講座を開催する。また、高齢者の生活支援にも取り組む。



「新田の家」の開設は、地域の活性化と高齢者の生活支援に大きく貢献する。今後も、地域住民のニーズに応じたサービスを提供していく予定である。

在宅介護 自治会で支える

医師・薬剤師らと連携 新組織

上田



【本紙記者 上田 幸子】上田市中心部の新田長池(ながいけ)で、自治会と地元医師、薬剤師らが連携し、在宅介護の充実を図る。医師・薬剤師らと連携した「在宅介護支援センター」が、5月17日に開設された。

このセンターは、地域住民の在宅介護を支援するための拠点となる。医師や薬剤師の専門知識を活用し、高齢者の健康維持や生活支援に取り組む。また、自治会との連携により、地域全体の介護環境を向上させる。

17日の第1回総会には、自治会関係者や医師、薬剤師らが出席。新田長池自治会会長は、「在宅介護の充実には、地域住民の協力も不可欠」と述べた。また、医師からは、「在宅での医療提供は、高齢者の生活の質を向上させる重要な役割を果たす」と強調された。

平成26年5月17日

NPO法人「新田の風」発足式

(信濃毎日新聞 平成26年5月20日)

深刻な家庭介護力の低下 ——— 地域ぐるみで高齢者の介護システム作りへ

井 藤 隆 医師
井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。井藤医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。



井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。



「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。

4月に「新田の家」オープン 自治会が大きな力に

365日 24時間対応の介護施設

「地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている」と、井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。井藤医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。

上田市の井医師「全国へ広めたい」

井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。井藤医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。

井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。井藤医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。

自分を支えてくれる存在に安心



井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。井藤医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。

井藤隆医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。井藤医師は、新田市の介護施設「新田の家」の完成を待たずして、地域ぐるみで高齢者の介護システム作りを進めている。



高齢者福祉施設について、介護職員と自治会役員ら（新田市の介護施設）

地元ミニコミ紙に載った新田の取り組み

◎認知症支援チーム

認知症サポーター養成研修(2014年～

シニアサポーター養成研修(2015年～

安心見守り声かけ訓練

上田北小学校、第三中学校生向け認知症サポーター養成研修

◎エンディングノートチーム

◎「新田の家」支援チーム

◎「ふれあいサロン風」の運営(2015年8月～

その他毎年度各種勉強会イベントの実施、上映会「妻の病」、「生と死を考えるイベント」、視察「小田原福祉会」

いのちの選択

第2版（平成27年度）

氏名 _____

平成27年度 地域福祉づくり支援会社会事業

【病名・病状の告知について】

- 本人にのみ知らせてほしい 家族のみ知らせてほしい
 家族と一緒に知らせてほしい 決めていない

【余命の告知について】

- 本人にのみ知らせてほしい 家族のみ知らせてほしい
 家族と一緒に知らせてほしい 決めていない

【終末期の医療について】

- できるだけ望む なるべくしないで欲しい 決めていない

家族に任せる（家族の判断で、延命治療を打ち切っても構わない）

※終末期：生命維持の処置を行わなければ比較的短時間で死に至るであろう、不応で回復不能の状態

【終末期での、望む生命維持処置】

- 心臓マッサージなどの心臓蘇生 人工呼吸器
 胃ろう 延命の処置は望まず自然死を希望する
 すでに「尊厳死宣言書」を作成した

※胃ろう：栄養食などを、腹部から胃に直接送ったチューブで取りこむこと

【最後の時はどこで迎えたいか】

- 自宅 施設および病院

【ご家族の同意欄】

平成 年 月 日 署名捺印： _____

平成 年 月 日 署名捺印： _____

平成 年 月 日 署名捺印： _____

平成 年 月 日 署名捺印： _____

【あなたのサイン】

平成 年 月 日 署名捺印： _____

※「いのちの選択」は、お墨子版と一緒に保管しましょう
※健康状態等により考え方が変わった場合は新しいものに書き換えてください



サロン風の風景



シニアサポーター
研修の風景

暮らしの保健室
秋山正子さん講演会



平成29年1月25日「認定NPO」を取得する

NPO法人「新田の風」のめざすこと

1. 手遅れにならないための住民支援(イメージ①)

- ・認知症の方への早期発見および地域で見守り支える
- ・重症化する前に未然に防ぐ活動(介護認定前の方へのかかわりを)

2. 地域のお年寄りに寄り添い支援する(イメージ②)

- ・認知症シニアサポータを育成し支えるチームの一員となる
- ・専門家および地域住民で支援(とくに認知症および独居の方へ)

3. 終末期を住民の手に(イメージ③)

- ・ご本人が望めば最後まで在宅で支える(たとえ**介護者がいなくとも**)
- ・まだご本人が元気なうちから行く末の相談のお手伝い

→お薬手帳に「**いのちの選択**」を！ 定着普及させる活動

4. 住民運動の地域リーダーとなれるような専門家に(時間外)

→地域に出ていき、対話を積み重ね、つながりをつくる

「地域福祉型福祉施設」(地域密着型サービスの特性)

(利用者の主体性と個別性)

1. 利用者がそれまで築いてきた生活を尊重することで、利用者が持っている主体的な「力」を引き出すことができる。

(ニーズの共有性)

2. 生活のしずらさを抱えている利用者は、誰でも幅広く対象者になり得る。(高齢者、障がい者、児童などなど)

(生活の全体性と支援の多面性)

3. ひとつのサービス、特定の問題解決ではない支援が可能になる。

(専門と非専門の協働性)

4. 専門職だけでなく、住民が幅広く担い手として参加できる。

(支援の汎用性)

5. 利用者の生活のしずらさの支援は、他の方にも当てはまる可能性がある。

(社会関係の連続性)

6. 利用者と地域のつながりを維持し新しい関係を築いて行ける。

(利用者と援助者の協働性)

7. 提供者、受ける側の垣根を超えて、利用者、事業者、住民が協働するサービス。

(地域でのサービスの開拓性)

8. 地域とのつながることで、新しい視点でサービスの開発ができる。

(地域の再組織性)

9. 地域とつながることで、問題を共有して、地域にある様々なもの、児童・環境・地域振興となり、「まちづくり」につながる。

(生活の継続性)

10. 地域の中で実現することで誰もが地域に住み続けることができる支援がある。

(利便性と柔軟性)

11. 利用者の身体状況や生活状況の変化に臨機応変に応え、症状や環境の変化を少なくするためにサービスが多機能化している。

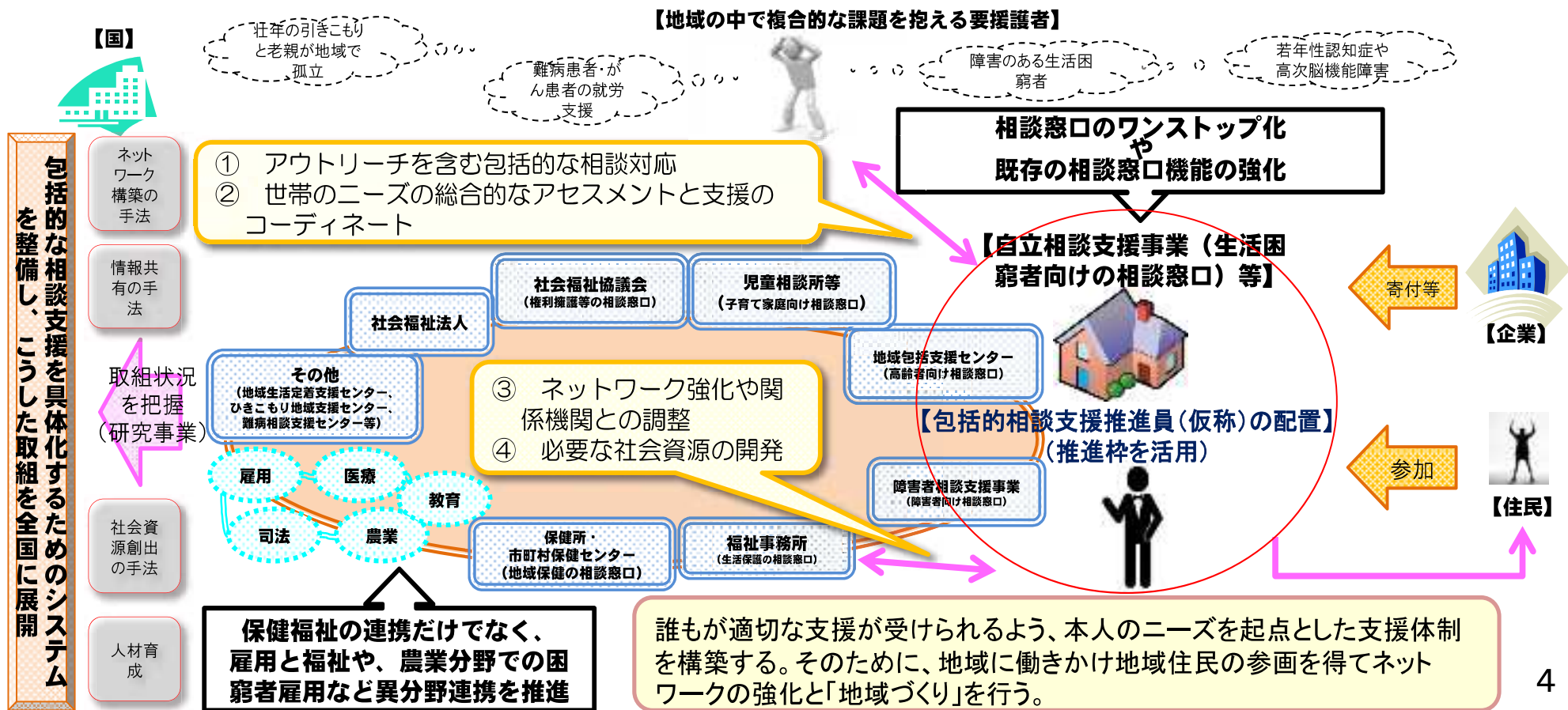
(利用者、家族、住民の暮らしの補完性)

12. 利用者と家族、地域住民の関係を支援し、相互の自立を高める。

1 さまざまなニーズに対応する新しい地域包括支援体制の構築

① 包括的な相談支援システムの構築

- 我が国の福祉サービスは、高齢、障害、児童その他対象者ごとに専門的サービスが充実してきたところ。他方、福祉ニーズの多様化・複雑化や人口減少など地域社会が変容する中で、単独の機関によるアプローチでは、十分対応できないケースも浮き彫りになっている。
 - 既存の支援体制の存在や地域によって実情が異なることも踏まえながら、こうした新たな課題に対応するため、
 - ・ 地域の中で「狭間のニーズ」を掘り取り総合的な見立てとコーディネートを行う機能を強化する
 - ・ 多機関・関係者の連携を強化し社会資源の開発を図る
 - ・ 支援人材を育成しつつ、包括支援のノウハウを全国展開する
- 推進枠を活用しモデル的な事業実施
調査研究事業の実施
- などの取組を通じ、**多機関・多分野協働による新しい包括的な相談支援システムを構築**する。



4. 医療との連携

高齢期の疾患の捉え方を変える・・・

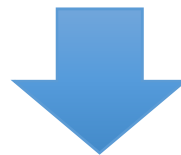
「治す」から「支える」へ

その中で、医療とどう連携をとるか

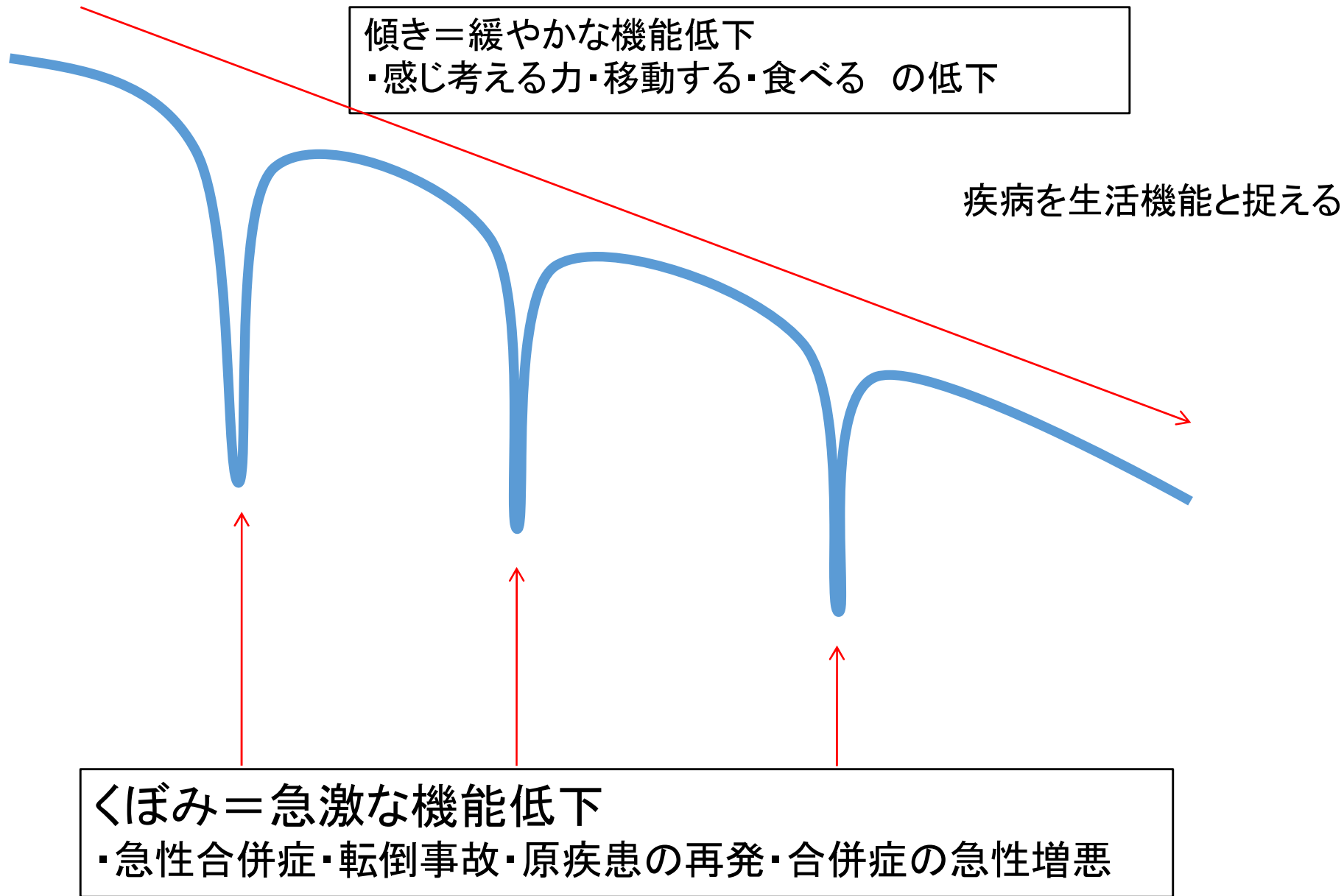
疾病を生活機能障害と捉える



- 運動機能低下
- 口腔、栄養、摂食嚥下障害
- 情動不活発、高次脳機能低下
- 環境、背景課題



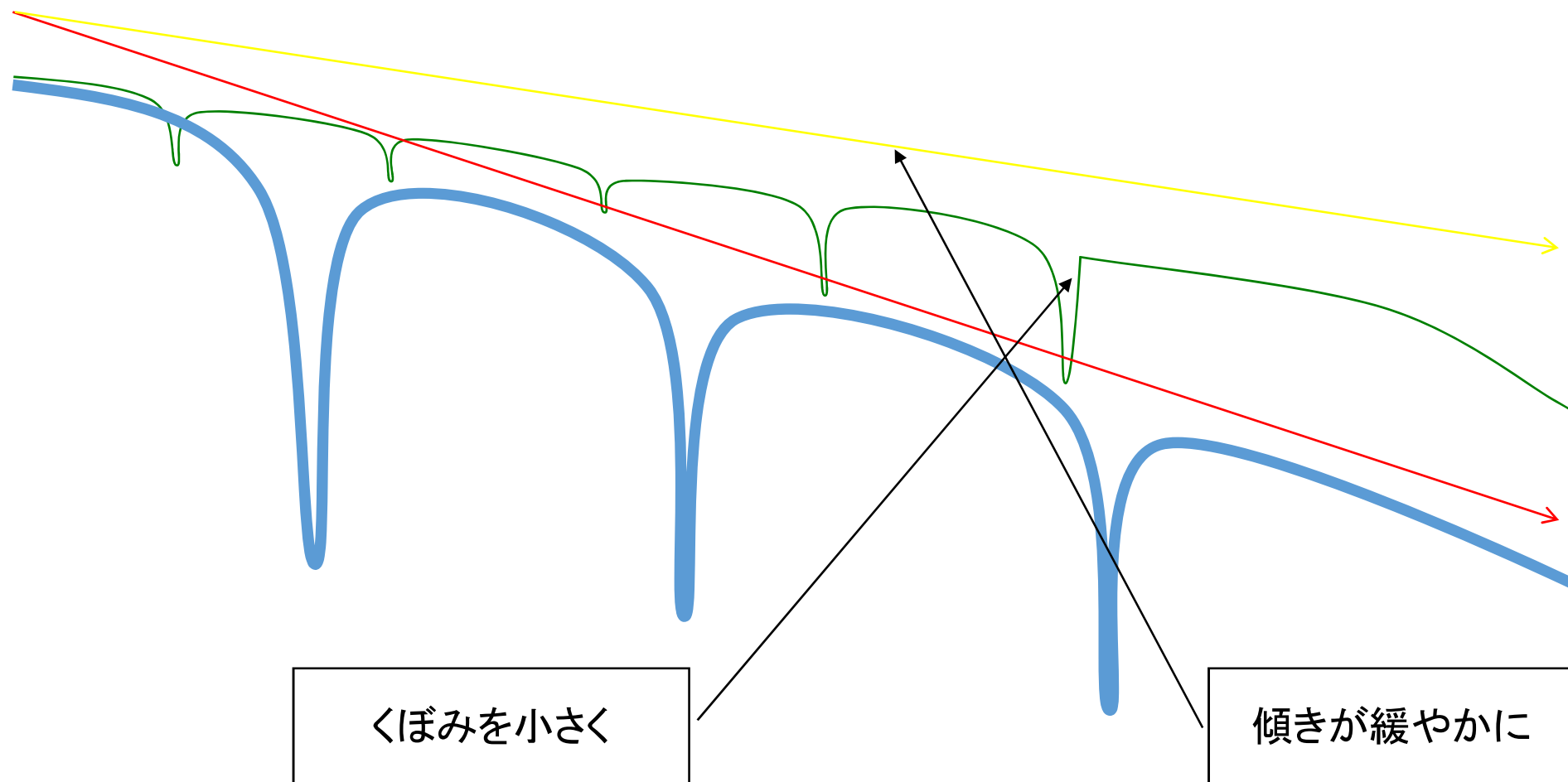
これらの横連絡が必要になるので、重度化対応に向けた多職種協働が必要



あおぞら診療所 川越正平先生「軌道を踏まえた長期ケアのあり方」より

在宅の重度対応

- ◎地域包括ケア＝生活の継続性 シームレスなケアの実現
- ◎ケアがくぼみ(急激な機能低下)を小さく、傾き(緩やかな機能低下)をより緩やかに
- ◎そのためには、日常の健康管理、重度化の予防(リスク管理、可能性の実現＝目標の設定)
- ◎そのために、介護と医療のチーム化(多職種協働)
- ◎日常の生活支援、健康管理のため客観的なデータ(事業所、家族)の収集(共通の言語)
- ◎データの分析と共有(地域ケアマネジメント会議、カンファレンスの開催と活用)
- ◎コンダクターが必要(伴走型ケアマネジメント)



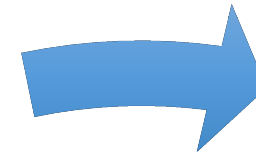
人材育成・定着に向けて

課題発生

- ① 具体的経験
総合記録
シートの記入

情報の収集

- ② 内省的思考・リフレクション
データを
ダブルチェック
(仮説)



知識教育・OJT

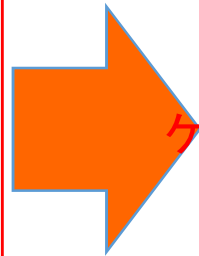
基礎介護研修

新人研修

エルダー研修

グレードアップ
研修

事例検討会

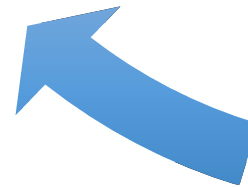


ケアのプロセス (経験学習サイクル)

ケアプランへの反映・ケ
アの提供

- ④ 能動的実践反映
早期介入

による重篤化の
防止



情報の共有

- ② ‘内省的思考・リフレクシ
ン’
カンファレンス

対策の設定
仮設の設定

- ③ 抽象的概念

医療との連携



I. 脱水の症状

～さまざまな症状～

脱水を起こすと、普段と明らかに様子が違います。『高齢者の脱水について』の実践の中にもありますが、出勤し「おはようございます」の挨拶をしたときの入居者の反応(表情や状態)を確認することが必要です。

＜脱水の代表的な症状＞

(ア) ぼんやりとして元気がない

(イ) 微熱がある(1)

(ウ) うつらうつらと傾眠傾向

(エ) 口渇や舌の乾燥

(オ) 尿量の減少

(カ) 頭痛や食欲不振

(キ) めまい

(ク) 夜間せん妄(2)

高齢者は脱水のリスクが高く、脱水から大きな疾患に繋がっていくことが多いため、早い段階での気づきと対応が大切です。

II. 脱水の見分け方 ①

～健康チェックの方法と重要性について～

早い段階で入所者の方の異変に気づくためには、どのような方法があるのでしょうか？

気づくための2つの「健康チェック」法をご紹介します。

▲ (1) 「微熱がある」
 >>>高齢者の場合、熱が出ないこともある

▲ (2) 「夜間せん妄」
 >>>意識が混濁して、幻覚や錯覚がみられる状態のことで、大声で騒いだり、人を呼んだりすることがあります。主として夜このような状態になる場合を言います。
 注)高齢者が夜間せん妄を起こすのは、ほとんどが脱水によるものと言われています。

1

A) 毎朝の健康チェック

⇒前回もご紹介しましたが、直営、利用者を擁する美瑛慈光園の安住理事長は、このことを「今日もお元気ですか?チェック」と言っています。起床時、離床時、朝食時に利用者の様子を「今日もお元気ですか?」と観察し、一番身近にいる介護職員はもとより、現場総括者や看護職員が朝一番にチェックを行うことが大切です。チェックをすることで、より早い気づきや対応が出来ます。

このような、現場の課題に即した、オリジナルテキストを現場の実践者が作成して、基礎介護研修、新人研修を行います。

＜観察のポイント＞

- ① 表情
- ② 目に力があるか?
- ③ 唇の渇き
⇒乾燥してくると、かさかさになって白い粉をふいてくるようになります。
- ④ 皮膚の状態
- ⑤ 発語出来る人の発語状態
- ⑥ 歩行や姿勢の状態

高齢者の体調は日々変わりやすいことを理解して、何気なく起床介助、離床介助するのではなく、注意深い観察力がポイントになります。

B) 総合記録シートによる「健康チェック」

⇒脱水を予防したり、脱水状態の見分けをするには水分摂取量だけの把握だけではできません。以下の項目を総合的にチェックします。

① 水分量

水分摂取量は、1日のトータルで捉えるため24時間という時間内で上手に水分を薦めていくことが重要です。

特に施設では、夕食後に水分を摂取してから翌朝まで10時間以上全く水分を摂取していないことがあります(朝方に脱水状態になってみえる方がいます)

1回に飲める水分量は限られています。無理なく水分が飲めるように工夫することが必要です。

2

2 脱水の症状と見分け方

② 食事量

食事の中にも水分は含まれています。さくら園では3食で750mlの水分が食事内に含まれています。

食事摂取量の減少は、水分摂取量の減少として考えなくてはけません。

また、脱水症状の中に食欲低下があります。食事量の減少は、脱水のサインと捉えることも出来ます。

③ 排便の状態

軟便や下痢が続いていれば、体が保水出来ていないので必要な水分量は増加します。

そのため、このような状態が続いている場合は、いつもと同じ水分摂取量であれば、脱水傾向と考える必要があります。ただ、下痢や嘔吐、多量の発汗がある場合は水分だけではなく、電解質も失っているケースがあります。**イオン飲料(3)**を薦めることが望ましい場合があります。

④ 入浴の有無

入浴することで発汗が促され体内水分が減少します。入浴後の水分補給は大切で、入浴日は通常より多い水分摂取量となります。

⑤ 尿の量、色

普段は薄いのに尿の色が濃い、尿量が少ない、臭いがキツイなどは水分が不足している可能性があります。排泄支援時は、注意深く観察することが大切です。

⑥ 体温

脱水症状の中に微熱があります。メカニズムまでは紹介できませんが、総合個別記録シートにより微熱が続いている時は、脱水を疑います。

⚠ (3)「イオン飲料」
>>>下痢や嘔吐、発汗により失われるナトリウムやカリウムなどの電解質(イオン)が含まれている飲み物。浸透圧が低いと、体に素早く吸収される。
1) スポーツ飲料
2) OS-1(経口補水液)
<http://www.os-1.jp/>



3

2 脱水の症状と見分け方

⑦ マグネシウム系の下剤の常用の有無

マグネシウム系の下剤の代表的なものにカマ(カマグ)があります。作用としては、腸内の水分を引き寄せ、便を軟化して増大させます。その刺激により腸の働きが活発になり便を出させます。

そのため、腸内の水分を引き寄せると同時に体内の水分量が減少します。カマの服用時は、通常より多めの水分で服用するよう指示があるのもその理由からです。

※ 脱水といっても飲水だけでは防ぐことが出来ないことも分かったと思います。上記の①～⑦だけでなく、服薬状況(副作用)等もチェックします。

総合的にチェックすることの重要性を理解して下さい。

Ⅲ.脱水も見分け方 ②

～ その他の脱水の見分け方 ～

健康チェックにより気になる方がみえた場合は、以下のような確認方法もあります。(基本は上記の症状と見分け方で対応します。参考程度に理解して下さい。)

A) ツルゴール低下判定(4)

ツルゴール低下判定は、簡単に調べることが出来ます。

≪調べ方≫

- ①高齢者の鎖骨あたりを軽くつまみます。
- ②つまんだ皮膚の戻りを見ます(2秒間)
- ③2秒でも戻らない場合は脱水を疑います。

B) 脇の下の湯きを見る

高齢者の脇の下に手を当てて下さい。腋の下は湿っているのが普通ですが、脱水状態のなるとその湿り気がなくなります。

⚠ (4)「ツルゴール」
>>>ツルゴールとは、皮膚の張り(緊張)がある状態のことです。脱水になると皮膚の張り(ツルゴール)がなくなる＝ツルゴール低下となります。



4

総合記録シート

在宅版トータルケア
記録シート

氏名 様

記入に介護者・家族に負担をかけない

H26	(月)		(火)		(水)		(木)		(金)		(土)		(日)	
	便	水分	便	水分	便	水分	便	水分	便	水分	便	水分	便	水分
	6		6		6		6		6		6		6	
	7		7		7		7		7		7		7	
	8		8		8		8		8		8		8	
	9		9		9		9		9		9		9	
	10		10		10		10		10		10		10	
	11		11		11		11		11		11		11	
	12		12		12		12		12		12		12	
	13		13		13		13		13		13		13	
	14		14		14		14		14		14		14	
	15		15		15		15		15		15		15	
	16		16		16		16		16		16		16	
	17		17		17		17		17		17		17	
	18		18		18		18		18		18		18	
	19		19		19		19		19		19		19	
	20		20		20		20		20		20		20	
	21		21		21		21		21		21		21	
	22		22		22		22		22		22		22	
	23		23		23		23		23		23		23	
	24		24		24		24		24		24		24	
	1		1		1		1		1		1		1	
	2		2		2		2		2		2		2	
	3		3		3		3		3		3		3	
	4		4		4		4		4		4		4	
	5		5		5		5		5		5		5	
2017/3/18	/	1500	/	1500	/	1500	/	1500	/	1500	/	1500	/	1500

記入方法

A=普通
B=軟便
C=水様
K=硬便

□=付番
△=少量
○=普通
◎=多量

ト=トイレ
ポ=ポータブル
パ=パット
ニ=尿器

1週間の変化

24時間の変化

水分／食事／運動／睡眠
排便／排尿など日常の健康管理
に必要な要素を総合的に観察、記録するシート

総合記録シート

	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲		
	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10		
食事 摂取状況 記入方法 (10/8/5/ 3/0)	朝		朝		朝		朝		朝		朝		朝		朝	
	昼		昼		昼		昼		昼		昼		昼		昼	
	夕		夕		夕		夕		夕		夕		夕		夕	
	夜		夜		夜		夜		夜		夜		夜		夜	
歩数(歩数計/歩数)	/	1300	/	1300	/	1300	/	1300	/	1300	/	1300	/	1300	/	1300
体重(標準体重 48.5kg)																
定期と薬 下剤	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	朝・昼・夕・試	
バイタル																
入浴状況	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	入・中止・経過・廃試	
一日の生活の様子 特記事項 ・食事の対応 ・時間：入浴後・時間後など ・嚥下状態 ・かかった時間 ・嗜好品について ・工夫点など ・生活動作について																

③目標値の明確化

日々の記録をチェックすること、記録から予後予測(仮説)を立て異常を早く発見し医療と連携して重篤な状態を予防する。

入院者数の変化

平成6年 795人（絶えず2、1人が入院） 平成7年 842人（絶えず2、3人が入院）

平成8年 1285人（絶えず3、5人が入院）

	H21年	22年	23年	24年	25年	26年	27年
平均年齢	84.6	83.0	83.8	84.2	87.1	87.8	87.8
入院者 日数	34人 553日	18人 309日	13人 405日	18人 281日	9人 281日	5人 128人	6人 129日* (75日・2人)
大畑サテライト (10人)	1人 66日	2人 81日	0人 0日	1人 20日	2人 22日	0人 0日	1人 11日
稼働率 大畑サテライト			96.5% (99.9%)	97.6% (99.4%)	95.6% (98.0%)	98.1% (99.9%)	98.6% (95.7%)
平均介護度 大畑サテライト	4.0 (4.7)	4.0 (4.6)	4.2 (4.7)	4.2 (4.9)	4.3 (4.5)	4.5 (4.1)	4.6 (4.8)
退居⇒ 看取り	16 ⇒ 14	14 ⇒ 10	16 ⇒ 8	14 ⇒ 12	20 ⇒ 18	13 ⇒ 10	17 ⇒ 15
在所年数	3.9年	3.4年	3.7年	3.7年	2.7年	2.6年	2.1年
空床日数 (ショート 利用日)		H22.10月 アンケート 調査開始	年2回の アンケート 実施	133日 (78日)	248日 (47日)	128日 (97日)	69日 (41日)

ご清聴ありがとうございました。

