未来医療研究人材養成拠点形成事業
【テーマB:リサーチマインドを持った総合診療医の養成】

事業報告書

平成26年10月 ► 平成27年3月

長崎純心大学 医療・福祉連携センター
平成27年3月



目　　次

あいさつ …… 3
長崎純心大学医療・福祉連携センター「未来医療研究人材養成拠点形成事業」実施体制 …… 4
長崎純心大学が志向する地域包括ケアシステム …… 5

1　全国調査「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」 …… 7

2　研究会・講演会 …… 13
（1）　地域包括ケアシステムに関する講演会 …… 15
（2）　地域包括ケアシステムに関する研究会 …… 80
（3）　テキストマイニングに関する研究会 …… 87

3　共修科目（NICE キャンパス長崎） …… 97

4　平成26年度第２回長崎地域医療セミナー in GOTO …… 103

5　地域包括ケアシステムに関する学会等への参加 …… 111
（1）　地域医療フォーラム2014 …… 113
（2）　新潟大学医学部地域医療臨床実習視察 …… 114
（3）　2014年度全国社会福祉教育セミナー …… 117
（4）　第20回 長崎県介護老人保健施設研究大会 …… 118
（5）　第３回 全国シンポジウム 日本の国情・２次医療圏の実情を熟考して，
理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2014 …… 133
（6）　日本社会福祉学会 第62回秋季大会 …… 135
（7）『地域を支え地域を科学する総合診療医の養成』プロジェクトシンポジウム …… 137
（8）　リサーチマインドを持った総合診療医の養成 第２回合同フォーラム …… 138
（9）　第55回 医学教育セミナーとワークショップ …… 140
(10)　第７回 全国シンポジウム「地域推薦枠医学生の卒前・卒後教育をどうするか？」 …… 142
(11)　第２－４回 研究セミナー …… 143
(12)　文部科学省『大学間連携共同教育推進事業』選定取組
彩の国連携力育成プロジェクト中間報告会 …… 143

6　長崎県内地域包括ケア施設視察 …… 145
（1）　佐々町地域包括支援センター …… 147
（2）　国民健康保険平戸市民病院 …… 150
（3）　島原市地域包括支援センター …… 154
（4）　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島医療研究所 …… 157

（５） 五島市地域包括支援センター ……159
（６） 新上五島町地域包括支援センター……160
（７） 上五島地区離島医療教育研究会……162
（８） 対馬市地域包括支援センター ……162
（９） 長崎県上対馬病院……163
(10) 壱岐市地域包括支援センター ……163
(11) 医療法人玄州会居宅介護支援センター ……165

７ 長崎県外地域包括ケア施設視察 ……167
（１） 板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター ……169
（２） 練馬区福祉部高齢社会対策課高齢調整係（練馬区高齢者相談センター） ……171
（３） 富士宮市地域包括支援センター……172
（４） 板橋区医師会在宅医療センター……175

８ ドイツ地域包括ケア視察……179

９ 各種委員会 ……197
（１） 運営委員会 ……199
（２） 事業企画委員会……211

研究スタッフ……223



あ　い　さ　つ

長崎純心大学医療・福祉連携センターは，長崎大学医学部と連携して文部科学省の「未来医療研究人材養成拠点形成事業」を実施するため平成25年10月に設立されました（図１）．本センターでは，住み慣れた地域で尊厳を保持し，自分らしい生活を継続することができるように，高齢者をはじめとする地域住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する「地域包括ケア」体制の推進に関する理論的かつ実証的な調査研究を行っています．

このような研究を進めていく背景には，諸外国に類を見ないわが国の少子高齢化の進行があります．特に，団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年を目途に，住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が目指されており，第186回通常国会においては，医療法，介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うために「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」が採決されました．これを受けて，医療と介護サービスとを一体的に供給する地域包括ケアシステムが急速に整備される状況にあります．また，地域包括ケアシステムの構築にあたっては，行政分野，医療分野，福祉分野といった，いわゆる専門職間の連携にとどまることなく，地域住民との有機的な連携システムを確立する必要があります．そして，このためには，多様な地域特性を踏まえて地域住民が有する医療・福祉ニーズを的確に把握し，適切に対応することができる地域包括ケアを担う人材を養成・確保することが急務となっております．

“知恵と奉仕”を建学の精神とする長崎純心大学の福祉教育には，60年近くの歴史があります．この間，長崎純心大学では，社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士，保育士などの国家資格を取得し，専門職倫理と福祉に関する専門知識と技術を有する実践力の高い優秀な福祉人材を養成してきました．そして，その多くが長崎県内をはじめ，九州圏内の福祉現場で活躍しております．

これらの実績を踏まえて本センターが構想する地域包括ケアシステムは，その対象を単に高齢者に限定するのではなく，生活の主体者である地域住民を中心に地域の福祉を創造するために，地域住民が生活と福祉の増進を図る主体者となり，年齢や障がいの有無に関わらず，様々な生きづらさを抱え，何らかの支援を必要とする人々を包摂する住民主体の支援システムとしての機能を具備したものです（図２）．

このため，本センターでは，調査研究を通して得られた学術的な知見を広く長崎の地に還元する事を通して，地域住民による主体的な支え合いと相まって，誰もが必要な時に適切な医療や介護・福祉サービスを利用しつつ，安心して住み慣れた地域で生活を継続することができる地域包括ケアシステムの構築と発展に寄与していかなければならないと考えております．

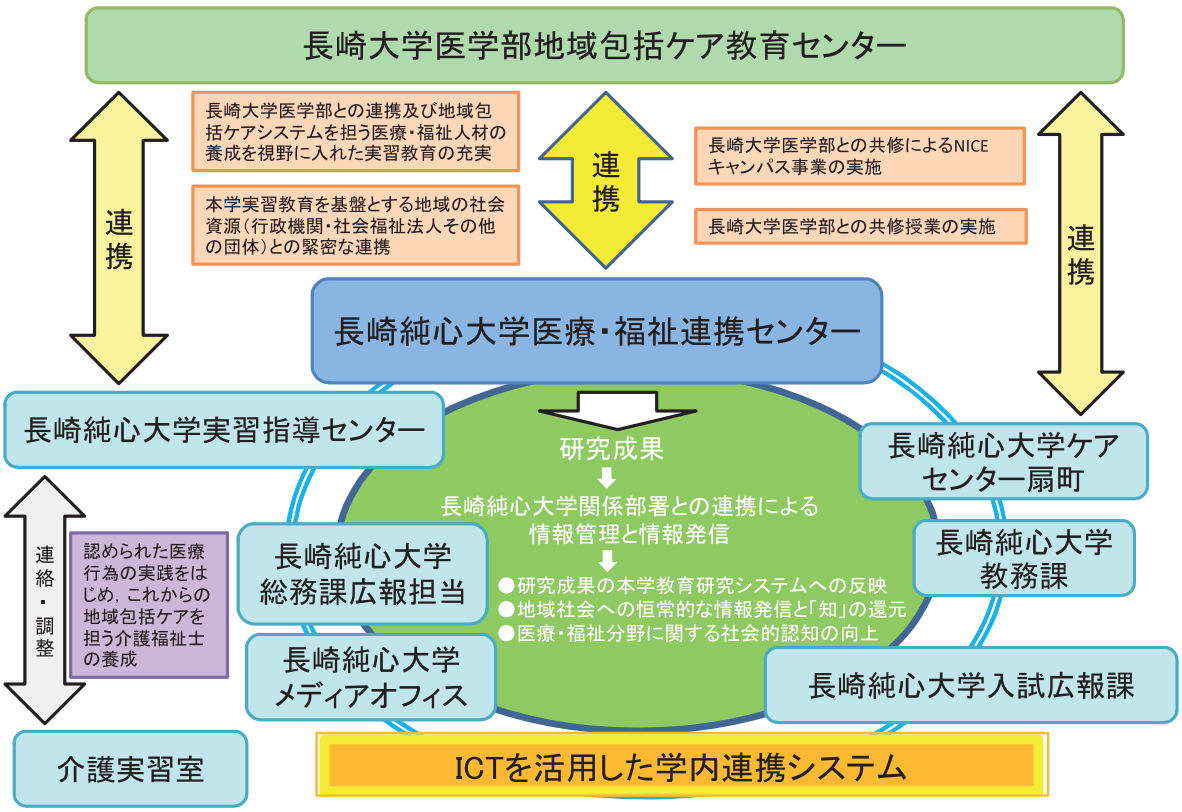
この度，昨年度から本センターが実施いたしました全国調査や主催事業，視察報告等を『事業報告書』にまとめてみました．この間，多くの方々のご理解とご協力を賜りました．あらためてお礼を申し上げます．

この報告書が，保健医療と福祉介護の連携のあり方や今後の地域包括ケアシステム構築の一助となりますことを祈っています．

今後とも，皆さまの一層のご協力とご指導を賜りますようよろしくお願いします．

平成27年３月

長崎純心大学医療・福祉連携センター
センター長　**潮　谷　有　二**



○　長崎純心大学医療・福祉連携センターと長崎大学医学部地域包括ケア教育センターとの間に光ファイバーによるテレビ会議システムの構築

○　長崎純心大学内を広域 LAN で接続した連携システムの構築

○　地域包括ケアに関する高度で専門的な実習を長崎純心大学実習指導センターがサポートする体制の構築

○　長崎純心大学ケアセンター扇町を活用し長崎大学医学部との共修を推進

図１　長崎純心大学医療・福祉連携センター「未来医療研究人材養成拠点形成事業」実施体制

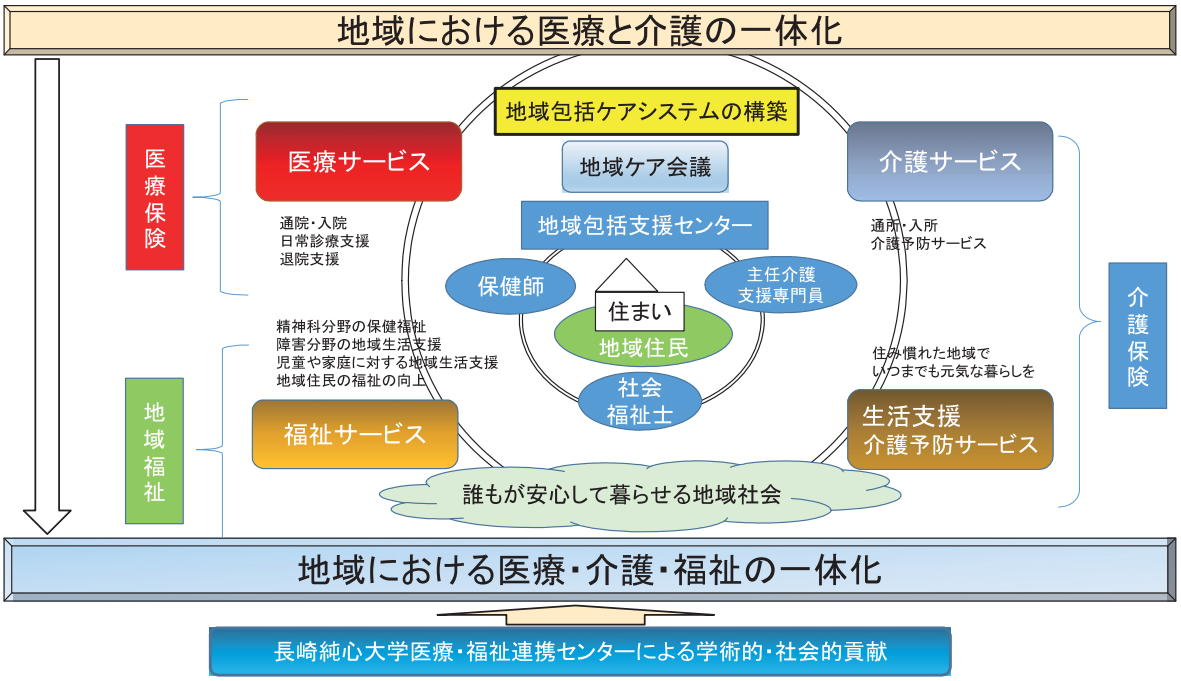


図２　長崎純心大学が志向する地域包括ケアシステム

1　全国調査
「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」

1　全国調査「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」

（1）　調査の目的

平成23年の介護保険法の改正以降，団塊世代が75歳以上になる2025（平成37）年を見据えた「地域包括ケアシステム」の整備が，全国の市町村において進められている．このような状況の中で，地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより，その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする地域包括支援センターには，地域包括ケアシステムにおける中核的な役割が求められている．

ところで，地域包括支援センターに関する全国規模での調査研究として公表されているものとしては，厚生労働省の老人保健健康増進等事業の助成を受けて三菱総合研究所が平成22年度，平成23年度及び平成24年度に実施した調査結果や，同補助事業を受けて全国社会福祉協議会及び全国地域包括・在宅介護支援センター協議会が平成22年度に実施した調査結果しか存在していないのが現状である．

しかし，上記の調査研究等は，全国の地域包括支援センターを対象としており，経年比較が可能となる貴重な実証データではあるが，その内容については，記述的かつ概括的であり，変数間の詳細な関係については言及されていない．

そこで，長崎純心大学医療・福祉連携センターでは，全国の地域包括支援センターの現状と課題を明らかにするために必要となる基礎資料を収集するとともに，地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センターの役割と可能性を実証的に析出することを目的に，全国の地域包括支援センターを対象とする質問紙を用いた悉皆調査を実施することにした．

（2）　調査票作成

調査票の作成に当たっては，先行研究として位置づけることができる三菱総合研究所（2013）による『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』の内容を分析し，その結果をふまえて調査票案を作成し，調査対象者として想定した地域包括支援センターの社会福祉士２名に対し，プレテストを３回実施した．

・第１回プレテスト　　平成25年12月21日（土）11：00～17：00
・第２回プレテスト　　平成26年１月10日（金）18：30～20：30
・第３回プレテスト　　平成26年１月18日（土）18：30～20：30
・プレテスト協力者
　永富　幸美氏（長崎市桜馬場地域包括支援センター　社会福祉士）
　嶺　尚江氏（長崎市戸町・土井首地域包括支援センター　社会福祉士）

このように，調査票案の検討・修正を繰り返し行い，調査票としての精度を高めるように努め，最終的に調査に用いる主たる項目を以下に示すとおりとした．

なお，実際の調査票は，長崎純心大学医療・福祉連携センターホームページに掲載している．

（http:www.n-junshin.ac.jp/study/research/）

（調査項目）

●地域包括支援センターの設置主体（問１）
●職員の配置状況（問２）
●介護予防プラン数（問３）
●相談件数（問４）
●職員研修の状況（問５から問７）
●定期的な会議やミーティングの状況（問８）
●広報活動（問９）
●関係機関等との連携状況（問10から問14）
●地域ケア会議の状況（問15）
●啓発活動（問16）
●業務の状況（問17から問22）
●地域包括ケアに関する自由記述（問23）
●職場環境（問24）
●基本属性（問25）
●調査結果の送付について（問26，問27）

（3） 調査方法

調査方法は，自計式の郵送調査であり，調査期間は，平成26年２月６日（木）に調査票を発送し，２月末日を調査票回収の締め切り日とした．併せて，本調査の周知と円滑な実施を図るため，地域包括支援センターを所管する市区町村主管課に対しても調査票のサンプルと調査協力依頼文の発送を行った．

・平成26年２月６日（木）調査票発送
　保険者（全市区町村）宛て　　1,913市区町村
　地域包括支援センター宛て　　4,834センター
・平成26年２月28日（金）調査票締め切り

この結果，平成26年４月９日（水）時点で全国1,217か所の地域包括支援センターから回答を得た（回収率25.2％）．

（4） 調査実施における倫理的配慮

調査の実施に伴う倫理的配慮として，調査協力依頼文及び調査票の表紙に回答について厳重に秘密を守って統計処理を行い，センター名及び個人のプライバシーが外部に漏洩することはない旨を記すとともに，エディティング作業，コーディング作業，データ入力作業を通して，調査対象者や調査対象となった地域包括支援センターを特定することができないように必要に応じて，図１－１に示すように文章のマスキングを行った．

1174	記入例にプラスして民生委員1名、地域の中の本人とかかわりの深い住民1名～2名、警察1名、学校（地域に大学があるためそ
1175	役場福祉課職員（2～3人）、地域包括支援センター職員（3人）、社会福祉協議会職員（2～3名）、介護支援専門員10名
1176	●●市医師会1名、●●市歯科医師会1名、●●市薬剤師会1名、●●市民生・児童委員協議会3名、●●市地区福祉委員会3名、
1177	888
1178	地域包括支援センターの職員3人、民生委員2人、地域住民30人、自治会役員1人
1179	地域包括支援センター5人、町職員4人、在宅介護支援センター3人、認知症疾患医療センター1人、介護支援専門員1人（事例検
1180	888
1181	地域包括支援センター4人、市2人、居宅（12事業所より、1、2名ずつ）、ヘルパー3人、訪問看護1人、有料ホーム3人、グルー

図１－１　データ（文章）のマスキング

（5） 集計方法

回収した調査票の集計にあたっては，エディティング作業とコーディング作業に係るガイドラインを作成し，当該ガイドラインに基づき，エディティング作業やコーディング作業を行い，その後，データの入力を行った．なお，エディティング作業からデータ入力までの作業については，非標本誤差を抑制するために，社会調査に関する一定のトレーニングを受けたことがある長崎純心大学人文学部生及び大学院生（延べ309人）が，原則として２人１組によるクロスチェックを行いながら作業することにした．



写真１-１　エディティング作業とコーディング作業

調査結果の集計には，IBM SPSS Statistics22を用いて，各種変数の度数分布（回答者数や該当者数），比率，平均等の統計量の算出を行った．なお，本調査は郵送調査法による自計式の調査のため，質問項目によっては無回答が多く回答の分布に大きな偏りがある質問項目も少なくなく，分析結果に用いられている統計量の解釈については十分注意する必要があるということを指摘しておきたい．

例えば，そのような顕著な例として，「問２」「問３」「問４」において無回答が多かったということをあげることができる．

また，エディティング作業及びコーディング作業を通して質問文のワーディングの問題として，「問15」において選択肢に用いた「定期的」「不定期」という語句の解釈が回答者によって異なることが窺われたため，「問15」の「定期的に開催している」および「不定期であるが開催している」という回答については，「開催している」に再コードして集計を行った．また，「問15」において無回答でありながら，その後の補問に回答していた70件についても「開催している」と再コードして集計を行った．

さらに，選択肢の包括性と排他性の問題として，「問25」の職種で「社会福祉士」と回答していながらも，「問25」の資格において「社会福祉士」を選択せずに，自由記述として「社会福祉主事としての経験」や「社会福祉士に準ずる者」との記載をしていた者については，「問25」の

職種を「社会福祉士みなし」として再コードした.

（6） 調査結果

「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」から得られた各種変数の記述統計量等及び自由記述の分析については，別冊『調査研究報告書』で報告するとともに，以下の4報告として『純心現代福祉研究　第18号』にも所収している.

・報告Ⅰ　「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要」
・報告Ⅱ　「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－地域ケア会議の主たる構成員に関する自由記述の分析－」
・報告Ⅲ　「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－地域ケア会議の開催要件に関する自由記述の分析－」
・報告Ⅳ　「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要－地域包括ケアの推進要件に関する自由記述の分析－」

併せて，長崎純心大学医療・福祉連携センターホームページにも掲載している.
（http:www.n-junshin.ac.jp/study/research/）

（文　献）

一般財団法人　長寿社会開発センター（2011）『地域包括支援センター業務マニュアル』.
一般財団法人　長寿社会開発センター（2012）『地域包括支援センター運営マニュアル2012～保険者・地域包括支援センターの協働による地域包括ケアの実現をめざして～』.
三菱総合研究所（2012）『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査調査事業報告書』.
三菱総合研究所（2013）『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』.
社会福祉法人全国社会福祉協議会，全国地域包括・在宅介護支援センター協議会（2011）『平成22年度「地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業」報告書』.

2　研究会・講演会

2 研究会・講演会

（1） 地域包括ケアシステムに関する講演会

① **テーマ**「地域包括ケアシステムの構成要素について考える」

② **主　催**　長崎純心大学医療・福祉連携センター

共　催　長崎大学医学部地域包括ケア教育センター

③ **日　時**　平成26年３月25日（火）13：00～17：00

④ **場　所**　長崎純心大学 S309

⑤ **プログラム**

長崎純心大学医療・福祉連携センター長挨拶（13：00～13：10）

講演Ⅰ（13：10～14：40）

演題：自己決定が困難なひとへの自己決定支援について

－知的障害のある人への自己決定研究からの学び－

講師：與那嶺 司　氏（神戸女学院大学　准教授　博士（学術））

（社団法人日本社会福祉士養成校協会国家試験合格支援委員会編集委員）

休憩（14：40～14：50）

講演Ⅱ（14：50～16：20）

演題：限界集落における地域包括ケアシステムの取り組み

－地域住民のエンパワメントに着眼してー

講師：渡辺 裕一　氏（武蔵野大学　准教授　博士（社会学））

（社団法人日本社会福祉士養成校協会国家試験合格支援委員会編集委員）



写真２-１　與那嶺　司氏（左）、渡辺　裕一氏（右）

討論とまとめ（16：20～16：55）

長崎大学医学部地域包括ケア教育センター長挨拶（16：55～17：00）

⑥ **参加者**　57人



写真２-２　潮谷センター長（左）、地域包括ケアシステム講演会（右）

地域包括ケアシステムの構成要素に関する講演会

The Lecture Presentation about the Components of Community Based Integrated CareSystem

潮谷有二

Yuji SHIOTANI

●講演会をはじめるにあたって

長崎純心大学医療・福祉連携センターは，長崎大学医学部と連携して文部科学省の「未来医療研究人材養成拠点形成事業」に位置づけられている「【テーマＢ】リサーチマインドを持った総合診療医の養成（申請件数59件，選定数15件)」を実施するために，平成25年10月１日に設立した研究組織であります.

周知の通り, 人口構造の少子高齢化が急速に進む中で, 国民の社会保障制度に対する社会的ニードは，増大化，多様化してきており，これらの社会的ニードに対応するために，我が国では，年金，医療，介護・福祉といった分野において，様々な制度改正が行われてきております.

とりわけ，いわゆる選別主義的要素が強い社会扶助制度の範疇にあった老人福祉法（昭和38年制定）に基づく老人福祉制度から，普遍主義的要素が強い社会保険制度への転換によって，国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とした介護保険法（平成９年制定，平成12年度から全面施行）の施行は，我が国の高齢者保健医療・福祉分野に画期的な変化をもたらしたといっても過言ではありません.

そこで，介護保険制度の動向について概観してみますと，平成17年の介護保険法の改正に伴いまして地域包括支援センターが新たに設置され，地域における介護の相談支援の中核的な存在として事業を展開して本日に至っているというような状況にあります．また，平成23年の介護保険法の改正によって，地域包括ケアの概念が全面に出されたことにより，この地域包括ケアをいかに推進していくかということが現在問われている状況にあります．さらに，平成26年度の厚生労働省の予算についてみますと，医療・介護の充実ということで，医療・介護サービスの提供体制の改革ということが示され，その中で，病床の機能分化・連携，在宅医療の推進ということや，地域包括ケアシステムの構築（認知症に係る地域支援事業の充実等）が位置づけられており，在宅医療等の推進等とともに，認知症対策も視野に入れた地域包括ケアシステムの構築が求められているのではないかということを指摘することができます.

加えて，現在，第186回通常国会においては，医療法，介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うために「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案」が提出され，法案が審議されている状況にあります（平成26年６月18日成立，同年６月25日公布)．これらのことを踏まえるならば，平成26年度以降，地域において，医療と介護サービスとを一体的に供給する地域包括ケアシステムが急速に整備されていくのではないかということは想像に難くありません．また，平成23年の介護保険法改正から今日まで続いている地域包括支援センターを中核とした地域包括ケアシステムを如何に構築していくのかということが喫緊の課題になっているといえます.

このような状況の中で文部科学省の補助事業である「未来医療研究人材養成拠点形成事業」を長崎大学医学部との連携大学として，長崎純心大学が医療・福祉連携センターを設置し，長崎大

学医学部の地域包括ケア教育センターとともに，将来の医療，福祉・介護人材の養成教育に学術的な研究成果を踏まえて社会に貢献していくということは，誠に意義あることであるといえるでしょう．

本学の医療・福祉連携センターの近況について，若干の紹介をさせていただきますと，平成25年10月にセンターを設置し，従前から本学に設置されています実習指導センター，介護実習室，教務課，入試広報課，総務課の広報担当，メディアオフィスとをICTでつなぎ，本事業の実施体制を確立するとともに，本事業の実施状況や成果について，広く社会に発信し，還元する体制を構築しております（図２－１）．

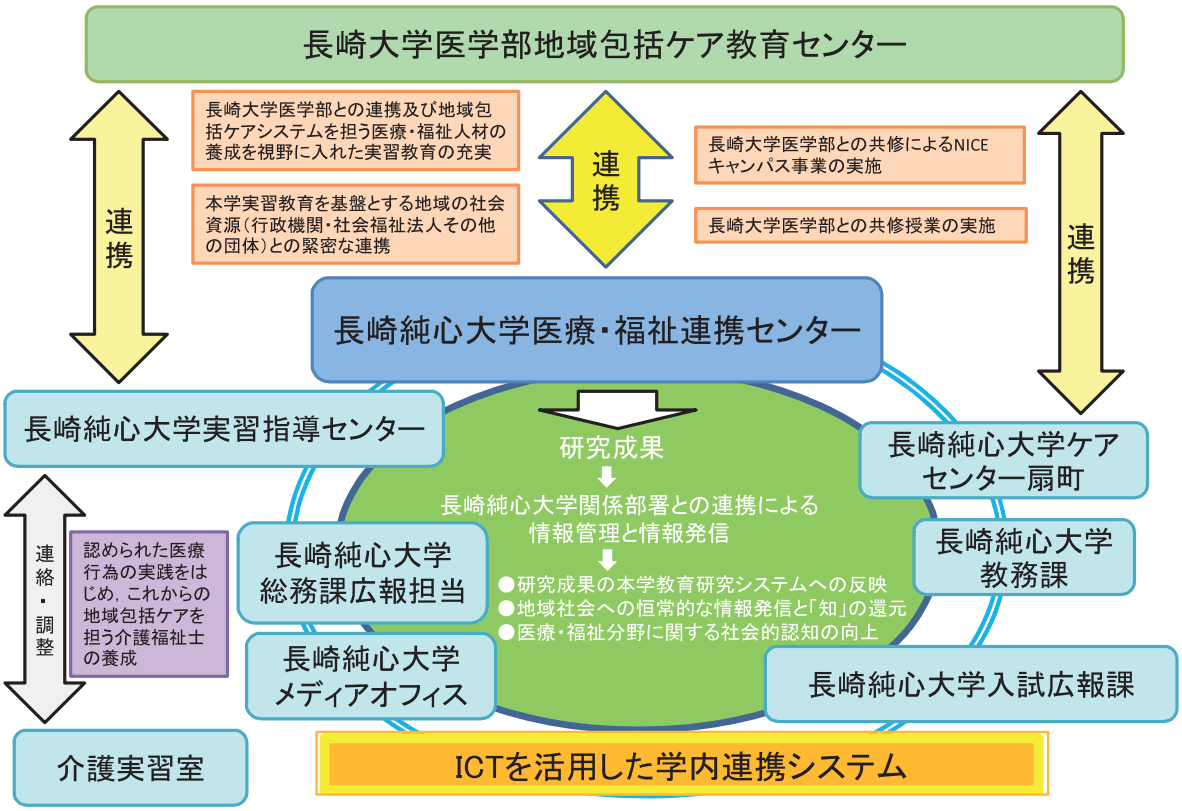


図２-１　長崎純心大学医療・福祉連携センター「未来医療研究人材養成拠点形成事業」実施体制

また，平成25年度の事業として，全国の地域包括支援センター約4,800カ所を対象とする質問紙調査を実施したり，長崎市内の地域包括支援センターの社会福祉士２名（両名とも本学卒業生）と急性期病院の社会福祉士資格を有する医療ソーシャルワーカー１名（本学卒業生），回復期病院の社会福祉士資格を有する医療ソーシャルワーカー１名（本学卒業生）と医療・福祉連携センターのスタッフ及び学部の学生達との研究会を月２回のペースで実施したりしています．本年度の研究成果を踏まえて，来年度は，長崎県下の地域包括支援センターの保健師，主任介護支援専門員，社会福祉士の三職種を対象とする質問紙調査を実施することができたらいいなと考えております．

本日はこういった状況の中で，地域包括ケアシステムの枠組みを少し幅広く捉えて，医療や介護といった分野だけではなく，地域福祉の観点から，高齢者に限らず，児童や障がいを有する人たちも視野に入れて，そのような福祉サービスを必要とする地域住民を地域でどのように支えていくかという福祉政策の重要な課題として認識し，地域包括ケアシステムの構成要素について考

えてみたいと思っております.

このため，本日は，二つのテーマを設定させていただきました．一つは，地域包括ケアを進めていくにあたって重要な構成要素となる利用者の自己決定をどう支えていくのかという観点から判断能力が低下している人，若しくは判断をすることが困難な人に対する自己決定支援について，理解を深めたいと思っております．この点については，先駆的に研究を行っております神戸女学院大学准教授の與那嶺先生にご講演をお願いしております.

二つ目は，地域包括ケアシステムの構成要素として地域に着目したいと思います．特に，最近よく話題となる限界集落とか，過疎といったような地域住民の支え合い機能が弱ってきている地域における地域住民のエンパワメントを通して地域包括ケアシステムをどのように構築すれば良いのかということについて，精力的に研究を行っている武蔵野大学准教授の渡辺裕一先生からお話を伺いたいと思っております.

さて，お二人とも非常にタイトなスケジュールの中，快く引き受けてくださいまして，本当に感謝しているところです．実は，昨日の朝10時半から東京で日本社会福祉士養成校協会関係の作業を一緒にやってたわけですけども，その作業が終わった，その足で長崎に来て頂いております．二人とも，多分将来は，福祉の研究分野では著名になっていく優秀な人材であると私は思っております．お二人の講演については，拝聴したことはありませんが，論文等は非常に優れた論文を書いている若手研究者でございます.

與那嶺先生は，少し緊張していると言っておりましたが，どういう話をしてくれるのか気になりますけども，会場の皆様も気を楽にしながら，ざっくばらんに地域生活支援に関することや，質問等を出して頂けたなら良いなと思っております．本人の自己紹介については講演の中でして頂きますので，会に先立つ私の挨拶は以上とさせて頂きます．それでは，與那嶺先生の講演を始めて頂きたいと思います．宜しくお願い致します．（拍手）

※本稿は，平成26年３月25日に開催された長崎純心大学医療・福祉連携センター主催の講演会での挨拶に加筆，修正したものである.

（講演１）自己決定が困難なひとへの自己決定支援について

―知的障害のある人への自己決定研究からの学び―

(Lecture 1) Support to People with Difficulties in Self-Determination
― Application of Research Findings on Self-Determination of People with Intellectual Disability ―

神戸女学院大学
Kobe College

與那嶺　　司
Tsukasa YONAMINE

１．自己紹介と研究とのつながり

紹介に預かりました與那嶺と申します．昨年度から，神戸女学院大学というところで教員をしています．また，「NPO 法人おおさか行動する障害者応援センター」という障害者団体で，高校１年生の時ぐらいから，ずっと障害者運動に関わっていました．現在は，その団体の副代表を勤めています．加えて，社団法人日本社会福祉士養成校協会において，国家試験合格支援委員会の編集委員としても，潮谷先生にいろいろ御教授頂きながら仕事をしています．

出身は，じっくり顔を見て頂くとわかると言われますが，インドや海外ではないですよ．名前でわかるかもしれませんが，沖縄出身なんです．ただ，３歳まで沖縄で育ち，３歳からずっと大阪で生活していますので，よく学生なんかに，「先生は，顔も濃いし，しゃべりも濃い」みたいな感じで言われたりします．なので，今日の講演でもいろいろと大阪弁が出たりして，お聞き苦しい点もあったりするかと思いますが，よろしくお願いします．

まず，今回の研究調査において，ベースとなるのが，ミネソタ大学のアベリー博士を中心に構築されたエコロジカル理論です．まだ，課題が残されている理論ではありますが，そこでは，「自己決定」が，個人においてだけでなく，環境との相互作用において行われているという捉え方をしています．そういう意味では，環境との相互作用で物事を捉えると，色々な要素がありますが，今日お話しする関連要因や文化の多様性等も，自己決定のスタイルや様式，また，その実施に影響を与えたりする点が指摘されています．

私も，自己決定を研究していますが，私自身もなかなか自分で「サッ」と決定できる時もあれば，なかなか「うじうじ」と決定が出来なかったりする時があります．そのような状況の背景にも，自分がこれまで背負ってきたいわゆる「文化」が影響を与えていることがわかります．

そこで，自己紹介を兼ねて，沖縄へのゼミ卒業旅行の際に，私に影響を与えている沖縄の文化とはこういうものなんだという場面に遭遇しました．皆さん，沖縄に行かれたことはある方が多いかと思いますが，那覇市の国際通りという大通りがあります．その裏側に，農連市場という，野菜等を販売している場所があります．昔，妻夫木聡が出演する「涙そうそう」という映画において，沖縄のきょうだいの交流を描いていますが，ずっと最初から最後まで「標準語」なんです．「そんな沖縄のきょうだいおらんがな」と思いながら見ていました．先ほども言いましたが，卒業ゼミ旅行で，その映画の撮影場所となっている農連市場に行きました．ちょうどその市場を通り抜けたあたりに，私に影響を与えているなと感じる「文化」を象徴するようなものがありまし

た.

これですが，皆さん分かるでしょうか．これは，自動販売機なんですが，まず，「コカ・コーラが50円で安いなぁ」というのがあったりします．そして，その横を見ると，「さんぴん茶」がありまして，本土で言うとジャスミンティーになるかと思うんですが，「これも70円で安いなぁ」と思ったりします．さらにその右側を見ると，沖縄の茶葉を使っている「ハイサイお茶」という緑茶があり，これも70円で売っており，「安いなぁ」と思います．そこで，さらに向こう側を見ると，「あぁ，沖縄だなぁ」と思うものがありました．「コーヒー色々」と書かれた缶です．「コーヒー色々」と言われてもと思うんですが，小銭があったので買ってみました．すると，「ボス」と「ワンダ」が出てきたので，そのままの通り「色々」で正しかったと思いました．この「コーヒー色々」を見た後，この横側をさらに「パッ」と見ると，「甘い物，色々出ます」と書いた缶が並んでいました．甘いものが色々出るなら，「ポカリスエットも甘いものなのかな」とか，色々考えてしまったんですが，何よりも「沖縄文化って適当だなあ」と思ったことが，缶の値段なんですが，この350ml の缶が50円なんですよね．一方で，250ml が120円なんです．容量が違うのに，なぜこちらのほうが高いのだろうと思ったりしました．ただ，ちょうどこの時に持っていた小銭が尽きてしまって，その真偽を確かめられずに帰ってきました．さらにこの横側を「パッ」と見ると，ここまでいくと皆さんが想像出来ると思うんですが，「お茶色々出ます」と書いた缶がありました．最後に，この自動販売機全体を見ると，こんな感じです.

長崎にもこんな自動販売機はないと思いますし，大阪も「笑いの文化」ですが，このような自動販売機は見ません．まさに，沖縄のいわゆる「テーゲー文化」といって，「適当」や「大概」と解されますが，そういった文化を象徴した自動販売機だなと思いました．珍しくて，これらの写真を撮ってきました．このようなところが，私の自己決定，つまり，グチグチ考えず「サッ」と決定してしまうところに影響を与えていると思います．先日も大きな買い物をしてしまいました．というのも，この間も，大阪のど真ん中にマンションを買ってしまいました．２週間くらいであまり考えずに「ポン」と買ってしまいました．そういう意味では，私の自己決定のスタイルも，沖縄のこういった「適当」な「テーゲー文化」の影響を受けていると感じます．別に，先ほどお話したエコロジカル理論の枠組みを，あえて活用しなくても了解できることかもしれませんが，少し紹介をさせて頂きました.

２．知的障害のある人の自己決定に関する研究の背景

さて，本題に入っていきたいと思います．「自己決定が困難なひとへの自己決定支援」というテーマを頂きましたので，私が実施した研究調査に関しての報告をもとに発表させて頂きます．お手元に，パワーポイントの資料と，もう一つは補足資料を配らせて頂いています．実施した調査の中で統計的な処理をしていますので，その数値等を掲載しています．ですので，そちらの方を見て頂ければと思います.

まず，私が自己決定研究を始めた背景ですが，自己決定を重視する政策の展開があります．皆さんご存じの社会福祉基礎構造改革において，利用者主体を具現化するサービス提供に関して，「自己決定の尊重」といった理念が掲げられました．その中で障害分野では，具体的には「支援費制度」において，「障害のある人の自己決定っていうのを守っていこう」という話になっていく訳です．その後，障害者自立支援法という法律が2003年に開始されますが，この中でも「自立」というキーワード，自己決定を基盤とした自立という理念が掲げられることになります．最近で

は，2013年の障害者総合支援法という法律でも，「意思決定支援」について今後検討していく必要があるだろうということで，現在検討が進んでいます．このように，自己決定，または，意思決定というものが重視されるという施策展開があります．

ただ，実際には，自己決定の理念自体は広がっていきますが，スライドにも書いてあるように，「丸飲みと反発」を招いて，障害のある当事者の一人にとっても，また，支援する側にとっても，非常に不幸な事態を招いたと指摘されます．その議論の中では，例えば，「自己決定っていうのは欧米の考え方だから，日本には合わない」というような言葉で片づけられてしまったり，または，「障害，特に知的障害のある人には能力上出来ないだろう」というような考えでもって，これらの人の自己決定そのものが切り捨てられたりしました．

反対に，それでは自己決定っていう言葉を採用するが，「自由にさせればいいじゃないか」や「もう本人が決めたんだから，そのままでいいじゃないか」といったような若干「荒々しい」支援にたどり着いてしまったりする．そのような意味で，「丸飲みと反発」だという風に指摘されています．その背景には，「自己決定というのは，なりより尊重が大切だ」ということは誰でもわかっていますが，「知的障害のある人の自己決定というのは，実際どういうもので，具体的にどうやって支援していったらいいのか」，そういった点が不明のまま支援を続けていかなければならないという状況があります．そこで，それを幾分かでも解明する調査をしたいと思いました．

海外では，医療分野における調査も含めて，色々議論がなされています．そのような蓄積もあり，支援方法も少しずつですが考案されているといった状況があります．ただ，わが国の場合は，概念的な議論，つまり，難しい議論が沢山ありますが，「その自己決定がどのように実践されて，具体的に現場でどのような形で自己決定がなされていて，どのような本人の個人要因や取り巻く環境要因っていうのが影響を与えているのか」といったことについて，ほとんど実証的な研究がありませんでした．そこで，実証的な研究調査に取り組み始めました．

その中で，いくつか整理しておきたい点がありました．まず，知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのかというところを，少し海外文献および邦文献で先行研究レビューをし，また，平行して進めたヒアリング調査等をしました．ただ，「なぜ自己決定を尊重するのか」ということについては，先ほどお話ししたような福祉分野の施策展開というものがあったりします．また，人権という観点では，例えば，憲法13条の幸福追求権や民法の私的自治の原則や，医療分野でも，インフォームドコンセントみたいな話があります．そして，生活の質があります．つまり，自己決定を促進すると QOL 自体が上がっていくといった指摘です．その構造は，様々に言われますが，そういった効能があるだろうと考えられます．例えば，身体的・心理的な健康を促進するといったような効果なんかも指摘されています．

最近，NHK の「白熱教室」という番組で，コロンビア大学・ビジネススクールのシーナ・アイエンガー教授が，全盲の方なんですが，興味深い講義をしています．それに関する本も出ていますが，「選択の科学」というテーマで，選択というものが人間生活に与える影響といった話をしています．その中でも，自己決定権の大きさ，厳密に言うと，自己決定をしているという認識が，身体的健康や心理的健康に影響を及ぼすということを様々な調査研究結果をもとに語っています．例えば，動物実験で，自己決定の程度が高い動物は，寿命が延びたり，また，最後まで生きようとする力やそのようなモチベーションが高まったりすると言われていたりします．

また，人間生活の中では，仕事における決定権，実際には，決定しているという認識ですが，この決定における大きさというものが，身体的健康や心理的健康に影響を及ぼしているというよ

うな調査結果もあります．アメリカでの話ですが，老人ホーム等で鉢植え，映画鑑賞の日時，お喋り，読書等に関する決定が比較的自由なグループと，反対に，制約のあるグループとに分けて，調査したところ，自由なグループに関して，身体的健康や心理的健康が高まったとされます．また，死亡率が低くなった等々ですね，そのような調査結果を交えて，アイエンガー先生は，身体的・心理的健康に対して，選択という自己決定に関連した行為が，効果を示していると語っています．そのような意味では，色々な意味で，自己決定の尊重が，有用な効果を示すことがわかるわけです．

ただ，それではなぜ，知的障害のある人の自己決定権ということが困難を実際に持っているのか．そのような問いに答えるために，何点か整理させていただきました．

一つは，「知的障害のある人が自己決定の主体として捉えられていない」状況があるだろうという点です．そもそも，自己決定できるというようには捉えられていないといえます．障害のない私たちの議論では，「何かに関する自己決定」の可否になり，例えば，安楽死であるとか，中絶問題であるとか，そういったテーマになります．一方，知的障害のある人の場合は，「自己決定自体」の可否ということが問われてしまう．そういった捉え方があるということがいえます．そうなると，結果的に「できない」と判断されて，「できないのだから，できる支援は必要ない」というような理屈で，「知的障害のある人の自己決定は難しい」や「どうなんだろう」といった議論に繋がっていきます．

そのような状況の中で，「できない」と捉えることから生まれるリアリティーがあります．できないとされるからゆえに，能力が奪われてできなくなってしまうという悪循環も発生しています．この点も，研究調査や文献において色々指摘されていますが，よく言われる「予言も自己成就」という概念で説明することができます．

例えば，私自身，フジテレビの「めざましテレビ」をよく観ています．そこで，その番組の星占いを運悪く観てしまうと若干の問題が発生します．私自身，乙女座ですが，「こんな顔で乙女座か」と思われるかもしれませんが，一応乙女座なんです．そこで，「乙女座は今日は運が悪いぞ」という占い結果が出てしまうと，その日はやっぱり運が悪い日になってしまいます．「乙女座は，今日は，なにか失敗するぞ」とテレビで言われると，結果的に失敗してしまうんですね．星占いを私が信じているわけではないのですが，おそらく，こう失敗するぞと言われると，その一日の僕の「動き」がちょっと変になります．「今日は失敗する，大丈夫かな」と思いながら時間を過ごしていると，いつも気づかないところに目がいったり，または，いつもやらないようなことをしてしまったりする．それがもととなって，悪循環が起こります．そして，そういう風に相手に関わっていると，相手もそれに応じた反応をするので，それを受けて，「やっぱり今日はおかしい」と思ってしまう．「おかしい」から「やばい」と思って，次の行動を焦り，またその行動がいつもと違うものになってしまう．といった悪循環が起こり，本当に悪い日を自分で作ってしまう．このようなことを，「予言の自己成就」と言ったりします．そのように，悪い日が作られてしまう．

この考え方を援用すると，「知的障害のある人が，まあ，自己決定なんてできない」という前提に立って接する中で，知的障害のある相手もどんどんいろいろなことができなくなって，自己決定に関連した能力も含めて，色々な能力が奪われていってしまう．そして，その能力が奪われた人を見て，「ほら，やっぱりこの人できないわ」と，最初の「勝手な」前提を強めてしまう．そのような感覚で，知的障害のある人への支援をしないから，さらに知的障害がある人は，すで

に持っている，または，潜在的な能力を落としてしまう．それをみて，また，「支援が必要ないだろう」と思ってしまう．そんな悪循環が発生して，結果的に，その「自己決定ができない人」というかたちが，あたかも元々あったかのように作られてしまう．そのように考えることができます．

詳しくは覚えてないので，申し訳ないんですが，アメリカで移民の方が言語的な問題もあって，障害のある人の入所施設というかそういうところに入れられてしまったんですね．アメリカの当時の入所施設っていうのは，かなり巨大な施設でしたので，後でもお話しますが，実際10年ぐらいそこで生活して，まさに知的障害者の様な，知的障害のある人みたいな行動等をとるようになってしまったと報告している調査研究があったりします．それも，実際その場に入れられてしまって，知的障害のある人ではないけれども，知的障害のある人と似た状態というのを作られてしまった．そんなことの一つの証明なのかなと思ったりもします．そういう意味では，若干話は外れてしまいましたが，「できない」というふうに捉えるがゆえに，支援者を含めた周りの人たちが，「自己決定をできない人」を生み，そして維持しているとも考えられます．そういったことがあるから，これはおそらく，知的障害に限らず，判断能力に課題がある人に対して我々がもしかしたら，日常生活の中でしてしまっている，そういう姿なのかもしれません．

次に，二つ目ですが，「手間のかかる知的障害のある人の自己決定」ということです．非常に周りの人にとって不都合で，負担がかかるために，他者が生活に関わる度合いが，高いのだけれど，その場合の「手間がかかる」度合いが非常に高いということで，知的障害のある人の自己決定に対してのサポートがなされないといった意味合いです．また，「現場の日々の業務の忙しさ」が，それに拍車をかける状況があります．そういった状況の中で，どうしても知的障害のある人の自己決定の尊重がされづらいであるとか，能力を持っていても高めにくいといった事態がおこります．そんな指摘もされています．このように捉えられてしまうと，本人の本当の力がどうかに関係なくですね，そういうふうな捉えられ方をされてしまう．

映画で「阪急電車」という映画があったかと思います．関西以外の方は，ご存じないかもしれませんが，私の前任校が，阪急電車の沿線にあるんですが，その電車にある日乗っていたんですね．乗りながら，音楽を楽しく聴きながら，i-phone で音楽を聴きながら座っていると，横に中年くらいの女性が座られて，ポンポンと肩をたたかれました．色々とお話をされるんですね．僕もイヤフォンをはずして，その方の話しを聞いていたんですけど，「最近の日本もね，いろんな犯罪が多かったり，いろんな経済的な問題もあるし」といったお話を色々されて，10分ぐらいお話をされました．続けて，「いかにこう日本の社会問題が大きくなっているか」ということを力説されるわけです．10分ぐらいそのような話をされた後に，最後に言われたことが衝撃だった．最後に，「あなたの国でもそうでしょう」と言われたんですね．「あなたの国でもそうでしょう」という言葉の意味が，すぐにはわからなかったんです．少しして，これは私のことを外国人と間違えているのかなと思い，「あの，すいません．あの，ぼく日本人です」と言うと，その方が怒って電車を出て行かれたんです．それは，３年ぐらい前なんですけど，この間も同じ阪急電車に乗ってるとですね，その方，確実にその方ですね，お会いしたんです．ただ，目を見合わせた瞬間に次の車両に行かれました．

そんなこともあって，３年前の衝撃的なその方との思い出を思い出しました．こんな風に勝手に決めつけられてしまうということが，人間にはあるわけで，そのまま「間違った捉え方」でことをすすめられると，先ほどの「予言の自己成就」的リアリティを作られてしまう．私の場合は，

しっかりと抵抗して，「日本人です」と言えたのですが，そのため，悪循環に陥りませんでした．そういった相互作用の中で，リアリティというものは作られていくんだなと思ったりします．そういった状況の中で，自己決定の尊重や，それに対する支援ということがなかなか難しくなっている．社会的な支援が十分にあれば，おそらくこの「手間がかかる」ということがそんなにないのかもしれません．そうすると，状況が少し変わるのかもしれません．ただ，現状としてはそういった状況もあって，なかなか知的障害のある人の自己決定というのが尊重されにくいということが指摘できます．

三つ目は，「一括りにされる性質の異なる自己決定」です．これはどういうことなのかというと，まず，「平易なレベルの自己決定」と「高度なレベルの自己決定」と区別して考えてみます．例えば，服装や，食事の時間，場所に関連した事柄を決めるといった，日常生活，かつ，この比較的平易なレベルの自己決定と，一方で，健康であるとか，安全配慮であるとか，そういったことが必要な比較的高度な自己決定を，どちらかというと混合して，一緒にして議論をしてしまう．そして，その上で，支援を考えてしまう．実のところ高度なレベルの自己決定は難しいけど，平易なレベルの自己決定は十分にできるといった人に対しても，「自己決定ができない」といった大ざっぱな捉え方で，平易なレベルの自己決定までも阻んでしまうということが調査なんかで指摘されたりします．最近は，そのような区別をして支援されていることが多いとは思いますが，そういった指摘も現にあります．高度なレベルの自己決定，つまり，健康や安全に関する自己決定ができないからといって，一日の生活の自己決定もさせられない，ちょっとその支援が消極的になってしまうということになると，そのことが生じさせる問題は小さくありません．小さな自己決定を繰り返す中で，言い換えると，平易な自己決定を繰り返す中で，高度な自己決定もできるようにしていくといった最近の支援の考え方から見ると，その中での「成功や失敗から学ぶ経験」も同時に乏しくしてしまう．結果的に，その人の自己決定の全体の程度が，そして，その人の自己決定に関連した能力が，どうしても下げられてしまうといった状況も起こります．

四つ目ですが，「正しい結果を求められる知的障害のある人の自己決定」です．正しい結果を導く自己決定は，障害のない人でも，やはり難しいでしょう．自分が自己決定したことの結果が正しいと言える割合は，どれくらいあるでしょうか．例にもれず，私も，色々な失敗をしてきました．あまり，こうやってスーツを着ないもので，５年前ぐらいまで，自分で選んでスーツを買っていたんですが，ちょっとサイズが変だったり，色が悪かったり，靴下が白い靴下でお葬式みたいと指摘されたりと不都合な点が多くありました．自分でしていたスーツコーディネートが，ダメだったんですね．学生なんかに，「先生なんかスーツ着ると，七五三みたい」と言われたりしました．

そういう意味で，自分が選んでスーツを買うんですが，上手いこといかないっていう経験が，何度かありました．ここでは，私が自分でした自己決定の結果が，全然正しくないわけですね．その自己決定の結果が，非常に間違っている状態になっている．それでも，日々，自分でスーツを決めて買って，そして，生活していたりするわけなんです．今日は，ちなみに，イオンのショッピングセンターの専門店の人に，しっかりとコーディネートしてもらいました．フルコーディネーションで，七五三にならないように，スーツ買いました．しょうもない例ですが，正しい結果を導く自己決定というものが，意外と我々の日常生活の中で出来ていないということがわかるのではないかと思います．

それにもかかわらず，知的障害のある人の場合は，その「正しい結果を残せないから，自己決

定させられないよね」とか，「正しい結果が出ないから，そこに介入して，こっちの判断にしなさい」とか，そういった捉え方や支援をされることがよくあります．まあ，その点でいうと，公平に，障害のない人と同じようなかたちで公平に判断されていない中で，一方で，自己決定が抑制されているといえるのかもしれません．そもそも，自己決定という行為は，いくら合理的な計算をしても，必ず正しい結果に至るわけではなく，一種の賭け的な要素を持っている．この点は避けられないのだろうと．

それにもかかわらず，やはり知的障害のある人にはその賭けは許されないし，100％を求められるといったような点で，自己決定が抑制されることがあるのだろうと思います．先ほどと同じように，一日のちょっとした自己決定に関しても，「させてもらえない」，場合によっては「阻まれてしまう」ということがある．結果的に，成功や失敗のプロセスから学べない事態がおこる．こういったことも，「自己決定の尊重がなかなか難しい」背景として，捉える必要があります．そして，この難しさという点については，先ほども言いましたように，知的障害のある人の自己決定というのがどういった実態のものであって，どのような関連要因に影響する要因があって，そして，どのような支援をしていけばいいのかということが明瞭にされていないことが，一つの原因なのだろうと推察されます．そういった点で，実証的な研究が求められていますし，私の研究も始まりました．

3．知的障害のある人の自己決定に関連する個人要因

そこで，最初に先行研究のレビューを行いました．日本の先行研究は，実証的なものが少ないため，主にアメリカやヨーロッパの研究・調査結果の内容を整理しました．まず，個人のどんなものが自己決定に関連しているのか．自己決定を「動かしている」のかということを少し整理しました．一つは，知的機能に関する障害程度ということで，特に IQ に関連したものです．

障害レベルが高くなると，自己決定が難しくなる．障害レベルが低くなると，自己決定の程度が高まる．これは，おそらくかなり確立した関連影響要因であるといえます．また，かなり大きな枠組みですけれども，自己決定に関連する能力といったものもあります．選択であるとか，よく言われるのは，問題解決スキルであり，構成要素としては，目標設定，セルフアドボカシー，そして，自己覚知といったように指摘されるものなのです．それをまとめて，「自己決定に関連する能力」というかたちで括っています．

これらのスキル，態度，知識といったものも，自己決定の程度に影響を及ぼすだろうと考えられます．そして，三つ目は，「適応行動及び行動障害」です．この適応行動の中には，言語，読み書き，金銭の概念の理解，対人関係や日常生活にいるような活動など，幅広いものが挙げられます．要は，日常生活の中で適応していく為に必要となる行動を指します．また，行動障害ということで，環境への不適応行動とよく言われる多動，奇声，自傷，拒食，異食といったようなそういう行動が挙げられます．

行動障害がある場合，それが自己決定の程度を左右し，関連要因になるといえます．「適応行動が高いと自己決定の程度も高まり」「行動障害が高いと自己決定の程度が低くなってしまう」というようなことも言われています．

そして，その他の個人要因としては，先行研究にも，まず，年齢があります．ただ，年齢に関しては，昨年発刊されたアメリカ知的発達障害学会のジャーナルにおいても，子どもの時には，年齢が高まると自己決定も高くなっていくことが指摘されていますが，成人に達すると，その年

齢の影響というのがあまりなくなってしまうとの報告がありました．ですので，年齢が単に上がれば自己決定の程度が高まっていくわけではないと考えられます．

ただ，子どもの時には，年齢の高まりと共に自己決定が高くなっていくということはいえるかもしれません．また，性別に関しては，先行研究における結果は不明瞭です．次に，経済的豊かさが高いと自己決定の程度も高まっていくというようなことが言われたりもしています．そして，「学習性無力感」に関する先行研究は，少し面白かったかなと思ったので提示しています．いわゆる“Learned Helplessness”です．活動のコントロールをできず，そのセルフコントロールを拒否される経験，ここでは主体性を拒否されるような経験をすると，自己決定における自発性がなくなってしまう．そのような知見です．

先ほど述べたアイエンガー教授の恩師の方でもあり，著名なセリグマンという有名な心理学者が言及している概念なんですが，自己決定でも，それが影響を及ぼしているのではないかといったような指摘があります．先ほどの話にも関連しますが，端的に言ってしまうと，「できない，できない」と言われると，「もういいや」と思ってしまう．そういったところで自己決定ができなくなってしまうといったところもあるだろうと．髭をですね，私は今たわわに生やしていますけれども，髭をそると学生に認識してもらえないんです．髭をそったあとに，学生に挨拶しても無視されるとかですね．髭をそって学生と会うと「あっ，先生，髪切りました？」とかって言われたりします．なかなか「髭」を適切に認識してもらえなかったりします．そのような経験をしているうちに，段々と「髭をそった」ということを言わなくなりましたね．「なんかこれ言うてもしゃーないな」と自分自身も思っているんだろうと．「言うても気づいてくれへんし，150人の学生全員に言うわけにもいかんな」と思いながらですね．稚拙な例で，学習性無力感かどうか分かりませんけれども，そういう経験をしてしまうと，何かに取り組む自発性がなくなってしまうといったようなことがあったりするのかもしれません．

ただ，最初に自己決定のエコロジカル理論といったお話しをしましたので，もちろん，個人要因だけが知的障害のある人の自己決定を規定するのかといえばもちろんそうではありません．社会福祉というかソーシャルワークの観点から研究をしていますので，「個人要因だけです」と言うと，われわれソーシャルワーク研究者の出る幕がほとんどなかったりします．

そういった意味でも，個人要因だけではないといえます．もちろんそれもありますが，「それだけではないよ」というところに話を移します．先ほどお話ししたアベリー博士の自己決定のエコロジカル理論によると，環境との相互作用の中で自己決定というのはされていくという捉え方です．そこで，環境要因が重要な役割を果たすことになります．ただ，その環境要因をお話する前に，少し言及しておきたいことがあります．

それは，「共同決定」としての自己決定という捉え方で，それを基盤に調査研究を進めています．最近は度々言及されます，「他者との相互作用の中で自己決定というのは行われているよ」ということですね．全ての自己決定を，その人一人で行っている人はおそらくいないだろうと考えています．先ほどもお話しましたが，たいていある極で考えると，「完全なる他者による決定」，そして，反対の極によると，「完全なる自らの決定」という概念のスペクトラムで考えると，人はその二つの極の間で自己決定という行為をしているだろうと思います．

そういう意味では，他者の影響を受けながら，他者の意見をもらいながら自己決定していくという中で，知的障害のある人を含めた我々の自己決定というのは行われてきているだろうと．先程の話でも，私という個人も全てを明快に自己決定できない中で，他者の意見を聞いて決定した

り，全く相手に任せたり，または，相手に情報を聞きながら自分で決定していたりします．

この場合も，「完全なる他者の自己決定」と「完全なる自分の自己の決定」の間に，実際の決定っていうのは位置づけられています．元々，2000年ぐらいから，知的障害分野での自己決定がよく言われるようになりました．ただ，医療分野でもそうかもしれませんし，障害でも特に身体障害者の自立生活運動といったような議論の中では，「これまで他者によって一方的に決められてきた状況に対して，もう少し自己の関与を認めて欲しい」といったような意味合いがあります．

そもそも，最初から自己で決めることを「全部やらしてくれ」「自分で全部決めさせてくれ」ということのみに焦点を置くような議論では実はなかったんですね．他者が関与しすぎているところに，「もうちょっと自分たちも関与させてくれ」というような議論が中心であったといえます．そう考えると，そもそも自己決定が，「自分だけでする」ことを前提とした議論ではなかったことがわかります．

4．「共同決定」としての自己決定

このような議論においても，環境との相互作用という考え方を念頭に置いて，自己決定を捉えていくことが，大切であるといえます．ただ，もちろん，そのような認識の文脈でいくと，度々批判される「過剰なパターナリズム」という状況がやはり起こってきます．「弱いパターナリズムはいいんじゃないか」とかいう議論もあったりしますけれども，「他者との共同決定が自己決定ですよ」というと，「じゃあ，どこまでも入っていいのか」と，「それでは他者が勝手にその人の決定を実質的にしてもいいのか」といった点が議論になります．

この点については，いくつか後で少しお話ししたいと思いますが，「無限定になされない」とか，どういったところでどういった条件で，なぜ必要があるのかといった点を明確化した上で，その人の自己決定に介入する，または関わる必要があります．その点には，限定性をもたせないといけないと思っています．そのような前提はあれども，自己決定を認識する基盤としては，「共同決定」として自己決定を捉えることが有益であるといえます．

5．知的障害のある人の自己決定に関する環境要因

(1) 居住施設規模

それでは，自己決定に関連する環境要因として，具体的には，どういった内容があるのでしょうか．その環境等要因として，まず挙げられるのが，居住施設規模です．これは想定しやすいものですが，相対的に，規模が小さな施設の方が自己決定が高まるとされています．アメリカ等では，1990年代から，障害分野における脱施設化の結果，地域社会から離れた大きな規模の施設よりも，小規模の施設の方が自己決定に従事している程度が高いという指摘がなされています．これは，ある程度確立した関連要因です．

ただ，若干話がそれますが，わが国と海外の施設規模の違い，特にわが国とアメリカの施設規模の違いは，少し念頭に置かないといけないと思っています．日本でも，脱施設化の議論っていうのは同様に行われていますが，その規模に違いがあります．私が大学院修士課程でアメリカのソーシャルワークを学びに行った場所が，ウエストバージニア州というけっこう田舎の州なんです．ワシントン D.C. から，車でそんなに遠くないんですが，「これが THE 田舎」という感じですね．この写真が，そこの州の施設で，ウエストバージニア州立施設というところです．

1858年ぐらいに設立されたんですが，脱施設化の中，1994年には完全に閉鎖しました．ですの

で，現在は，ウエストバージニア州には施設は全くないという状態になっています．ただ，アメリカの場合，州によって状況が異なります．例えば，昨年訪れたルイジアナ州では，まだ施設が残っており，その中で生活している人たちも，５年後には全て地域に戻っていくという話はありましたが，まだ入所しています．

このように，州によって状況は様々だったりするんですが，ウエストバージニア州の場合はもう全てのいわゆる入所施設を閉じています．ただ，歴史的建造物ということで，この写真のように残っているんですね．具体的に，どんな施設だったのかというと，建物自体は幅400メートルぐらいの非常に大きなものです．今，甲子園でセンバツが行われていますが，ホームベースからセンターまでで120mだそうです．その３倍ちょっとぐらいの長さが，このウエストバージニア州立施設の建物にはあります．また，男性棟と女性棟に分かれていたようです．窓の数も，921あり，扉も906あったということで，非常に大きな施設であることがわかります．

最も入所者が多い時期では，2,400人が生活をしていた施設でした．1960年くらいですね，あるジャーナリストがこのような大規模施設に潜入取材をして，入所施設の非常に劣悪な状況を写真集で出版したことが社会に大きな衝撃を与えました．ご存じの方もいるかもしれませんが，「煉獄のクリスマス」という有名な写真集なんですが，それをきっかけに入所施設反対の世論が高まり，本格的な脱施設化がアメリカで開始されました．このような意味では，日本の脱施設化の議論なんかですと，少し施設規模が小さいのかなと思います．ですので，必ずしも同じような議論は出来ないというか，同じような議論は適切ではないと言えるかもしれません．

⑵　支援環境

再度，自己決定に関連した環境要因の話に戻りましょう．その関連要因として，一つ目にこの居住施設規模があります．ある程度確立した，自己決定を左右する要因です．また，他にはどういったものがあるのか．二つ目に，支援環境を挙げています．支援環境については，欧米でもまだ研究調査が十分にされている訳ではありません．ただ，何点か指摘される事柄があります．一つは，スタッフ訓練です．スタッフを訓練することによって，自己決定の機会の提供が増え，結果的に，自己決定を高めていくとの知見です．ただ，それに関していうと，まだ結論が出ていないという点は念頭に置いておく必要があります．次に，後見人の活用です．後見人がいると，自己決定が進みそうな雰囲気もあります．ただ，その後見人といわれる人が，かなり関与をしてくると，逆に，障害のある人の自己決定を抑えてしまうというような調査結果があります．これも善し悪しがありますが，環境，そして支援環境の関連要因として一つ挙げることができます．

⑶　支援職員の割合

三つ目に，支援職員の割合にも左右されるのではないかとの指摘があります．先ほど言ったように，支援の手が足りてないので，手間がかかるといった議論になる．自己決定のサポートが出来ない，自己決定をさせられないみたいな話がありましたが，反対に，関わる支援職員数が多くなりすぎると，障害のある人の自己決定を抑制してしまうというような調査研究もあります．ただ，まだ暫定的な知見で，結論は出ていません．また，自己決定機会の提供というものも，支援環境の要因の一つとして指摘されています．自己決定機会の提供が増えれば，自己決定が高まる．近年の調査結果を見ると，これもおそらく確立した要因になるとは思います．個別性や自立性を重んじた支援方針といったものも，自己決定を左右する支援環境要因として挙げられています．

ただ，障害のある人の自己決定に関連する支援環境要因については，まだ定説が導き出されるような確立したものは多くありません．今後の研究が待たれるところです．わが国では，これらに関する量的調査というものが少ないため，今後調査していく必要があるだろうと思います．

6．生活施設における知的障害のある人の自己決定に関する調査

⑴ 調査対象者・方法・質問項目

そういった背景の中で，生活施設における知的障害のある人の自己決定に関する調査を実施しました．ちょうど今から８年ぐらい前になりますが，生活施設283カ所に住む知的障害のある人を対象に実施しました．生活施設としては，入所施設，通勤寮，グループホームおよびケアホームに住んでいる方を対象に行いました．

次に，調査方法としては，担当支援職員が質問紙に対する回答というかたちで，683カ所の生活施設の利用者の方について行っています．回収率が71.7％です．詳細に関しては，配付している補足資料の３ページ（本稿43ページ）に記載されています．あとでご覧になっていただければと思います．

質問項目は，先ほどお話しました，ミネソタ大学のアベリー博士という人が中心になって作られたMinnesota Self-determination Scalesというものを参考にし，同様な自己決定に関連した調査票が他にもアメリカ等では公表されていますので，そういった内容も加味して作成しています．

具体的には，自己決定の度合い，自己決定関連能力，そして，支援の環境に関する調査票を作成しました．その調査結果として，どんなものが出てきたかということですが，知的障害のある人の自己決定を構成する要素というものがいくつか因子分析のなかで抽出されました．具体的な数値は，４ページ（本稿44ページ）の表２－２から表２－３にわたって書いてあります．

具体的に説明すると，自己決定の要素の一つとしては，日常生活活動における自己決定，例えば，入浴時間，就寝時間，時間外の飲食，服装，洗濯，スタッフの入室に関する決定である等々のものがあります．

二つ目は，友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定という領域が抽出されています．誰が友人・知人になるか，友人・知人と何をするか，友人・知人にいつ会うか等の決定に関するものです．

三つ目は，医療的処置に関する自己決定ということで，受診や医療処置において「こういったかたちにする」等に関する自己決定になっています．

四つ目は，個別支援計画作成における自己決定ということで，個別支援計画で取り組む活動内容，その優先目標や目的，個別支援計画作成会議の出席者を誰にするのか等々に関連した自己決定の領域です．

五つ目は，友人・知人との外出および招待に関する自己決定ということで，友人・知人との外出時の帰宅時間，部外者の施設への招待，付き添いのない友人・知人の外出等に関する決定なんかがこれに含まれます．

スライドを見ていただき，円の大きさが平均値の大きさを表していますが，医療的処置に関する自己決定は，かなり安全・健康の配慮といったようなところで，低くなっています．次に，日常生活活動における自己決定は，入浴や日にちの決定なので，比較的，そして，相対的に大きな数値になっています．

また，友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定は大きくなっていますが，この点に

関連して少しお話ししておきたいことがあります．４年前ぐらいに，アメリカの脱施設化の状態を把握するために，ヒアリング調査としてワシントン D.C. の支援者の人と話をする機会がありました．その際，脱施設化は日本よりも進み，「物理的・身体的には地域に移動したけれども，人とのつながりっていう意味では，まだ施設にいるような状態なんだ」みたいな話をしていました．

おそらく，日本でも脱施設化のプロセスのなかでは，施設は出たんだけれども，グループホームに行って，しかしながら，地域とのつながりというのはまだ薄いといったような状況があります．ただ，脱施設化が進んでいるアメリカでも同じような状態が起こっていて，その状況を加味していうと，おそらく地域に行ったときの友人・知人とのつながりよりも，入所施設にいる人のほうが，人とのつながりの数であったり，その深さであったりするものが多いまたは強いといったことが指摘できるのかもしれません．

それが良いか悪いかは別なんですが，先に脱施設化が進んでいるアメリカも含めて，それがまだ過渡期の段階では，そういったことが起こるのだろうと推察しています．そういう意味で，おそらく，施設内での関係性の強さとか，関係の数の多さみたいなところで，ここの平均値が上がっているんだろうと推測できます．このように，いくつかの自己決定の領域があります．

⑵ 知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの―自己決定能力―

では，個人における関連要因として，まず一つあげられるのが，自己決定能力です．この自己決定能力は，四つの自己決定能力というものが，因子分析の結果，抽出されています．これに関しては，６ページ（本稿46ページ）の表３－１から表３－３に少し数値は掲載しています．

一つ目は，目標設定能力です．これは，これまでの先行研究でも度々提示される能力ですが，自らの希望，好み，そして興味などを認識し，それに合った目標を考えて，ときにはいくつかの目標の中から決定していく力であったりします．

二つ目は，コミュニケーション能力です．これもよく言われる非常に基礎的な能力です．次に，課題遂行能力と選択能力があります．選択能力は，選択肢から選んでいくこと，そして，主体となるような，そういった能力が因子分析の結果として抽出されています．これらの因子が，どのように関連しているかいうと，目標設定能力とは比較的に高度な能力でもあるため，すべての自己決定の領域に影響を及ぼしています．コミュニケーション能力に関しては，日常生活，友人・知人の選択，共有時間に関する自己決定の部分に影響を及ぼしています．また，選択能力に関しても，この二つである日常生活活動と友人・知人の選択と共有時間に関する自己決定に影響を及ぼしているということが明らかになっています．

⑶ 知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの―支援環境―

次は，支援環境との関連です．これは，９ページ（本稿49ページ）の表４－１から表２のところに，具体的な数値をあげていますので，そちらを見ていただければと思います．先ほども話をしたように，社会福祉やソーシャルワークの観点に立って重視される，環境要因，つまり，支援環境としては，今回の調査ではどういった関連要因が抽出されたのか．

まず，一つ目は，「新たな活動につながる支援」です．度々指摘されますが，新しい多様な経験のなかで，豊富なライフスタイルが見いだせると，選択肢が生まれ，また，自己決定の機会が生まれ，自己決定が促進されると考えられます．次に，「本人の意思の尊重」，「役割モデルの存

在」,「地域とのつながり」,そして,「スタッフ教育・訓練」という五つの要因が,因子分析の結果,抽出されています.新たな活動につながる活動への支援に関しては,日常生活活動における自己決定,そして,友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定に影響を与えています.

本人の意思の尊重に関しては,すべての自己決定に影響を与える,関連していることがわかりました.そもそも,自己決定がされるという意味では,その決定を周りから受け入れられなければ何も始まりません.そのように考えると,この本人の意思の尊重は,非常に重要な支援要因になるだろうと.ただ,現場のソーシャルワーカーとお話をしているときに,この因子に対するこの“ネーミング”はよかったのかなあと少し考えたりしました.そのように考えてみると,そのソーシャルワーカーが言われていたんですけれども,「本人の意思の尊重という言葉だけれども,それをこうちょっと違う言い方で言い換えると,支援者側の意思を読み取る“感性”と支援者側の意思を読み取る“スキル”,“知識”」といったラベルに置き換えられるのではないかとお話しいただきました.支援者環境という意味では,本人の意思の尊重の背景にあるものとしては,そういった支援者の感性であるとか力量といったものが,結構関係しているのではないかと思います.

次に,役割モデルの存在という要素も,多くの自己決定に関連をしています.おそらく,知的障害のある人の場合,これまでの生活の中で様々な経験が制限されていたり,そういった自己決定をしている先輩であるとか仲間に出会う機会というのが,そんなに多くなかったんだろうと思います.そのため,役割モデル,より具体的にいうと,自己決定をしている障害のある人,または,同じような障害のある人と出会う,そして,障害はないけど,そのような自己決定をしている人たちに出会うといった役割モデルと関わることで,自己決定が高まっていく.普通に納得がいく理屈なのかもしれません.

そして,地域とのつながりという支援環境も,おおむね自己決定全般に影響を与えているということがこの調査から明らかとなっています.その理由としては,多様な経験や情報の収集が,地域という場の中でできるだろうし,また,自己決定のうちスキル,知識,そして,態度というのを,地域において,般化することが可能になるからだと考えられます.加えて,施設における様々なパワー関係を含んだものではなく,地域で比較的制約の少ない関係の中で,自由な決定を促進されるとの指摘があります.このように,地域とのつながりというのも,自己決定に大きな影響を与えており,その背景事情が推察されます.

ただ,最後ですが,実はこの調査の中で,スタッフ教育と訓練に関しては,自己決定のどの領域にも関連を見せませんでした.つまり,この結果をそのまま捉えると,自己決定実施の程度に影響を与えていないことになります.スタッフ教育や訓練は,障害のある人の自己決定支援にあんまり意味ないのかなというふうに思ってしまうんですが,一方で,これまでの先行研究から考えると,非常に多くの文献がその関連みたいなことに言及しています.

そこで,今回の調査結果の統計数値を見てみると,すでにお話ししたこの四つの要素に関しては,おおむね自己決定に影響を与えているというのはわかりました.そして,ここからはあくまでも仮説ですが,直接のつながりは出ていませんが,実は,このスタッフ教育・訓練が,これらの他の四つの要素に影響を与えて,それが媒介的な役割を果たし,自己決定に間接的に影響を与えているのではないかと考えています.

直接的には,自己決定を高める要素になってはないけれども,それが新たな活動につながる資源,本人の意思の尊重,役割モデルの存在,そして,地域のつながりとかそういったものに影響

を与えて結果的に自己決定を高めていくというプロセスになってるのではないだろうかと推察しています.

ただ，議論としてはもちろん，最初にお話ししたように四つの領域に関しては関連があるんだけれども，スタッフ教育に関してはないと指摘することはできます．そのような議論が，できるのかなとは思っています．そういう意味では，スタッフ教育・訓練がどのようなかたちで自己決定，そして，知的障害のある人の決定を促進しているのかは，少しまだ検討が必要かなと思います.

教育訓練という意味では，少し話がそれますが，先日，大学で仕事を終えて，夜10時ぐらいですかね，自転車で家に帰ったんです．その帰りに，自宅手前の川を越えた辺りで，いきなり警察に止められまして.「おい！」って言われて，自転車をとめて振り返った瞬間に，警官に言われた言葉が,「お前日本人か！」でした．大阪も国際都市を目指しているわけですが，そんな言葉を発するなんてと，若干ショックを受けました．そういう意味では，警察の教育訓練はどうなってるんかなと思ったりして．その後，警察の方と少し話をして,「いや，大学で仕事をして遅くなったので，今日はこの時間，自転車で帰ってるんです.」と言うと,「そうですか〜」と．いやいや，これらの会話をもう日本語で話してますのでね，わかってもらえるんですけど,「そうですか，すいません」と警官が言ったあとに，その警官の方が言われたセリフが,「いやぁ，だけど見えますねぇ」って言われたんですね.「全然，反省してないやん」と気持ちつっこんだりしたんですけど，少しね．大阪府警の教育訓練もしっかりして欲しいなと思ったりします.

そういう意味でも，と言えるかどうかともかくですが，教育訓練はやはり重要だと思ったりします．知的障害のある人の自己決定支援という文脈において言うと，スタッフ教育・訓練の内容の吟味はしっかりしていかないといけないといえるでしょう．ただ,「やってますよ」というような教育・訓練では，自己決定支援には繋がらないというのは，この調査からも一つ指摘され得る点だろうというふうに思います.

また，スタッフ教育・訓練に関しても，これらの四つの要素，例えば，新たな活動に繋がる支援を出来るような教育・訓練をしているか，本人の意思の尊重をきちんと出来るような，もう少し細かくいうと，その意思というものを捉える「感性」またはそういう「スキル」,「知識」というのを持ってるかどうかみたいなところで，または，役割モデルの存在や地域とのつながりを見つけていくことに繋がる教育・訓練っていう内容の吟味をすることが，おそらく必要になるといえます.

⑷ 知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの―居住施設規模―

次に，居住施設規模に関しても，今回の調査で検討をしています．これに関しては，11ページ（本稿51ページ）の表５－１から表５－２のところに数値をあげていますので，またご覧頂ければと思います．施設規模の関連というのは，先ほどもお話したように非常に指摘されている点ですが，これに関してはもうそのまま全ての領域に影響を与え，関連を見せているということです.施設規模が大きくなると，日本でも自己決定を抑えるという結果が同様に出ているといえます.もちろん，規模が大きい施設になると，集団性の維持，時間的制限，社会規範，そして，危険回避等といった理由で自己決定が抑えられるということは，内容的には理解できます．ただ一点だけ，先ほどもお話ししましたが，友人・知人の選択及び共有時間に関する自己決定に関しては，居住施設規模が大きいものになれば，その自己決定の度合いが高まるといった結果になっていま

す.

ただ，友人・知人の選択及び共有時間に関する自己決定だけ，少し違う方向を示しているのです．これに関しては先ほども言ったように，居住施設規模が小さくなると，地域のグループホームやケアホームといった居住形態になりますので，地域での繋がりがまだアメリカでも，そして，日本でも強くない状態を考えると，反対に，入所施設での関係性のほうが，量的にも質的にも充実しているというような点が，この結果に影響してるんだろうと推察できます．どちらにしても，施設規模や人数というものが大きくなれば，自己決定というのは抑制されていく点は，支援プロセスの中で念頭に置く必要があると思います.

また，個人特性の中でいくつか挙げましたが，この調査では，年齢が高くなると自己決定の程度が高まったり，そして，障害程度区分が高くなると自己決定が低くなるとこれまで指摘されてきた知見が確認されています．このような点も含めて，知的障害のある人への支援というものとして，どのような点が提言できるか.

まず，支援環境から見た自己決定支援として，個別ニーズへの積極的対応ということが求められます．すでに話したように，居住施設規模が与える自己決定への影響から考えると，施設における集団処遇における個別的ニーズへの対応の難しさが，容易に推測できるわけです．そういった影響も考えると，本人の意思の尊重が非常に自己決定支援には重要だということがいえますし，これも個別的ニーズの対応の重要性を指摘していると考えられます.

⑸ 知的障害のある人への支援―個別ニーズへの対応―

そういう意味では，当然と言えば当然ですが，個別的ニーズへの対応という関わりの中で，自己決定の支援は考えられるべきだろうと思います．近年，知的障害のある人の支援で度々言及される手法が，本人中心計画です．英語のまま，パーソンセンタード・プランニング（Person-Centered Planning）ともいわれ，省略して PCP と呼ばれることもあります.

本人の要望や希望，そして，持てる力をもとに，社会的ネットワークを活用し，その本人の目標を支援する援助手法です．1980年代のアメリカで開発された援助手法で，もちろん，アメリカで広がっていますが，同様に，日本でもこの支援方法に取り組んでいる組織があります．これは PCP の実際の写真ですが，本人のこれまで生きてきた歴史を振り返り，その中で長所や能力，いわゆるストレングスのようなものを見出す点が，この援助手法の一つの特徴になっています.

そこでは，本人の好きなことや嫌いなことを整理したり，本人の希望や夢をもとに計画を立てていきます．その中で，具体的な計画を練り上げていきます．もう一つ重要なのは，PCP では，多様な人が集まって議論をし，計画を決めていくという手法が取られ，例えば，専門家だけで集まり議論するのではなく，家族や支援者はもちろんのこと，隣人であるとか，本人がよく立ち寄るコンビニの店主であるとか，本人がよく行く図書館のスタッフであるとか，もちろん友人・知人であるとか，そういった専門家以外のその本人に関係する人たちが集まり，計画を本人と一緒に議論する点が特徴です.

その中で，例えば，コミュニケーションをとることに大きな困難のある人について，例えば，行きたいだろう道であるとか，具体的なプロセスの決定なんかを，その本人に関係している多様な人による「推定」として行っていくという手法をとっています．もちろん，ご本人が自分で決定できる場合であれば，その決定に従っていきますが，非常に障害が重く，自分で決定することが難しい人であっても，このプロセスを経て行います．多様な関係，つまり，支援者以外の関係

者の人が集まって，「おそらく，この人はこうしたいんじゃないか」「おそらく，この人の家ではこうなんじゃないか」といった点を，複数の他者による，いわゆる「推定」により，言い換えると，共同決定のような関わりにおいて自己決定支援をしているのが，この本人中心計画という援助手法であるといえます. このような方法を使うというのも, 自己決定支援に求められる個別ニーズへの対応としての一手法かと思います.

少し話がそれますが，兵庫県の西宮市に青葉園という有名な施設があります．最重度とされる障害のある人が生活されている入所施設ですが，そこで長らく支援をしていた清水さんという方がいらっしゃいます．とても重度で，意思表示にかなりの困難を抱える人の意思を，支援者側も捉えることが容易ではありません.

ただ，「そのような当事者の人であっても，この本人中心計画の中では，会議に必ず居てもらうんです」と語っています．手間とか，そういったものを考えると，その方が“語ることができない”のであれば，「支援者だけで決めてしまおう，いや，決めてもいいんじゃないか」みたいな発想になるかもしれません．ただ，そうではなく，その人を入れて，その人の行く末を考えていくことが重要だと．その理由として，理屈と言えるのか分かりませんが，「その最重度の人を中心にして，そして，その方を目の前にして，あなたたちはそのようなことが言えるのか」という“縛り”というか，いわゆる共同決定において他者の過剰な介入というのを制限するためのツールとして．ツールと言ったら失礼なんですけれども，「存在」として，その人を議論の中心にいてもらう．清水さんは，身体的にも，その人を計画作成会議において，その中心にいてもらうことで，「あなたたちはその人の目の前でそんなことが言えるんですか．そういう決定が出来るんですか」というような，そういうプレッシャーを支援者が感じながら計画作成を進めていくことが，非常に大切なのではないかと指摘します.

そういう意味では，この「本人中心」という言葉は，単なる言葉だけではなくて，まさにその人を「真ん中」に置いて，言い換えると，その人の存在を真ん中において「感じ取って」いく．その中で，共同決定としての自己決定が，強いパターナリズムや過剰な他者の介入を抑制しながら，達成できるといえるのだろうと思います．この点は，他のインタビュー調査等のデータにおいても，同様に感じることがあります．このようなPCPといったような手法を使いながら，複数の他者が参加した状況の中で，「共同決定」という方法で自己決定を支援していくという仕方があるんだろうと思います.

⑹ 知的障害のある人への支援
―地域における多様な人々や経験と関わることのできる機会の提供―

二つ目は，地域における多様な人々や経験と関わることの出来る機会の提供です．これは，地域との繋がりや役割モデルの提供を行うことにより，多様な経験や情報の獲得，そして，獲得した知識やスキルの汎化が可能になります．同年代やどのような障害のある人のモデリングなどが，入所施設ではなく，その地域で可能になるということで，地域という場でやはり生活して，そして，支援していく必要があると考えられます.

ただ，たとえ入所施設で生活していても，地域と繋がりを持つことが，このような点を踏まえると，非常に重要になってくるといえるでしょう.

⑺ 知的障害のある人への支援―自己決定領域の性質の違いを認識した関わり―

そして，自己決定領域の性質の違いを認識した関わりも提言の一つとして挙げておきます．平易な判断で可能な自己決定においては，リスクを侵す尊厳というのを受け入れていくことが必要です．先ほど言った「高度な自己決定」と「平易な自己決定」とを同じにせず，それらの違いを区別しながら支援を考え，その人の自己決定の力を考えたりする．ただ，本人の高度な判断が必要な自己決定に関しては，もちろん，本人を巻き込みつつ，他者による介入というのも必要になってくるだろうと．

そういう意味では，ここでいう「弱いパターナリズムの許容」というものは，一定許容されるというか，受け入れざるを得ない状況はあるんだろうと思います．ただ，そういう場合であっても，先ほども言ったように，「本人を最大限巻き込みつつ，他者の関わりというものをつくっていく」ということが必要であろうし，「どんな場面で，どんなタイミングで，なぜ必要なのか」という説明責任をしっかり提示できるようなかたちで関わっていくことが求められます．

そして，関係する多様な，そして，複数の他者でその本人の決定に関与していくことにより，「多くの他者による推定」というふうにスライドや資料で書きましたが，そういったかたちで，関わっていく必要があります．高度な自己決定に関しては，例えば，「結婚」や「安全」といった観点から，なかなか「すべて，どうぞ自分で自己決定を」というわけにはいかないかもしれませんが，そういったときにも，本人を最大限に巻き込んで．

先ほど言いましたように，「真ん中に」最重度の障害のある人を置いて，そして，いてもらうだけで，その人に対する他者の過剰な介入を抑制することが可能になります．ですので，その本人を，極力巻き込みつつ，共同決定における自己決定を進めることが大切です．何度も繰り返しますが，「どんな場面で，どんなタイミングで，なぜ必要なのか」をきっちり説明できるようにする．そして，そこには関係する多様な他者，そこにはもちろん，支援者だけではなくて，先ほど話をしたように，スーパーの店員さんかもしれませんし，図書館のスタッフかもしれないし，近所のおばちゃんなのかもしれない，そういった複数の他者の関与の中で，「推定」，「この人にとっての決定ってどういうものなんだろうか，どういう方法が適切なのだろうか」ということを考えていく必要があります．

⑻ 知的障害のある人への支援―個人の能力から見た自己決定支援―

四つ目は，「個人の能力から見た自己決定の支援」です．これは，目標設定能力というものの向上による自己決定支援ということで，自己決定に関連した能力には，目標設定能力という非常に高度な力がありますが，実のところ，その基盤となることは，もっと素朴な「本人の希望や好み」ではないかと．そして，それらに焦点を当てた支援を行うことによって，重度な障害のある人であっても，目標設定能力を幾分高めることができるのではないかと推測しています．そこで，「本人の希望や好み」をもとに計画や支援を組み立てる，先ほどいったPCPという本人中心計画という手法や，本人のストレングスをもとにしたストレングスモデルでのソーシャルワーク実践，または，ケアマネジメント実践といったものも，おそらく，目標設定能力を高める上でも，非常に効果があるんだろうと思います．

また，コミュニケーション能力の向上も，自己決定支援においては，大切な援助として挙げられます．コミュニケーション能力を支援する意味では，本人の力だけではなく，本人の意思を受け取る「感性」，その意思を受け取る「スキル」や「知識」といったものが同時に必要とされる

という意味では，障害のある本人の個人的な能力だけで終わるものではないといえます．私が今回行ったこの調査の結果に基づいて，このような点を指摘することができます．

7．自己決定が困難な人への自己決定支援

最後に，自己決定が困難な人の自己決定支援について，これまで，量的な調査やインタビュー調査等に取り組んできましたが，それらの結果を再度まとめて考えてみると，どんな絵が描けるのかなと思ったんですね．一つは，自己決定支援における基盤作りというのがまず重要になってくるだろうと．信頼関係の構築やコミュニケーションの確立というのはまずもって大切でしょう．

障害分野で熟練のソーシャルワーカーの方が言われていたのは，おそらく現場の方はみんなそうだというふうに合意されると思うんですけれども，「信頼関係が作れれば，仕事の半分以上が終わった」との言葉ですね．「信頼関係が構築できれば，支援の８割がた終了した」と語る人もいたりするんですが，それほど，「簡単そうな」信頼関係構築が，とても「難しく」かつ，「何よりも大切である」ことを表現しているのだろうと思います．

これは，おそらく自己決定の支援においても必要になる要素であるといえます．そして，もちろんコミュニケーションの確立等の基盤づくりをし，本人の意思決定をまず受け止める．非常に最重度であったり，意思表示が非常に難しい，こちらもその方のメッセージを受けとることが難しいということであれば，本人の興味関心と好み希望といったストレングスを集め，それらの情報をもとに，複数の他者によって本人の意思を「推定」するやり方を提言できます．

そのときには，先ほども話しましたように，本人の参加が必須であり，支援者が，その方の意思をどうしても把握できない意思であっても，その方が決定の場に存在することによって，他者の過剰な介入を抑制することができるといえます．そういう意味では，ご本人さんその存在が必須であるというかたちで，複数の他者によって本人の意思を「推定」するという手順がとられる必要があるだろうと思います．暫定的なかたちでの提言なんですが，このように考えると，相当に課題がある方であっても，その方に対する自己決定支援における枠組みを少し作っていけるのではないかというふうに考えています．拙い講演ですみません．最後，急ぎ足での話になりましたが，時間になったかと思いますので，これで終了したいと思います．ご静聴ありがとうございました．（拍手）

※本稿は，平成26年３月25日に開催された長崎純心大学医療・福祉連携センター主催の講演会での講演に加筆，修正したものである．

長崎純心大学
Nagasaki Junshin Catholic Univeersity
医療・福祉連携センター講演会
地域包括ケアシステムの構成要素について考える

講演I
自己決定が困難な人への自己決定支援について
～知的障害のある人への自己決定研究からの学び～

神戸女学院大学文学部総合文化学科准教授
NPO法人おおさか行動する障害者応援センター副代表
社団法人日本社会福祉士養成校協会国家試験合格支援委員会編集委員
博士（学術） 與那嶺　司

1．研究の背景

（1）「自己決定」を重視する政策展開
1）社会福祉基礎構造改革・支援費制度
2）障害者自立支援法
3）障害者総合支援法
（2）「丸飲みと反発」
→自己決定とはどのようなもので、どう支援すればいいか
（3）わが国における実証的研究の状況
→障害のある人の自己決定とその影響要因に関する実証的研究がほとんどない

2．知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのか

（1）なぜ、自己決定を尊重するのか
→福祉施策、人権、QOL、身体的・心理的健康等
（2）なぜ、知的障害のある人の自己決定が困難を持つのか
1）「自己決定の主体」として捉えられていない知的障害のある人
・「できない」→「できる」ための支援は必要ない
・「できない」と捉えることから生まれるリアリティ
2）「手間のかかる」知的障がいのある人の自己決定
・現場の日々の「業務の忙しさ」が…
・「支援したい」、ができない→形骸化

2．知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのか

3）「ひとくくり」にされる性質の異なる自己決定
・「平易なレベル」と「高度なレベル」の自己決定
・成功や失敗から学ぶ経験が乏しくなる
4）「正しい結果」を求められる知的障害のある人の自己決定
・障害のない人でも難しい「正しい結果」
・「賭け」的要素のある自己決定
・成功や失敗のプロセスから学べない

わが国では知的障害のある人の自己決定の実態や影響する要因が実証的に明らかにされていない

2．知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのか

（3）個人の何が自己決定を「動かす」のか
1）知的機能に関する障害程度
2）自己決定に関連する能力
3）適応行動および行動障害
4）その他の個人要因
・年齢、性別、経済的豊かさ、学習性無力感等

個人要因だけが知的障害のある人の自己決定を規定するのか？

2．知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのか

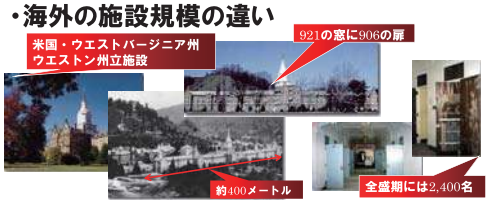
（4）環境の何が、知的障害のある人の自己決定を「動かす」のか
1）「共同決定」としての自己決定
・他者との相互作用の中での自己決定
・医療分野でも障害分野でも「もう少し自己の関与を…」という要求
・批判される過剰なパターナリズムの回避



2．知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのか

2)**居住施設規模**

- 相対的に規模が小さな施設のほうが自己決定が高まる
- 海外の施設規模の違い



2．知的障害のある人の自己決定とその支援がなぜ難しいのか

3)**支援環境**

スタッフ訓練、後見人の活用、支援職員の割合、自己決定機会の提供、個別性や自律性を重んじた支援方針など

わが国では、知的障害のある人の自己決定とそれに影響を与える要因に着目した量的調査が少ない。

3．生活施設における知的障害のある人の自己決定に関する調査

（1）**調査対象者**

生活施設283ヶ所に住む知的障害のある人

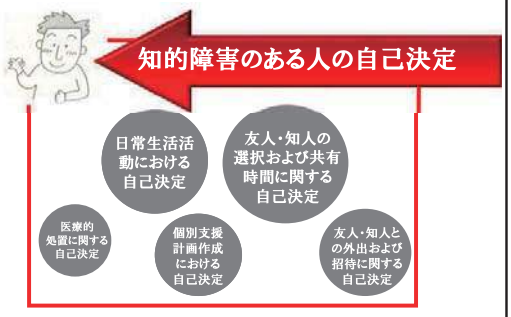
（2）**調査方法**

担当支援職員による質問紙に対する回答。郵送調査。有効回答数683票、回収率は71.7%。

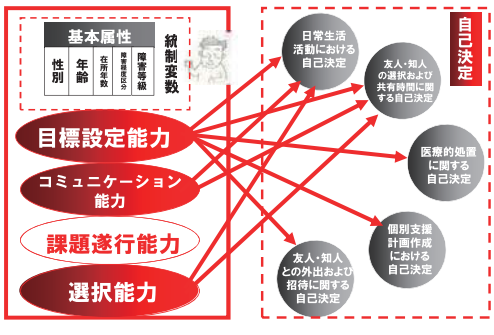
（3)**質問項目（調査票）**

Minnesota Self-determination Scales**を参考にし、自己決定の度合い、自己決定関連能力、そして支援環境調査票を作成**

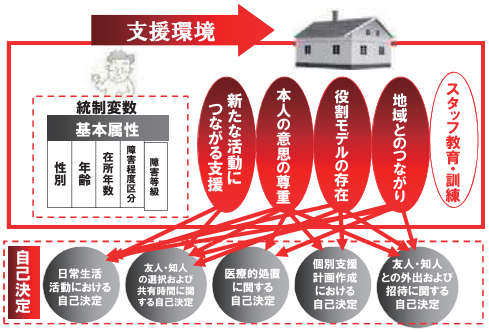
4．生活施設における知的障害のある人の自己決定とその特徴



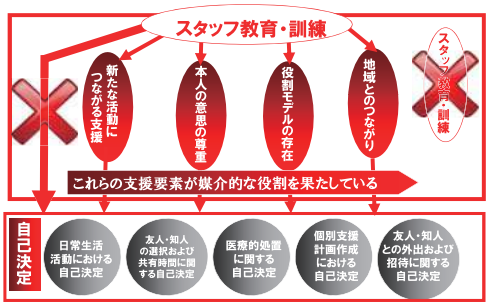
5．知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの：自己決定能力



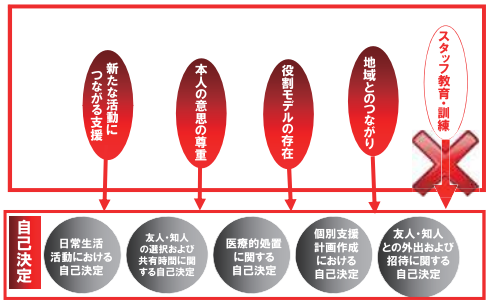
6．知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの：支援環境



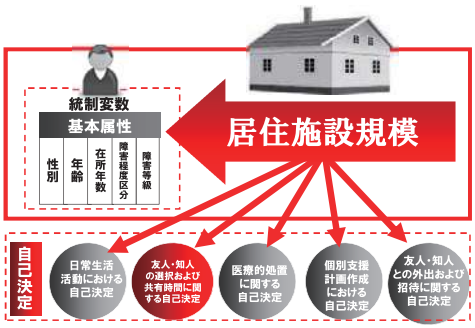
6．知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの：支援環境



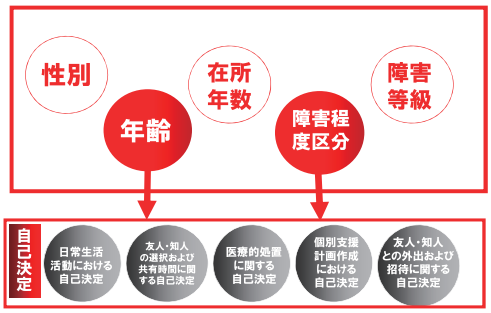
6．知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの：支援環境



7．知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの：居住施設規模



8．知的障害のある人の自己決定を「動かす」もの：個人特性（統制変数）



9．知的障害のある人への支援

本人の要望や希望、持てる力をもとに、社会的ネットワークを活用し、本人の要望や希望にそった目標を支援する援助手法

（1）支援策

1）個別ニーズへの対応

①居住施設規模が与える自己決定への影響

→集団処遇における個別的ニーズの対応の難しさ

②「本人の意思の尊重」が与える自己決定への影響

→自己決定における個別的ニーズの対応の重要性



本人中心計画（PCP:Person Centered Planning）

9．知的障害のある人への支援

2）地域における多様な人々や経験と関わることとのできる機会の提供

①「地域のつながり」と「役割モデル」が与える自己決定への影響

→多様な経験と情報の獲得、獲得した知識やスキルの般化、同年代や同様な障害のある人のモデリングなど



9. 知的障害のある人への支援

3)自己決定領域の性質の違いを認識した関わり

①平易な判断で可能な自己決定においては、「リスクを冒す尊厳」を受け入れる

②弱いパターナリズムの許容

→高度な判断が必要な自己決定では、本人を巻き込みつつ、他者による介入も必要

→「どんな場面」で、「どのような介入」が、「なぜ必要か」の説明責任を考える

→関係する多様な他者で決定する他者の関与

（多くの他者による「推定」）

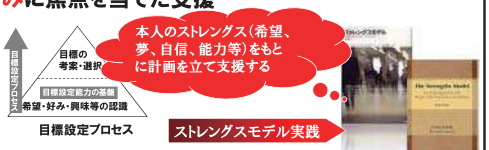


9. 知的障害のある人への支援

(2)個人の能力から見た自己決定支援

1)目標設定能力の向上による自己決定支援

2)目標設定能力の基盤となる本人の希望や好みに焦点を当てた支援



3)コミュニケーション能力向上への支援

10. 自己決定が困難な人への自己決定支援

STEP 1 ・自己決定支援における基盤作り（“信頼関係”の構築、コミュニケーションの確立等）

STEP 2 ・本人の意思決定を受けとめる

STEP 3 ・本人のストレングス等（興味関心、特技、好み・希望、趣味、夢等）に関する情報を集める。

STEP 4 ・STEP3の情報をもとに、複数の他者により、本人の意思を“推定”する（本人参加は必須）

長崎純心大学医療・福祉連携センター
講演会「地域包括ケアシステムの構成要素について考える」　補足資料

講演Ⅰ「自己決定が困難な人への自己決定支援について：知的障害のある人への自己決定研究からの学び」

神戸女学院大学文学部総合文化学科准教授
NPO 法人おおさか行動する障害者応援センター副代表
社団法人日本社会福祉士養成校協会国家試験合格支援委員会編集委員
博士（学術）　與那嶺　　司

Ⅰ．研究の背景

わが国の障害福祉に関連した**政策展開**などにより，知的障害のある人の自己決定という比較的新しい理念が，実践現場の中でしだいに実践化されていくようになり，瞬く間にその理念は広がっていった．しかし，この理念の広がりは，「**丸飲みと反発」を招き，どちらの態度も知的障害のある人の援助実践にとって不幸な事態を招いた**との指摘もある（小林　2000：22）．その背景には，「大切であることはわかっているが，知的障害のある人の自己決定がどのようなものなのか」，また，「どのように支援をしたらいいのかが分からない」といった支援現場の声が多く存在する（上田　2000）．この状況を踏まえ，知的障害のある人の自己決定について，改めて，それは**どのようなもので，どのような要因が関連しているのか，そして，どのような支援が必要なのか**を問い，そして整理する必要があるといえる．

欧米諸国では，実証的研究を含め，知的障害のある人の自己決定に関連する研究が蓄積され，それらの研究をもとにした支援方法も考案されている（Stancliffe ら1999；Hatton ら2004；Wehmeyer ら2003など）．一方，わが国においては，知的障害のある人の自己決定についての研究の多くが，概念的な議論に止まり（寺本　1999；鈴木　2004など），**知的障害のある人の自己決定がどのように実践され，どのような本人の個人要因やとりまく環境要因が自己決定に影響を与えているのかについて，実証的な研究はほとんどなされていない**．そのため，知的障害のある人の自己決定の客観的な実態把握が難しく，またそれらの実態にもとづいた自己決定に対する支援方法の構築にも課題があると考えられる．

Ⅱ．研究の内容

1．知的障害のある人の自己決定と関連要因に関する文献研究および実証的研究の提案

⑴　研究目的

まず，1．においては，以下の3点を研究の目的とした．

1）**知的障害のある人の自己決定およびその尊重が難しい理由**について明らかにする
2）**知的障害のある人の自己決定に関連する要因**にはどのようなものがあるのかについて検討する
3）**知的障害のある人の自己決定に関する実証的研究に関連した提案**を行う

⑵ 研究方法

また，本章においては，**1990年代以降に発表された知的障害のある人の自己決定に関連する国内外の文献**を主に渉猟した．国内文献については，**論文ナビゲータである「Nii CiNii」**による検索を中心に，そして国外の文献については，**海外学術文献データベースである「ISI Web of Science」**をもとに検索し収集した．

1．では，これらの目的のもと，文献研究によりいくつかの点が明らかとなった．

⑶ 知的障害のある人の自己決定およびその尊重が難しい理由

まず，知的障害のある人の自己決定は，人権のひとつとして考えられ，また，QOL や心理的・身体的健康の向上にも有効である点を確認した．ただ，にもかかわらず，実際には，知的障害のある人の自己決定の実現は容易ではないとされる．この点について以下の４つの理由を明らかにした．

1）知的障害のある人が**「自己決定の主体」として捉えられておらず**，また，それゆえに自己決定能力が奪われている可能性がある

2）支援者の忙しい業務の中で，知的障害のある人の自己決定には**「手間がかかる」**

3）医療的な処置の判断に関連する比較的高度なレベルの自己決定から，服装を選ぶといった平易なレベルのものまで**多様な内容を区別せず議論される**場合が多い

4）障害のない人であっても容易ではない**「正しい」結果を，知的障害のある人には求められる**場合が少なくない

⑷ 知的障害のある人の自己決定に影響を与える個人要因

また，自己決定支援に向け，実際にどのような**個人要因**が知的障害のある人の自己決定に影響を与えているのかについて，これまでの先行研究をもとに検討した．その結果，以下の３点が比較的多く指摘されている．

1）知的機能に関連した**障害程度**

2）自己決定に関連した**本人能力**（自己決定に関連するスキル，態度，知識等）

3）**適応行動および行動障害**

また，性別や年齢，そして，経済的状況といったものも関連要因として指摘され，加えて，学習性無能力感の影響をとりあげた先行研究も見られた．

⑸ 知的障害のある人の自己決定に影響を与える環境要因

加えて，知的障害のある人の自己決定に影響を与えるものとして，**環境要因**が考えられる．そこで，１．では，自己決定を**他者との「共同決定」**であると捉え，それを念頭に，支援環境を含めた環境要因を考慮に入れることの重要性を指摘した．そこで，先行研究をレビューした結果，

1）**居住施設規模**

2）**支援環境**（スタッフ訓練，後見人の活用，支援職員の割合，自己決定機会の提供等）

が指摘されている．しかし，居住施設規模以外は，どれもそれらがどのように知的障害のある人の自己決定に影響を与えているかについての一定の合意が出るまでに至っていない．

⑹ 支援環境を含めた自己決定モデルを活用した実証的研究の提案

そして最後に，環境要因も含めた包括的な実証的研究のための有益な枠組みとして，**Abery ら（2003）による「自己決定のエコロジカル・モデル（Ecological Theory of Self-Determination）」**を提案した．

このモデルでは，知的障害のある人の自己決定を，人生を通して，個人とその環境とが継続し

て相互に作用する中で起こるものと捉えている．そのため，自己決定に影響を与える要因として，本人の自己決定能力だけでなく，支援環境などの環境要因も含めて包括的に理論化している．加えて，留意すべき点を提示した．

これらの文献研究において明らかとなった自己決定に関連する個人要因および環境要因，とくに自己決定のエコロジカルにおける尺度群を参考にしながら質問紙調査を実施した．２．以降において，その調査データをもとに，**知的障害のある人の自己決定の特徴，および自己決定能力，支援環境，そして居住施設規模それぞれの要因との関連**を分析し考察する．

２．生活施設における知的障害のある人の自己決定の特徴

⑴ 研究目的

第２章においては，以下の３点を研究の目的とした．

１）調査における方法論として，知的障害のある人の自己決定に関して，**第３者から回答データを収集する方法とその妥当性**について検討する

２）支援職員から見た**知的障害のある人の自己決定の構造およびその特徴**について明らかにする

３）２）の目的で明らかとなった自己決定の各領域と，知的障害のある人の**性別，年齢，在所年数，障害程度区分，そして障害等級といった基本属性との関連**について検討する

⑵ 研究方法

１）調査対象者および調査方法

大阪知的障害者福祉協会に加盟している生活施設283ヶ所に居住する知的障害ある人を対象とした．対象となる知的障害のある人の**担当支援職員により，質問紙に回答**してもらった．調査方法は，**郵送調査**とした．**調査期間は，2007年の９月１日～９月30日**までであり，**有効回答数は693票で，回収率は71.7%**であった．倫理的問題への配慮については，**大阪知的障害者福祉協会の評議員会**において，利用者のプライバシー保護などに関して本調査の内容が審議され，その結果，特定個人の不利益を招く恐れのない点などが確認されたため，調査実施について承認を受けた．

２）知的障害のある人の自己決定に関する質問項目

知的障害のある人の自己決定の状況を把握するために,「自己決定のエコロジカル・モデル」（Abery　2003）における **Exercise of Control Scale（75項目）**をもとに簡易版自己決定尺度（以降，自己決定尺度）を作成した．自己決定尺度は，**「日常生活」，「健康管理」，「金銭管理」，「仕事・日中活動」，「知人関係」，「異性との関係」，そして「個別支援計画」の７領域に関する41の質問項目**が設定された．また，各項目について，**１点「支援者が決める」～５点「本人が決める」の５件の回答選択肢**を設定した．

３）分析方法

知的障害のある人の自己決定の構造を明らかにするために，**プロマックス回転を伴う主因子法による因子分析**を，質問項目の内的一貫性（信頼性）に関しては，**Cronbach の α 係数**で検討した．さらに，知的障害のある人の自己決定の状況を把握するために，**因子別に平均値**を算出した．また，基本属性と各因子の関連を確認するために，**相関分析**を行った．

⑶ 結果および考察

１）第３者からの回答データの妥当性

先行研究レビューの結果，**本人の言語能力の制限**や**回答の偏り**がある場合，回答自体を得ることが難しい点が指摘されている．また，自己決定といった比較的**客観的なもの**であれば，第３者による回答データの活用も許容できるとの見解もある．加えて，知的障害福祉分野においては，一般的に，**第３者を通じて情報を収集する場合が少なくない**ことが明らかとなった．これらの理由により，本研究におけるデータ活用の妥当性を一定担保すると考えられる．

２）知的障害のある人の自己決定の構造およびその特徴

調査対象者の属性は**表２-１**のようであった．

表２-１　調査対象者の属性

項目	カテゴリー	度数	%
性別	男	418	60.5
	女	273	39.5
年齢	20歳未満	13	1.9
	20～30歳未満	91	13.3
	30～40歳未満	206	30.2
	40～50歳未満	145	21.2
	50～60歳未満	143	20.9
	60～70歳未満	62	9.1
	70～80歳未満	23	3.4

項目	カテゴリー	度数	%
在所年数	5年未満	222	32.7
	5～10年未満	180	26.5
	10～15年未満	113	16.6
	15～20年未満	64	9.4
	20～25年未満	26	3.8
	25～30年未満	22	3.2
	30～35年未満	21	3.1
	35～40年未満	30	4.4
	40～45年未満	1	0.1

項目	カテゴリー	度数	%
障害程度区分（療育手帳）	B1	111	17.3
	B2	36	5.6
	A	493	77
障害等級（身体障害者手帳）	1級	25	20.2
	2級	33	26.6
	3級	37	29.8
	4級	14	11.3
	5級	9	7.3
	6級	6	4.8

この調査データを活用し，因子分析を行ったところ，**「日常生活活動における自己決定」，「友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定」，「医療的処置に関する自己決定」，「個別支援計画作成における自己決定」**，そして**「友人・知人との外出および招待に関する自己決定」**の５つの自己決定因子が抽出された（**表２-３参照**）．また，先行研究をもとに，これらの因子の妥当性について検討した．

表２-２　知的障害のある人の自己決定の因子分析結果

項目	因子負荷量				
	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
歯磨きの時間	**0.95**	-0.08	-0.04	-0.02	0.00
入浴の時間	**0.89**	-0.22	-0.04	0.05	0.12
就寝時間	**0.74**	0.04	-0.18	-0.05	0.07
自室の装飾等	**0.71**	0.17	0.04	0.01	-0.07
時間外の飲み物	**0.71**	0.07	-0.02	0.02	0.00
時間外の食事	**0.68**	-0.12	0.16	-0.04	0.11
服装	**0.62**	0.31	-0.03	-0.03	-0.17
スタッフの入室	**0.62**	-0.02	0.15	0.18	-0.07
電話時間	**0.55**	0.21	0.03	-0.05	0.13
ロッカー，自室等の鍵の所持	**0.54**	0.05	0.14	0.12	0.00
誰が友人・知人になるか	-0.05	**0.93**	-0.02	-0.05	-0.09
友人・知人と何をするか	0.03	**0.92**	0.03	-0.08	0.00
監視なしで過ごす友人・知人との時間	0.00	**0.75**	-0.09	0.11	0.03
友人・知人に会う時間	0.07	**0.66**	0.01	0.02	0.16
恋人を持つかどうか	-0.07	**0.63**	0.10	0.05	0.10
医者の受診	-0.12	-0.01	**0.99**	-0.01	-0.01
受診時の同伴者	-0.02	-0.03	**0.88**	-0.01	-0.02
市販薬の摂取	-0.11	-0.05	**0.77**	0.02	0.17
受診時に誰が説明するか	0.18	0.05	**0.73**	-0.01	-0.11
軽微な医療行為	0.10	0.06	**0.67**	0.07	-0.03
個別支援計画で取り組む活動内容	0.03	0.03	-0.05	**0.95**	-0.03
個別支援計画の優先目標・目的	0.01	0.05	-0.02	**0.92**	-0.05
個別支援計画の目標・活動の中断	-0.02	0.01	0.06	**0.81**	0.06
個別支援計画作成会議の出席者	0.03	-0.09	0.05	**0.63**	0.06
友人・知人の住居での外泊	-0.02	-0.04	-0.02	0.01	**0.95**
友人・知人との外出時の帰宅時間	0.13	-0.01	0.02	-0.01	**0.80**
部外者の施設への招待	0.01	0.20	-0.06	0.07	**0.63**
付き添いのない友人・知人との外出	0.16	0.05	0.17	-0.05	**0.62**
因子間相関	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
因子1	-	0.64	0.67	0.69	0.71
因子2		-	0.47	0.53	0.59
因子3			-	0.64	0.65
因子4				-	0.58
因子5					-

また，各因子の妥当性と信頼性を確認した上で，自己決定因子別の平均値を比較した結果，**表2-3**のように，**「医療的処置に関する自己決定」**因子が最も低く，**健康に対するするリスク**に対応するため，本人の自己決定をある程度抑える結果となり，それを反映したものと考えられる．また，**「友人・知人との外出および招待に関する自己決定」**については，同様に友人や知人とに関連した自己決定因子である「友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定」に比して低かった．この点については，**安全といった観点**から，外出や施設外からの来客に一定程度制限があるため，本因子が「友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定」と比較してかなり低くなっていると考えられる．

表2-3　因子別平均値

因子名	平均値	標準偏差
第1因子　日常生活活動における自己決定	3.03	1.18
第2因子　友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定	3.76	1.11
第3因子　医療的処置に関する自己決定	1.73	0.97
第4因子　個別支援計画作成における自己決定	2.14	1.02
第5因子　友人・知人との外出および招待に関する自己決定	2.56	1.21

3）性別，年齢，在所年数，障害程度区分，そして障害等級といった基本属性との関連

また，相関分析の結果，**障害程度区分のみ**がすべての因子領域に相関が見られた（**表2-4参照**）．これは，先行研究同様，障害レベルが知的障害のある人の自己決定に関連している可能性を示唆している．一方で，障害程度区分以外については有意ではあるが相関が見られなかった．

表2-4　各因子の合計得点と年齢・在所年数・障害程度区分・障害等級との相関係数

因子名	年齢	在所年数	障害程度区分	障害等級
第1因子　日常生活活動における自己決定	.127**	-.098*	-.517**	-.159**
第2因子　友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定	.092*	.024	-.368**	-.123**
第3因子　医療的処置に関する自己決定	-.094*	-.070	-.643**	-.110**
第4因子　個別支援計画作成における自己決定	.122**	.024	-.429**	-.076*
第5因子　友人・知人との外出および招待に関する自己決定	.023	-.081*	-.522**	-.131**

*p<.05；**<.01

ここで明らかとなった知的障害のある人の自己決定とその特徴をもとに，3．以降において，自己決定能力，支援環境，そして居住施設規模との関連を分析し考察する．まず，3．において，**自己決定能力との関連**を検討したい．

3．知的障害のある人の自己決定に影響を与える個人要因：自己決定能力との関連

⑴　研究目的

3．では，2．で扱った調査データをもとに，以下の2点を研究目的とした．

1）**知的障害のある人の自己決定能力の構造**について探索的に明らかにする

2）その他の個人要因をコントロールした上で，**知的障害のある人の自己決定と本人の自己決定能力との関連**について検討する

⑵　研究方法

1）調査対象者および調査方法

2．で用いたデータと同一のものを使用するため，調査対象者，調査方法，そして倫理的配慮については2．に準ずる．

2）調査項目

従属変数については，２．で活用した**自己決定尺度**を使用した．また，独立変数としては，Self-determination Skills, Attitudes, and Knowledge Scale（Abery ら2000）をもとに作成した**簡易版自己決定能力尺度（以降，自己決定能力尺度）**を使用した．加えて，統制変数として，**性別，年齢，在所年数，障害程度区分，そして障害等級**を設定した．

３）分析方法

知的障害のある人の自己決定能力の構造を明らかにするために，プロマックス回転を伴う主因子法による**因子分析**を行った．さらに，自己決定能力尺度の質問項目の内的一貫性（信頼性）に関しては，**Cronbach の α 係数**で検討した．加えて，本人の自己決定能力およびその他の個人的要因と自己決定との関連を明らかにするための**重回帰分析**を行った．

⑶ 結果および考察

１）知的障害のある人の自己決定能力の構造

知的障害のある人の自己決定能力について因子分析を行ったところ，**「目標設定能力」，「コミュニケーション能力」，「課題遂行能力」**，そして**「選択能力」**の４因子が抽出された．因子分析結果は，**表３-１**に記載している．また，これらの因子の妥当性および信頼性について確認した．加えて，因子別平均値は，**表３-２**のようであった．

表３-１　知的障害のある人の自己決定能力に関連する質問項目の因子分析結果

項目	因子負荷量			
	因子1	因子2	因子3	因子4
目標設定に関連するスキル・能力の考慮	**0.98**	-0.16	-0.08	0.09
障害者に関連する社会的問題の認識	**0.93**	-0.14	0.02	-0.16
目標設定における必要な資源の考慮	**0.92**	-0.06	-0.13	0.06
解決方法の評価	**0.85**	0.05	0.00	-0.05
活用できる資源の認識	**0.82**	0.05	-0.03	-0.10
選択肢探索のためのツールの認識	**0.77**	-0.08	0.01	0.01
自己の取り組みへの反省	**0.70**	0.03	0.18	-0.04
解決方法の考案	**0.70**	0.14	0.02	0.00
選択肢の詳細の探求	**0.70**	0.04	-0.14	0.26
取り組みの継続	**0.68**	-0.05	0.23	0.02
スケジュールの調整	**0.67**	0.09	0.13	-0.01
行動の責任に対する認識	**0.62**	0.06	0.21	-0.07
様々な選択肢の認識	**0.62**	0.15	0.04	0.08
内容を確認しながらの会話継続	**0.61**	0.21	-0.05	0.06
権利が尊重されない場合の意見提示	**0.57**	0.35	-0.06	-0.03
権利を侵害されたことについての認識	**0.54**	0.20	0.11	-0.08
自分の興味に即した目標設定	**0.53**	0.24	-0.06	0.13
情報や助けを求める	0.18	**0.80**	-0.04	-0.12
手振りなどによる基本的欲求の伝達	-0.10	**0.73**	-0.07	0.14
断ることができる	0.04	**0.70**	0.00	-0.01
援助を求めるスタッフを知っている	0.10	**0.66**	0.07	-0.05
問題解決のため他者の援助を求める	0.19	**0.60**	0.00	-0.05
自分のことが好き	-0.21	**0.58**	0.14	0.12
自分に対する肯定的発言	0.13	**0.55**	-0.02	0.13
外見に対する満足	-0.10	**0.40**	0.26	0.10
失敗した後の課題への取り組み	0.16	-0.17	**0.78**	0.08
課題達成までに障壁があってもあきらめない	-0.12	0.17	**0.76**	-0.03
自分が望むことを得るための取り組み	-0.15	0.21	**0.75**	-0.06
長い時間を要する課題への取り組み	0.23	-0.15	**0.69**	0.09
難しい課題への取り組み	0.35	0.00	**0.47**	0.02
2つの選択肢による意思決定	-0.11	0.16	0.03	**0.86**
3つ以上の選択肢による意思決定	-0.01	0.08	0.05	**0.85**
選択肢のない意思決定	0.20	0.20	-0.04	**0.54**
因子間相関	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
Ⅰ	-	0.71	0.64	0.61
Ⅱ		-	0.54	0.68
Ⅲ			-	0.43
Ⅳ				-

表３-２　因子別平均値

因子名	平均値	標準偏差
第1因子　目標設定能力	2.20	0.96
第2因子　コミュニケーション能力	3.30	0.91
第3因子　課題遂行能力	2.27	0.93
第4因子　選択能力	3.43	1.18

２）知的障害のある人の自己決定に関連する要因

加えて，障害程度区分を含めた他の変数を統制しながら行った重回帰分析の結果，**「目標設定能力」**については，すべての自己決定領域に関連を示していた（**表３-３**）．その内容および因子別平均値が最も低い点を考慮すると，自己決定能力の中では比較的高度な判断を必要とする能力であることが推測され，そのため，「目標設定能力」が高まると，すべての自己決定領域の得点が高くなるといえる．

また，基礎的な能力とされる**「コミュニケーション能力」**と**「選択能力」**については，「日常生活活動における自己決定」および「友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定」領域のみに関連を示していた．これらの領域の自己決定については，必ずしも高度な認知判断を必要とせず，比較的基礎的な自己決定能力を高めることにより可能となることを示唆している．ただし，**「医療的処置に関する自己決定」および「友人・知人との外出および招待に関する自己決定」領域**においては，これらの基礎的な能力は関連を見せず，唯一関連を見せたのは，高度な認知判断を要する「目標設定能力」だけであった．この点については，知的障害のある人に対する支援において重視される**健康および安全へのリスク**への対応が関係していると考えられる．つまり，健康や安全への配慮がとくに必要となるこれらの自己決定については，自己決定の行為そのものに比較的大きな制約がかかるため，「コミュニケーション能力」や「選択能力」といった基礎的な自己決定能力は抑えられ関連を見せない結果となっている．ただし，高度な認知判断を必要とする「目標設定能力」を備えている場合は，一定程度自由な自己決定の機会が支援職員により「許されている」ともいえるだろう．同様に，**「個別支援計画作成における自己決定」**についても，「目標設定能力」のみしか関連を見せなかった．この点については，**個別支援計画そのものの画一性**が，比較的基礎的な能力である「コミュニケーション能力」や「意思決定能力」の活用を抑制している可能性があると考えられる．

一方で，**「課題遂行能力」**については，どの自己決定領域にも関連を見せなかった．この点については，知的障害のある人の自己決定に直接関係した能力ではない可能性が示唆された．

表３-３　自己決定の各因子と自己決定能力との関連（重回帰分析結果）

説明変数		標準偏回帰係数				
		日常生活活動における自己決定	友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定	医療的処置に関する自己決定	個別支援計画作成における自己決定	友人・知人との外出および招待に関する自己決定
	性別	.05	-.05	.04	.05	.04
	年齢	.11***	.05	-.07*	.07*	.04
	在所年数	-.05	-.08*	.05	.09*	-.01
	障害程度区分（療育手帳）	-.18***	-.14**	-.40***	-.19***	-.25***
	障害等級（身体障害者手帳）	-.09**	-.09**	.02	-.02	-.06
自己決定能力	目標設定能力	.45***	.14*	.48***	.47***	.45***
自己決定能力	コミュニケーション能力	.14**	.26***	.01	-.04	.07
自己決定能力	課題遂行能力	.03	-.01	-.01	.05	-.05
自己決定能力	選択能力	.13**	.23***	-.04	.05	.04
決定係数（$R^{2)}$		.62***	.43***	.55***	.41***	.46***
調整済みR^2		.61	.42	.55	.40	.46
N		557	556	567	577	559

***p<. 001 **p<.01 *p<.05

ただし，１．の文献レビューでも明らかとなったように，知的障害のある人の自己決定を考える場合，関連する環境要因についても検討する必要がある．そこで，４．において，まず**支援環境とその関連**について分析し考察したい．

４．知的障害のある人の自己決定に影響を与える環境要因：支援環境との関連

⑴ 研究目的

４．においても，２．で扱った調査データをもとに，以下の２点を研究の目的とした．

１）**知的障害のある人の自己決定に関連するとされる支援環境の構造**について探索的に明らかにする

２）個人要因を統制した上で，**知的障害のある人の自己決定と支援環境との関連**について検討する

⑵ 研究方法

１）調査対象者および調査方法

２．で用いたデータと同一のものを使用するため，調査対象者，調査方法，そして倫理的配慮については２．に準ずる．

２）調査項目

従属変数については，２．で活用した**自己決定尺度**を使用した．また，独立変数としては，Self-determination Environmental Scale（Abery ら2000）をもとに作成した簡易版自己決定支援環境尺度（以降，支援環境尺度）を使用した．加えて，統制変数として，**性別，年齢，在所年数，障害程度区分，そして障害等級**を設定した．

３）分析方法

知的障害のある人の自己決定に関連する支援環境の構造を明らかにするために，プロマックス回転を伴う主因子法による**因子分析**を行った．さらに，支援環境尺度の質問項目の内的一貫性（信頼性）に関しては，**Cronbach の α 係数**で検討した．加えて，支援環境およびその他の個人的要因と自己決定との関連を明らかにするための**重回帰分析**を行った．

⑶ 結果および考察

１）支援環境の構造

因子分析を行った結果，**「新たな活動につながる支援」，「本人の意思の尊重」，「役割モデルの存在」，「地域とのつながり」，**そして**「スタッフ教育・訓練」**の５因子が抽出された（**表４-１参照**）．また，先行研究をもとに，これらの因子の妥当性について確認した．また，信頼性についても検討した．

表４-１　知的障害のある人の支援環境の因子分析結果

項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
新しい活動への支援	**0.97**	-0.06	0.05	-0.04	-0.02
再挑戦への支援	**0.96**	-0.10	0.02	-0.02	0.00
将来の夢につながる本人の取り組みへの支援	**0.94**	-0.06	0.04	-0.03	-0.03
決められた活動以外の支援	**0.82**	-0.12	0.00	0.04	0.09
話を聞いてくれるスタッフの支援	**0.72**	0.21	-0.04	-0.01	-0.07
自分で決定することを誉める	**0.54**	0.22	-0.04	0.05	0.07
他者への欲求伝達の奨励	**0.40**	0.31	-0.03	0.05	0.04
本人と話し合いながらの目標・目的の作成	-0.01	**0.82**	-0.01	0.06	-0.10
本人の抱く将来の思いをもとにした計画作成	0.06	**0.78**	-0.15	0.12	-0.10
新しい入居者の決定に対する意見提示の奨励	-0.07	**0.64**	0.16	-0.07	0.03
ルール決定プロセスへの参加の促進	-0.10	**0.50**	0.04	0.05	0.12
選挙に行く権利の保障	0.12	**0.43**	-0.02	-0.01	0.09
自治組織の存在	-0.04	**0.42**	0.17	-0.27	0.10
選択・決定を行う力を持つ知的障害のある人の存在	0.04	-0.05	**0.92**	0.04	-0.07
自分の権利を主張する知的障害のある人の存在	-0.02	0.05	**0.87**	0.06	-0.02
うまく問題を解決する人を目にする機会	0.06	0.13	**0.58**	-0.01	0.06
地域における活動への参加に対する支援	0.04	-0.07	-0.02	**0.91**	0.00
本人の関心に即した地域活動参加の機会	-0.06	0.04	0.03	**0.81**	0.01
地域の人々による歓迎	0.00	0.03	0.11	**0.56**	0.07
選択・決定を支援するスタッフの教育・訓練	-0.02	0.00	-0.03	0.01	**0.93**
意思決定の機会を設けるためのスタッフの教育・訓練	0.02	0.03	-0.01	0.00	**0.83**
選択・決定を制限するルールを変更するスタッフの存在	0.06	0.00	0.00	0.07	**0.52**
因子間相関	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
因子1	-	0.53	0.38	0.47	0.50
因子2		-	0.42	0.50	0.45
因子3			-	0.32	0.26
因子4				-	0.36
因子5					-

２）知的障害のある人の自己決定に関連する要因

また，個人要因に関連した変数の影響を取り除いて重回帰分析を行った結果，**「本人の意思の尊重」**については，すべての自己決定領域に関連を見せた（**表４-２**）．先行研究でも指摘されるように，知的障害のある人の意思の尊重がなければそもそも自己決定は成立せず，また，知的障害のある本人の意見や主張を尊重することがその後の自己決定の促進にもつながる可能性も考えられる．加えて，**「役割モデルの存在」**および**「地域とのつながり」**についても，多くの領域に関連を見せた．役割モデルが存在する場合，他者が問題を解決したり，決定したり，そして目標を立ててそれらに取り組む姿を観察することで，人はどのような行為や結果を受け入れ，そして自分が立てた目標にどのように到達するかを学ぶことができるだろう．「地域とのつながり」については，自己決定に関連するスキルが般化され，「上下関係の少ない」地域の人との関係において制約がかかりにくいといった理由のため，自己決定が促進されるといえる．

表４-２　支援環境と自己決定の各因子との関連（重回帰分析結果）

説明変数		日常生活活動における自己決定		友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定		医療的処置に関する自己決定		個別支援計画作成における自己決定		友人・知人との外出および招待に関する自己決定	
		β	r	β	r	β	r	β	r	β	r
性別		.04	-	-.04	-	.05	-	.05	-	.03	-
年齢		.21***	.13**	.13**	.13**	-.02	-.08*	.12**	.13**	.11**	.06
在所年数		-.13***	-.10*	-.02	.02	.02	-.08*	-.03	.03	-.05	-.07*
障害程度区分（療育手帳）		-.36***	-.52***	-.20***	-.37***	-.54***	-.64***	-.27***	-.43***	-.40***	-.51***
障害等級（身体障害者手帳）		-.07*	-.16***	-.07*	-.12**	-.02	-.11**	.00	-.08*	-.06	-.13**
支援環境	新たな活動につながる支援	.08*	.39***	.13**	.41***	.00	.26***	.01	.32***	-.02	.30***
	本人の意思の尊重	.29***	.57***	.36***	.58***	.19***	.45***	.43***	.60***	.25***	.51***
	役割モデルの存在	.10**	.36***	.10**	.36***	.03	.22***	.08*	.32***	.12**	.33***
	地域とのつながり	.17***	.43***	.08*	.35***	.13***	.30***	.05	.31***	.14***	.36***
	スタッフ教育・訓練	-.05	.22***	.00	.26***	-.03	.15***	-.01	.22***	-.01	.19***
決定係数（R^2）		.53***		.42***		.48***		.44***		.43***	
調整済みR^2		.52		.41		.47		.43		.42	
N		556		557		567		575		558	

β：標準偏回帰変数　r:相関係数
***p<. 001 **p<.01 *p<.05

一方で，効果的な**「スタッフ教育・訓練」**は，支援職員が知的障害のある人の自己決定を促進する能力を得るために欠かせないとされるが，ここでは，どの自己決定領域にも関連を見せなかった．この点については，他の支援環境因子との下位尺度間の相関が一定あることを踏まえ（**表４-３参照**），スタッフ教育・訓練が知的障害のある人の自己決定に影響を与える際，他の支援環境因子が媒介的な役割を果たしていると考えられる．つまり，スタッフ教育・訓練が間接的に知的障害のある人の自己決定を促進している可能性を示唆している．

表４-３　支援環境尺度の下位尺度間相関と平均値および標準偏差

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	平均	SD
因子1	—	.48**	.42**	.45**	.49**	4.05	0.86
因子2		—	.42**	.39**	.39**	3.33	0.97
因子3			—	.36**	.26**	3.22	1.11
因子4				—	.35**	3.22	0.93
因子5					—	3.93	0.86

**P<.01

もうひとつの環境要因として，度々指摘される**居住施設規模と知的障害のある人の自己決定との関連**について５．において検討する．

５．知的障害のある人の自己決定に影響を与える環境要因：居住施設規模との関連

⑴　研究目的

２．で扱った調査データをもとに，個人要因を統制した上で，**知的障害のある人の自己決定と居住施設規模との関連**について検討することを目的とした．

⑵　研究方法

１）調査対象者および調査方法

２．で用いたデータと同一のものを使用するため，調査対象者，調査方法，そして倫理的配慮については２．に準ずる．

２）調査項目

従属変数については，２．で活用した**自己決定尺度**を使用した．また，独立変数としては，**居住施設規模**を設定した．加えて，統制変数として，**性別，年齢，在所年数，障害程度区分，そして障害等級**を設定した．

⑶ 結果および考察

調査対象者が居住している施設規模については，**表５-１**のようであった．

表５-１　居住施設規模

入所者数	度数	%
10人未満	134	19.5
10～30未満	43	6.3
30～50未満	93	13.5
50～70未満	200	29.1
70～90未満	25	3.6
90～110未満	193	28.1

居住施設規模以外の変数の影響を取り除いて分析した結果，**自己決定のすべての領域に居住施設規模が影響を及ぼしている**ことが明らかとなった（**表５-２参照**）．つまり，大規模施設では自己決定が低く，居住施設規模が小さくなればなるほど，自己決定が高まることが明らかとなった．この点は，これまでの多くの先行研究を裏付ける結果となった．

表５-２　居住施設規模と自己決定各因子との関連（重回帰分析結果）

説明変数	日常生活活動における自己決定		友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定		医療的処置に関する自己決定		個別支援計画作成における自己決定		友人・知人との外出および招待に関する自己決定	
	β	r	β	r	β	r	β	r	β	r
性別	.08*	.11**	.02	.03	.06	.05	.07*	.09*	.06	.07*
年齢	.22***	.12**	.21***	.11**	.00	-.10*	.16***	.11**	.12**	.03
在所年数	.02	-.10**	.01	.03	.10**	-.08*	.09*	.02	.06	-.07*
障害程度区分（療育手帳）	-.49***	-.53***	-.45***	-.38***	-.63***	-.65***	-.47***	-.44***	-.50***	-.52***
障害等級（身体障害者手帳）	-.07*	-.16***	-.06	-.12**	-.02	-.11**	.00	-.08*	-.05	-.13**
施設規模	-.26***	-.40***	.10*	-.04	-.14***	-.29***	-.10*	-.21***	-.19***	-.33***
決定係数　（R^2）	.41***		.19***		.45***		.26***		.33***	
調整済みR^2	.40		.19		.44		.25		.33	
N	581		578		596		605		582	

β：標準偏回帰変数　r：相関係数
***p<．.001 **p<.01 *p<.05

ただし，ほとんどの自己決定領域において，居住施設規模が大きくなるほど自己決定が抑えられているにもかかわらず，居住施設規模と**「友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定」**との関連においては，他の領域とは反対に，大きい規模の施設ほど自己決定が促進されていることが明らかとなった．この点は，本来であれば，多様な人々と関わる機会の多い地域生活であるが，知的障害のある人の地域生活の実態を考慮に入れると，なおも地域統合がなされたとは言いがたい状況が指摘される．そのため，現実には，地域生活に近い小規模な生活施設よりも，規模の大きい施設生活でのほうが友人や知人との関わりにおける自己決定が高くなっていると推測される．

加えて，**重回帰モデルの説明力である決定係数（R^2）が低い**ため，**「友人・知人の選択および共有時間に関する自己決定」**領域については，性別，年齢，在所年数，障害程度区分，または障害等級といった要因のみではなく，友人や知人となる相手の特性や事情，そしてそれらの人との関係性といった他の要因を考慮に入れる必要があることが示唆されている．そのため，この点も

考慮に入れた解釈が必要となる.

Ⅲ. 知的障害のある人への支援

それぞれの結果および考察においても既述しているが，本研究により，**知的障害のある人の自己決定およびその関連要因についてより客観的な量的把握が可能になった**．この点が，本研究のオリジナリティであり，かつ，最も有意義な点であるといえる.

この点を踏まえ，これまでの実証的データの分析結果および考察をもとに，かつ，先行研究の知見を取り入れ，以下において援助実践に関する見解を提示したい.

⑴ 環境要因に着目した自己決定支援に関する提言

本研究では，障害レベルの影響は高いながらも，その要因を統制しても，**支援環境や施設規模といった環境要因が知的障害のある人の自己決定に影響を及ぼす**ことが明らかとなった.

1）個別ニーズへの積極的対応

そこで，まず，環境要因に着目した自己決定支援に関する提言として，**「個別的ニーズへの積極的対応」**を挙げた．居住施設規模により自己決定の度合いが変化する点に着目し，**集団処遇が必要な居住形態**では，個別的ニーズへの対応が難しく，それが結果的に自己決定を抑制していると推察した．しかしながら，個別的ニーズへの対応は，先行研究においても，**「本人の意思の尊重」が自己決定のすべての領域に関連を見せている**ことからも，重要であることがわかる．そこで，個別的ニーズに対応できる支援体制および制度の構築を提言している.

2）地域における多様な人々や経験と関わることのできる機会の提供

２つ目の提言としては,**「地域における多様な人々や経験と関わることのできる機会の提供」**を挙げた．本研究でも明らかとなった自己決定に関連を示した**「地域とのつながり」**や**「役割モデルの存在」**といった支援環境も，地域における関わりにより可能になると考えられる．そのため，地域において多様な人々や経験に関わることのできる機会を提供していくことを提言のひとつとした.

3）自己決定領域の性質の違いを認識した関わり

また**「自己決定領域の性質の違いを認識した関わり」**を３点目の提言とした．比較的高度な認知判断を必要とする自己決定領域とそれに比して平易な判断で可能な自己決定領域を区別し，議論および支援することが肝要であるとした．そこで，平易な判断で可能な自己決定領域においては，多少の危険があっても**「リスクを冒す尊厳」**を受け入れた支援を行う必要がある点を指摘し，一方で，高度な判断が必要な医療的処置に関する自己決定領域などにおいては，本人を可能な限り「巻き込んだ」決定に心がけつつ，ストレングス視点やピアサポーターの活用とともに，**他者による積極的な介入**の可能性も示唆した.

⑵ 個人要因としての自己決定能力に着目した自己決定支援に関する提言

加えて，個人要因としての自己決定能力に着目した自己決定支援として，**「目標設定能力の向上による自己決定支援」**を挙げた（**図３参照**）．本研究において，目標設定能力については，他の自己決定能力と比べその影響の程度は最も大きいことが明らかとなった．そのため，目標設定能力の向上を支援することが，知的障害のある人の自己決定支援に有効であることを提言した.

ただし，とくに，重度の知的障害のある人の場合は，目標設定能力の基盤となる本人の希望や好みに焦点をあてた支援が現実的である点についても言及した.



図３　目標設定プロセス

文　献

Abery, B., Elikin, S., Smith, J. et al. (2000) *Minnesota Self-Determination Scales*, University of Minnesota Research and Training Center on Community Living Institute on Community Integration.

Abery, B. and Stancliffe, R. (2003) An ecological theory of self-determination: Theoretical foundations, In M. Wehmeyer, B., Abery, D. Mithaug, and R. Stancliffe (Eds.), *Theory in Self-determination*, Charles C Thomas Publisher, 25-42.

Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J. et al. (2004) The resident choice scale: A measure to assess opportunities for self-determination in residential settings, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 48(2), 103-113.

小林博（2000）「知的障害者の自己決定：その根源と実践」「施設変革と自己決定」編集委員会編『権利としての自己決定：そのしくみと支援』エンパワメント研究所.

Stancliffe, R. and Parmenter, T. (1999) The choice questionnaire: A scale to assess choices exercised by adults with intellectual disability, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24(2), 107-132.

鈴木良（2004）「知的障害者の自己決定支援の思想と方法に関する一考察」『社会福祉学』45(2)，14-23.

寺本晃久（1999）「自己決定と支援の境界」『Sociology Today』10，28-41.

上田晴男（2000）「権利としての自己決定」「施設変革と自己決定」編集委員会編『権利としての自己決定：そのしくみと支援』エンパワメント研究所，9 -20.

Wehmeyer, M., Abery, B,. Mithaug, D. et al. eds. (2003). *Theory in Self-Determination: Foundations for Educational Practice*. Charles C Thomas Publisher.

（講演２）限界集落における地域包括ケアシステムの取り組み

―地域住民のエンパワメントに着眼して―

Lecture 2) Constructing an Integrated Care System Focused on Empowering Community Residents

武蔵野大学

Musashino University

渡　辺　裕　一

Yuichi WATANABE

１．自己紹介・研究フィールドについて

ただいまご紹介いただきました，武蔵野大学の渡辺と申します．どうぞよろしくお願いします．武蔵野大学というのを皆さんご存じでしょうか．あんまりもしかしたらご存じない方も多いと思うのですけれども，私はこちらの大学にきて３年目終わるところでございます．住まいは，皆さん富士山ご存じかと思いますけれどもお出かけいただいたことありますでしょうか，富士山の麓に河口湖という湖があるのですが，その周辺に住んでおりまして，大学までは片道２時間程度かけて通っているという状況です．その中でやはり河口湖に住むということは，生活もそうですけれども今回こういうテーマで設定させていただいております限界集落の研究のフィールドも山梨県内にありまして，研究を引き続きやっていくということも含めて生活をそちらでしているということです．

自己紹介でお伝えしておきたいなと思うのですけれども，私自身研究のテーマとしては高齢者の分野です．高齢者福祉の分野，それから地域福祉の分野，そして，ソーシャルワークということを基盤にして研究をしている．この三つを重ねあわせたところで研究をしているというのが私の専門分野になります．そこで研究しようと思ったその理由といいますか，ライフワークにしていることなのですけれども，私自身は120歳まで生きる予定にしています．120歳まで生きられるのかと皆さん疑問を感じられると思うのですが，生きられると思っています．自分の予定にしている訳ですが，ただ生きるだけではない．やはり私自身が主観的に，その120歳まで幸せに生きるということ，これを実現していかなければいけない．そこで，そのために何が必要なのかと，どういう風に社会を，地域を変えていければ120歳まで幸せに生きられる，そういうものが作っていけるのかということをライフワークにしているわけです．その中でこの限界集落の研究というのがプロセスの中にあるということです．

とても私にとって大切なテーマを今回，皆さんからご提示をいただいて，話をさせていただくということで，ちょっと気持ちが入りすぎることが多いですけれども，がんばってお話をさせていただきたいと思いますのでよろしくお願いします．

２．限界集落研究の背景

與那嶺先生の話を皆さん伺って，自己決定の話でしたけれども，実は限界集落の地域包括ケアシステムの問題とかなり深く関わっていると思いながら，お話を伺っていました．事前に少しディ

スカッションもご本人としていましたけれども，やはり改めて伺っていく中で，限界集落の問題と重なると言いますか，限界集落の問題も自己決定のことを考えることなしには進めていけない問題だ，ということを深く感じます．

それでは，限界集落はどんなところなのかっていうことを考えながらちょっとその自己決定との関わりを見ていきたいと思いますけれども，限界集落っていう言葉はあんまりいい言葉ではないように，感じませんか．皆さんいかがでしょうか．なんか限界って，人から言われたくないよ，という，限界は自分で決めたいということがありますので，人から言われたくないよという思いもあるかと思います．高齢化が極端に進んだ地域，ですよね．これは定義ではないです．後でまたきちんとご説明しますが，そういう高齢化が極端に進んだ地域というものに，皆さんどのようなイメージをお持ちでしょうか．

高齢化が進むっていうことを聞くだけで，元気がない地域なのかな，ちょっと暗い地域なのかなとか，それから，きっと不便な場所にあるだろう，ということですよね．やはり人口が減っていって，若い方がいない，ということで，高齢化が極端に進んでいるだろう．こういうイメージでいらっしゃると思います．いくつか当たっていてですね，おそらくいくつか当たっていないと思いますが，こういった様々な状況が合わさって，限界集落と呼ばれていくということで，何の限界かというと，その集落を維持していくことができるかどうか，これの限界，ということです．

限界集落というのは，廃村という，つまりその集落が，人が暮らせる場所でなくなってしまう．そして，集落として成立しなくなってしまう．廃村ということの一歩手前，限界にあり，一歩踏み出してしまえば，そこにもう廃村があるようなイメージです．

それを大野晃先生が定義して，限界集落という言葉が出来たわけです．65歳以上の高齢者が集落人口の50％を超える．そして，社会的共同生活の維持が，困難な状態である．様々な文献を見たときに，限界集落を，この前半の65歳以上の方が50％以上の集落ということで，見ているところもありますが，本当は後半の方が，限界という意味では重要だと思います．やはり，中々どこが困難なのかっていうところが説明しにくいこともありますので，特にこの高齢化率50％以上，65歳以上の人が２人に１人以上の割合です．

私は先ほど120歳まで生きますと，予定ですと申しあげましたけれども，皆さんは，今住んでいる場所にこれからどのくらい住んでいきたいと思っていらっしゃいますか．私は河口湖に120歳まで生きてもいいと思って，家を建てました．私は，與那嶺先生と違って計画的に家を買ったつもりです．35年ローンですね．皆さんご存じのローンです．計画してやりましたけれども，皆さんはどうですか．

今の場所に，今皆さんそれぞれお歳があると思いますが，例えば，120歳まで計算すると私はあと，85年くらいは河口湖に生きることになるわけです．まさか10年くらいしか先を見ていないということがあるかどうか，ちょっと分かりませんけれども，本当に皆さんが今住んでいる場所に将来ずっと住み続けられるかどうかっていうことを，地域包括ケアシステムでは問うているわけです．

皆さんが，例えば今住んでいる場所で30年経った時に，皆さん自身の変化もそうですし，その地域は30年経った時にどうなっているでしょうか？もしかしたらもう皆さんが今住んでいる地域，今は限界集落ではないけれども，30年後に限界集落になっている可能性はないでしょうか．それを想定した中で，身体的に元気な状態でまずは思い浮かべてください．皆さんが高齢になっても，今住んでいる場所に住み続けたいと，住み続けるという自己決定ですね．出来るでしょうか．

昨日，タクシーの運転手の方に教えて頂きました．長崎は，坂が多い．歳を取ると，上の方，山の上の方に住んでいる方は，下山するというお話です．小さなコミュニティの変化かもしれませんけれども，近所の関係を絶って元々住んでいた場所，完全に絶つわけではないと思いますが，そこから離れて違う場所に居を構えるということが起きている．そういうことを，決定をしているということになります．これは，本人が「この場所では，暮らしていくのは難しい．暮らしていきにくい」ということを判断，決定をして，その自己決定の基に，住む場所を変えていくということをしています．

逆にそこに暮し続けるっていう決定も，出来たはずです．じゃあ，限界集落と呼ばれる場所は，どういうことが起きているかというと，多くの人が「ここでは暮らしていけない」ということを判断して，そこから離れて行ってしまった地域ではないかと思います．一方で後でもまたちょっと出てきますが，「本当は暮らし続けたい」，「本当はこの地域が好きだ」，「美しい自然，場合によっては，温泉が素晴らしい」「仲間と愛着のある家」，そういうものに囲まれて，これからも住み続けたい．

しかし，先程，與那嶺先生のご講演に共同決定という話がありました．本人の意思に反して，離れて暮らしている家族は，段々年老いていく親のことを心配で心配でしょうがない．そうすると，何をするか．ここで暮らしていては，親のためにならないと思うので，自分の家に連れて一緒に暮らしたい．親を説得するわけです．説得のプロセスの中で本人の強い思いに反して限界集落から離れていくということも起きます．

地域包括ケアシステムという，可能な限りそこに住み続けようとしても，やはり住み続けられなくなってしまうということが，そこで起きてくるわけです．本人が決定しても，実現できない可能性も出てきます．この可能な限りというのがどこに設定されるのかということが大変難しい問題になってくるかと思います．

前段のお話と合わせてこの自己決定の問題も，地域包括ケアシステムっていうのは深く関係しているということをお伝えするために，ここでお話をさせて頂きました．ケアシステムと言いますので，どうしてもそのイメージ，環境を整える方のイメージを強くお持ちになると思いますけれども，環境だけではない，そこで暮らす本人が，その環境とどういう関係で生きているか，ここをきちんと考えていかなければ，本当の意味で地域包括ケアシステムというものを，このシステムというものの個と環境の関係性の中の問題を検討出来ないのではないかということを，まず問題提起をさせて頂きたいと思います．

3．限界集落化して廃村になる理由

お話を進めていきたいと思います．集落の維持が限界になっていくっていうことの理由は，高齢化が進んだからだと受け取られやすいですが，本当にそれだけなのでしょうか．何でも歳のせいにする傾向が何かとあるのではないかと思います．確かに老化というものは不可逆的なものですので，私たちは避けられないわけですけれども，では村がなくなるのはそういうことによるものなのかというと必ずしもそうではない．

高齢化によって失われたものは何なのか，高齢化ということでいえば，例えば健康，これを維持するのは難しくなってくるのは当然です．会社を辞めれば地位を失っていって，そのことによる影響を受ける，喪失によっていろんな影響を受ける可能性があります．そして体力です．それだけのせいで村がなくなる，と考えてしまうと，この39.9%，2060年ですので，今から大体40，

50年くらい先の話になりますが，この頃の日本に占める65歳以上の割合が日本全体で39.9％です．これは都市部も入れてです．都市部はおそらくこんなに高齢化率が高くはならないと思います．

それを考えると，限られた自治体を除いて，限界集落化してくる可能性，非常に高いと思います．皆さん自身これから50年後ってどう考えられるかわかりませんけども，私まだまだ現役のつもりです．ちょうど85，６ですので，まだまだ現役でやっている時代です．120歳まで生きると考えると，もう大問題なわけです．もう他人事ではないということです．この地域の衰退が，高齢化，65歳以上の人が増えるというだけを理由にしたとするならば，私たちの日本は将来どうなってしまうのか．日本の国全体が限界になるなんていうことは，当然ないと思います．避けなければいけないわけですけれども，あちらこちらで廃村が起きてくる可能性があります．

地域の衰退の理由は，高い高齢化率のほかに，働く場所がなくなること，日々の買い物，通院に事欠く．皆さん買い物に行きたいときには行けます．車を使う方もいらっしゃるかもしれません．歩いていける距離にある方もいらっしゃるかもしれません．しかし，うまくいかなくなってしまう．

田畑山林，こういうものを持っているところが多いですが，そういうものが管理できなくなる．そして冠婚葬祭．冠婚葬祭がなにか関係しているのかと皆さん思われるかもしれませんが，元々は村の中でやっていたものなのです．今は村の中で，公民館で結婚式やるとかいうと，あまり見かけませんけども，まずいませんけれども，村の中でも支え合ってそういう冠婚葬祭をやっていくという，そういう文化というものはもうほとんど難しくなってしまってきています．

そういう中で，待ち受けているのが廃村ということです．10年以内に消滅の可能性が高い集落が423集落あるといわれています．10年は，いつから数えて10年かといいますと，これ2007年の調査です．今，2014年です．３月になってしまいました．ということはもうこの423集落のうち，結構なくなっているというおそれもあるかと思います．それに加えて，いずれ消滅する可能性のある集落，先ほど申し上げたように，これからある限られた自治体を除いては，おそらく，消えていってしまうだろう，限界集落化していくだろうといったときに，既に2,643の集落がそのような可能性のあるものとして数えられています．

耕作放棄地が増える．耕せなくなってくる．高齢化しているということもここにあります．それから空き家です．先ほど申し上げたように，子どもに呼び寄せられて，その人たちが住んでいたところには，誰も住まない．貸し出しとかできればいいですが，できない．なぜかわかりますか．新たに人が住もうとしないからです，その地域に．もう新しく人が入ってこないので，空き家ばかりが増えます．

それから，「売りたくない，好きだから，好きだから売りたくない」，あとは税金の問題です．いろいろ理由はあるみたいですが，空き家が増えていく．そして森林は手入れがされずに，荒れ果て，ゴミの不法投棄の場になってしまいます．他にも，獣害，病虫害，私の知っているところではもう猪の害やハクビシンの害がひどいです．野菜を作っても作っても獣に食べられてしまうということです．そういう寂しい状況がありますけれども，そういった問題が発生していると言われています．

これらのことは，実は歳のせいというものもあるかもしれませんが，歳のせいだけではない．では何が失われているか．実は地域住民同士のつながり，こういうものをはじめとする，人と人のつながりっていうのがやっぱり失われているわけです．昔は，もうとっても豊かな人と人のつながりがあった．しかし，それが失われていることで，やはり廃村にどんどん近づいているかと

思います.

地域住民の生活を支えようという意識，貢献への意欲，これも失われているわけです．これは社会的なその価値観とかそういったものの背景もあるかもしれません．自分のことで精一杯，人のことまでっていうところがなかなか難しいということがある．それから地域の課題の共有意識，どうですか皆さん自分自身とは直接関係ないけれども，ご近所の方がどうも介護が必要なようで，介護サービスが足りないみたいで家族がずいぶん大変らしい，という話を聞いたとします．自分の問題と関係あると思えますか．ちょっと離れた人の問題で知っている人のおうちです．そこまで情報がきているわけです．「ああ，あそこのおうち大変だな」と．「でもうちはまだ，年寄りがいないから，いいか」で，終わってしまう，可能性が高いと思います.

しかし，その地域でサービスを受けられないっていうところが，もしあるとするならば，もしご自身が歳をその地域でとったとき，何もその地域が変わらなければ，同じような問題を抱える可能性があるわけです．ご家族をもし呼びよせたならば，そういうことも起きる可能性があるわけです.

実は他人事ではない，けれども，他人事にしか見えない．そういう現状がまだまだあるということです．これを地域の課題の共有意識と呼びます．これはもともと皆さん，近所の人のことはもう見て見ぬふりはできないという状況があったと思いますけれども，なかなか，そういう状況ではなくなってきている．これは地域住民の人のつながりが失われているということで，地域の人同士のパワーです，こういうものも失われてきているということがいえます.

4．地域住民のパワーの構成要素

私はこの地域住民のパワーを研究しています．よく地域の福祉力っていう言葉を聞いたことがあるのではないかと思います．地域力とか，地域の福祉力という言葉で，社会福祉協議会の人達，地域包括支援センターの方，今日もいらしているでしょうか．地域のそういったものを高めるアプローチをしていかなければいけないということを言われているかと思いますし，そういうアプローチを一生懸命されていると思います.

しかし，今までの議論の中でその地域力や地域の福祉力がなんなのか，ということが明確にされてこなかった経緯があると思います．地域の力を高めようとしているけれども，一体何を高めたのかよくわからない，ということが続く，というようなことがあったかと思います．私の研究では，この地域住民のパワーを測定する取り組みを行っています.

測定するからには何を測っているのかということをできるだけ明確にしなければいけないわけです．地域住民のパワーというものは二つの構成要素から成立していると考えて，測定を行いました．地域住民のパワーを地域の生活問題に向き合い，主体的に問題解決しようとする，地域住民の力，と定義をしているわけですが，一つは地域の福祉への影響力意識，例えば，質問項目としてはですね，自分の力は地域をよりよくするのに役に立つと思えるかどうかです．思えると言うことであれば，やはりパワーが強い，これを影響力意識と呼んでいます.

それから，二つ目に地域の福祉課題の共有意識です．これは先ほど，少しお話したものと同じですけれども，同じ地域に住んでいる人の問題は，自分の問題でもあると思う．こういうような質問項目をいくつか作って測定を行っています．そう思えれば，地域住民として，地域住民のパワーは強いと考えられると思います.

5．地域包括ケアシステムの五つの構成要素

地域の問題解決をしよう，と考えた時に，「自分の問題じゃないのになあ」と思いながらやるわけにはいかない．何か自分とこの問題が関係していると，そしてこのつながりを感じながら，なんとかこれをしなくてはいけないと思えるということが必要になってきます．

そこで，今日のテーマでもあります，地域包括ケアシステムです．今日のテーマは構成要素の話しになっていて，地域包括ケアシステム五つの構成要素が地域包括ケア研究会の報告書であげられていますが，先ほど申し上げたような限界集落に対してこういうものがどう関係しているのか，構成要素がどのようになっているかっていうこともこれから見ていきたいと思います．それから，「自助」「互助」，「共助」「公助」，これらは最近，特に災害のところでもこれらの言葉が聞かれていますけれども，このことについて，今まで見てきた限界集落とあわせて見ていきたいと思います．

パワーの話とちょっと一転していますが，限界集落の現状をちょっとお伝えしていくと，まず，住まいと住まい方．これは，その人がそのときに，その経済状況に合わせて住まいを選んでいけるということが理想ですが，限界集落の中には住まいと住まい方の選択肢はありません．自分の家か，よそに出るか，この二つです．

それから，専門的な福祉サービスの提供者が少ない．ホームヘルプの事業所を一つおいとけばいいのではないかと言われますが，採算がとれずおいてくれるところがない．おいてくれるところがないのでどうしているかというと，ヘルパーさんが20分とか30分かけて来る．もしかしたら離島とかの場合には，もっと難しい状況があるかもしれません．ヘルパーさんが来てくれなければ生きていけないっていうケースがあります．本当に命に関わる問題なわけですが，提供者は少ない．

その採算がとれない理由は何かというと，実は，介護の必要な住民はあまりいないのです．ちょっと皆さんのイメージとずれていますよね．65歳以上の人ばかりの地域で，極端に高齢化していて身体的に衰えてきていて，というイメージなのに，介護の必要な住民はあまりいない．この地域で介護が必要になったら，暮らしていけないわけです．じゃあこの地域に残るかというと，残れないということで，ここでもういなくなってしまっている，という現状もあります．全くいないわけではありません．全くいないわけではありませんけれども，そういう状況になっている．福祉サービスという意味では，難しい状況にあります．

それから，介護，医療，予防の専門職の不在の問題です．医療とか予防とか相談という意味でもそうですが，集落が元々の一つの村であれば，保健師さんが一人いたかもしれません．村に，配置された保健師さん，もしくは社会福祉士がいたかもしれません．けれども，合併をしてしまうと，村にあった村役場は一つの市の支所になってしまうわけです．その支所に置かれるのは，書類の手続きですとか，ある程度限られた機能しか残せないわけです．じゃ，もともといた保健師さんはどこに行くかと言うと，中央の市役所の方にお勤めになる．市役所，けっこう遠いです．合併したけれど，地域でも，地域のみんなのことをきちんと理解していた保健師さんや社会福祉士がその地域から離れていってしまう．誰もそれをケア出来なくなってしまうということが起きてしまう．

それから，次に，「自助」「互助」は，「共助」「公助」を代替しない，出来ないということです．さきほど皆さんに見ていただいた地域包括ケアシステムのスライドの中に，「共助」「公助」を拡大して行くにはお金がない，急激には出来ないということが書いてある．だから，「自助」「互助」

を高めましょうっていう事が書いてあります．しかし，もともと機能が違います．ホームヘルパーさんとしてしっかりトレーニングを積んだ方と，近所の中でちょっとお手伝いをして見守りをしてというレベル，これは全然意味が違います．代替する事はできない，「自助」「互助」が果たす役割には限界があります．

そして，高齢化による手段的サポート提供の限界化の問題があります．この手段的サポートっていうのは，具体的に例えば電球が切れて，本人が電球を変えることができないので，電球を変えてあげましょうということも含みますし，大雨が降った，雨樋が壊れた，じゃそれを直してあげましょう．それが当たり前だった地域ですけれども，高齢化によって出来なくなりました．それは何かと言うと，助けられる人，助ける人，お互いに高齢化しているので，元々出来ていたことができなくなってしまっているわけです．高齢化によって，情緒的な，例えばお茶のみをしてお話をするということは，結構長く出来るんですけども，具体的なお手伝いとなると，難しくなってしまうという現状があります．

最後に，プライバシーの保護と「互助」，近隣住民の声掛けや見守りの推進が矛盾しているという現状です．難しいです．これは世の中の価値観とかそういったものとの関係の中でとっても難しい問題ですが，プライバシーを保護するということは，つまり地域の人から見えないようにする部分というのはかなりあります．つまり，見られないようにする．見られたくないものは当然見られないようにするのですが，実はそれが「互助」をやっていこう，見守りをしていこうっていう時に逆に上手くいかない理由になってしまう，ということが起きています．そういう事をちょっと具体的にアンケート調査の結果からきちんとご説明をしていきたいと思います．一つの私の研究のフィールドにしている所を例にしながら，限界集落の現状とそういった所が限界集落化するとどういうことが起こるのかを，共有していければと思います．

6．限界集落調査

(1) 地域の概要

調査の対象地域ですが，ある旧村です．今はもう合併して市になっています．私はその旧村の４集落をフィールドに調査をしています．本当に歴史の古い地域です．同じ大学の歴史の先生に頼まれまして，その地域からもしかしたら襖とかに古文書とかが入っているものがあるので気をつけてほしいということでした．昔の人は価値がよくわからなくて襖に貼ってしまったりするらしいです．それを見つけたらすぐに連絡くださいと言われるくらい歴史のある地域です．足利家の落ち武者伝説があります．中山間地域に位置していて，高齢化率が57％です．50％と57％は実は結構違います．高い率だと思います．合併によって市の一部になって，産業は炭焼き，農業，昔は養蚕をやっていたということですけども，実はもともと，周りの地域からは離れた場所にありましたので，経済的には貧しい地域であったとうかがっています．炭を焼いてはもっていってものと交換して帰ってくるという生活をしていた地域だそうです．

四つの集落から構成されていて，一つの川に沿って集落があります．一つの川に沿っているとなると，高いところから低い所に流れていくということになります．低い所では水温がある程度維持できるので，米が作れますが，上の方の集落は寒すぎて米がとれない地域でした．やはり貧しい思いをして，生活をしていたということです．現在，空き家がかなり目立つ状況があります．

⑵ 人口推移

実際にどの様に人口が推移していったかちょっとみていただきたいと思います. 昭和60年は843人いました．現在平成25年の統計で438人．半分です．国勢調査なのできっとそこにいるのだと思いますが，私が地域の中を全戸訪問してアンケートをしても，こんなに人数は出てきません．住民基本台帳は使えないです．もう，出て行っても住民基本台帳に反映させないので，空き家のままでそこにいるはずなのに，もう違う場所に住んでいるという方がたくさんいます．

それから，子供の数，平成25年の保育園児は一人です．僻地保育園ですが，一人に保育士３人です．先日お邪魔したのですが，「園児が３人になりました」って，喜んでおっしゃっていました．小学生が12人．平成８年度から山村親子留学制度が導入されています．中学生です．平成22年から統計がなくて，25年は括弧書きです．これはどのような意味か，皆さん考えてみてください．中学校が無くなったのです．この中学校が無くなるというのは実は非常に大きなことです．隣の中学校までかなり距離があります．その中学生の親たちがわざわざそのバスにのせていくような場所に住み続けるかどうか．やはり大変だなと思えばそっちの方に引っ越すっていうことがわかりやすい行動だと思います．それも，自己決定されていくわけですけれども，12人の中学生はいるということです．

この地域について私は2008年度から，2012年度まで，合わせて３回の調査を縦断的に行いました．全部で最初の調査から最後の調査までで４年しか違いませんので，そんなに地域の変化が大きく見えるかという問題はあります．

この４年間の間に，農産物直売所がつくられたり，近隣の町との間のトンネルが開通したりと，この地域に大きなことがありました．

地域住民のパワーもそうですが，やはり地域包括ケアシステムの構成要素としてその地域住民のパワーといったときに，「地域の人はどのくらいお互いに支え合っているのだろうか」とか，見守りということがすごく大事だと言われる時代に，「見守りはこの地域でどのくらい行われているのだろうか」ということを見ながら，進めていきたいと思います．

⑶ 対象と方法

調査対象の４集落にある全てのお家を訪問して，お家にいる20歳以上の方の人数を伺って，調査票を置いてくる．そして答えていただいたものを回収する，という作業を使って行いました．お家があるということは，一軒一軒お名前が入っています．そのような地図がありますので，その地図をもとに，お名前が入っているところは全て訪問しました．しかし，お名前が入っていてもいらっしゃらないお家，何度訪問しても常に空き家というお家がかなりありました．調査を実施したのが，２月の末から３月で，この地域は大変寒い地域ですが，農繁期でない時期を狙って調査を行っています．そのように横断調査を繰り返し実施して，３回行ったところです．

⑷ 回収結果と回答者の属性

20歳以上の方を対象にしています．2008年は268件配布しています．そこに一応いらっしゃるということを確認しています．けれども，175件が回収され，65％です．次の回，2010年が230件配布，81％回収．2012年度，13年の３月ですが，228件配って186件回収がありました．属性に大きな変化はありません．男女比それから年齢についても，有意な差はないということになっています．

皆さんここに注目していただきたいです．この集落でアンケートに答えていただいた方の約半数，義務教育までとなっています．これは高齢になればなるほど，その傾向が強い．なぜかというと，実はやはり，昔から周りの集落と離れていたので，高校に行くためには一人暮らしをしなくてはいけない地域です．今は送り迎えしている方もいらっしゃるみたいです．車がありますので．昔の方は，実は小学校中学校まで，という方がかなり多い．80代・90代の方には，文字が読めないという方が，いらっしゃるということがわかっています．訪問して，アンケートをお預けするのではなくて，そこで聞いて，調査をするケースもあります．これは何かというとやはり，昔から学校に通う，教育を受ける，という意味で，社会的に排除されてきた地域だったということがいえるのではないかと思います．

7．限界集落調査結果

(1) 地域の集まりへの参加の変化

次から地域の参加と支え合いのデータを見ていきたいと思います．町内会の会合です．皆さんこの数字どう見ますか．町内会の会合に出ていますという方が6割弱，皆さんの地域で町内会の会合に出ている人は，どのくらいの割合でいますか．6割も出てくれる．こんなに出ていません．この地域は衰退していく，と言っても地域のつながりや，地域の人がこういう会に参加して，何とかやっていこうというのが，まだまだ強く残っている地域です．

それからこちらです．地域の葬式に参加していますか．これは，友人の葬式に参加していますか，この地域においては近い意味だと思いますが，地域であるお葬式には約8割弱の人が参加をする．近所でお葬式が出ても，関係ないっていう時代が今なわけですけれども，この地域はもう8割ぐらいの方が，皆さんで支え合いながらお葬式を執り行っています．この地域で亡くなるということは，なかなか難しい状況があります．町内清掃はどうでしょうか．支え合いで大変重要な役割だと思いますけども，やはり7割～8割弱程度，町内の清掃に参加してくれる．すばらしいですね．いい地域で，私も大好きです．

地域の集まりの参加，神社のお祭り，こういうものがどんどん失われている昨今なわけですが，こちらの集落では7割弱がお祭りに参加しています．4つの集落があると申し上げましたが，それぞれの集落にお寺と神社がやっぱりあります．古くからそれをお祀りして，一生懸命それを維持していったわけです．そういうものに多くの方がまだ参加している．ただ，やはりかなり高齢の方のご参加ということになります．

これがまた一つ気になるデータです．老人クラブというのは，高齢の方がお互いに支え合う互助の会，お楽しみです．2009年の調査では，それに参加している人は7割程度いらっしゃいました．それが，この2年たった2013年では，6割弱に減ってしまっている．ここで1割の変化というのは意外と大きいと思います．実際に地域の方にも聞いてみると，老人クラブの活動が難しくなってきているという話もあれば，変化を実感していないというお話をきくこともあります．それでも組織率としては高いと思います．この数字は60歳以上の方を再計算しています．

地域の集まりへの参加の変化です．これは，村民運動会です．だいたい町民の人の6割ぐらいが参加しています．衰退するどころではなく，13年のところでは67％に上がってきている．これは何もせずにこうなるわけではありません．これは，都会から人を呼びました．自然の美しい空気のおいしいところなので，是非東京の皆さん，運動会を一緒にやりましょうという企画をやって，町民の方も参加が増えたわけです．この回答は，東京の方は回答していません．何かそうい

うアプローチをすると，地域の方がこのように応えてくれる．これは，東京から来た人をきちんともてなそうと，みんなで出ようよ，という声かけがあったと思います．それで７割もの人が参加をしてくれた運動会になったということです．

それから，防災訓練．皆さんの地域の防災訓練の参加率はどうですか．この地域は８割が参加しています．この地域の歴史として，防災を大事にする歴史があります．これは地域のことを理解していくのに大変重要な視点だと思います．先ほど申し上げたように，川沿いにある集落です．川沿いにある集落で，大雨が降ると，土石流が流れるわけですね．多くの住民のそのお家が流されて，多くの死者がこの地域ででたという災害がありました．そのときの教訓をいかして，実は防災訓練にはみんな必ず出るようになっています．逆に地域の方はこの２割も出てないということに驚いていました．

防災訓練もそうですが，「地域の集まりに都合があって出られない」，よく言う言葉です．その都合っていうのは，親の葬式以外にはないというような地域なのです．これは，限界集落でのそういう価値観の中に，新しい人が暮らせない，ということを表しているかもしれません．一つの理由かと思います．

実はこの2011年３月９日まで調査を実施しておりました．その３月11日に大きな地震，震災がありました．直前まで調査をしていてデータをとった上での状況ですが，次の調査ではやはり，防災訓練の参加者数が，パーセンテージが少しですが，これは統計的に有意ではありませんので特別な意味はないかもしれませんが，参加者の率が少し上がっています．減るばかりのところで少し増加しているわけですから，やはり，影響があったと思います．よく町内会の防災力が発揮されることを，私達は期待するわけですけれども，普段何にも無いときから「力を発揮してください」と言っても，「あれ，何のために集まるのだろうか」という疑問を持ったまま集まっている方が多いように思います．しかし，やはりそういった防災とか，自分達のことを皆で一緒に力を合わせて守ろうというような，そういうモチベーションがあったときに，このような集まりがしっかりできるという，そういうものになっています．

それから，無尽というものがあります．皆さんは，無尽という言葉をはじめて聞いていらっしゃるかもしれません．地域の中の仲良しチームの互助会みたいなものです．無尽という集まりを作ります．無尽会と言ったりもします．貯金会とも言われています．集まって宴会をします．同級生だとか職場の仲間だとか，そういう集まり，インフォーマルな集まりをします．お互いに助け合う会です．

宴会をしたその会費とは別にお金を貯金します．貯金をどんどんしていきます．宴会のたびに貯金されていく，貯まっていきます．任意団体ですのでちょっと，会計上どうなるかという問題もありますけれども，それが貯まってきたところで，例えば，その年車検がある人がいます．それでは，「はいどうぞ」とそれがその車検の人にそのお金を渡されます．そういうシステムで運営されているお集まりのようです．これが無尽会と言います．

これはある研究では，この無尽会が健康にすごく良い効果を与えているという研究成果が示されています．この地域では，それに参加している人がだいたい２割から２割弱になってきています．お金の問題で，トラブルもあります．調査で無尽の話をしたときに，あまりいい顔する人は多くはありませんでした．無尽に頼って健康作りで無尽をやろうというのはちょっと違うのかなと思っています．昔は本当にこれが機能していたと思います．今は機能しなくなってきているのではないかと考えています．

次に，近所の人同士のお茶飲み会．こういうのは地域包括支援センターの職員としてはどんどんやってほしいところですよね．この地域は５割の人が近所の人とお茶を飲んでいる．こんなにすばらしい地域はないと，繰り返しになりますが，思います．５割から５割弱の方が，地域の人とお茶を飲む．最近，この地域に行ったとき，93歳のおばあちゃんがもうゆっくりゆっくり坂を登りながら「これからお茶飲み会にいく」とお話されていました．やはりそれが楽しみでもあるし，地域の人同士をつないでいる，という会でもあります．しかし，これもやはり移動の問題が出てきています．減ってきていると思います．坂の多い地域ですので，「もう，坂が登れない」，「坂が下れない」という高齢の方が増えてきています．

このお茶飲み会の話題を離れるんですが，バス停がメインストリートにあります．本数は少ないのですが，バスが来ます．どこかに行くときには，車を持たない高齢の方にとって必要ですが，「もう，バス停まで降りていけない」という声が聞こえています．玄関から出て，目の前の坂を下れない，上れないっていう人が，増加してきているのが現状です．

ソーシャルサポート提供の変化です．「一人暮らしの高齢者宅に定期的な訪問をして話しを聞いたことがありますか」，っていうことでこれは，なんと４割ぐらいの人たちが近所の人の所に行って，茶飲み会とかなり近い機能なのかな，と思いますが，話しをしているということです．地域包括支援センターではこういう地域を作りたいですね．皆さんがお互いに支え合っているというイメージだと思います．

⑵　ソーシャルサポート提供の変化

それから，ソーシャルサポート提供の変化で，一人暮らし高齢者への定期的な電話をかけるかどうかについてです．この地域では，３割程度の人がそういうやりとりを地域の人としている．これはそんなに変化していないです．

お食事会．これも手段的なサポートにはいってくると思います．食事をとるっていうことを，生活の中で誰もが必要としているわけです．これは食事をとるためというより，人と繋がるということだと思います．１割ぐらいの方が参加している．

それから配食サービスです．これも１割弱の方が参加しているっていう感じでしょうかね．2011年のデータは，ちょっと違う値を示しています．次に「定期的な声かけ」ですね．定期的な声かけをやはり５割ぐらいの方がそっとしている．気になるお家，ありますよね．「おばあちゃんどうしているかな」，「今日の朝も元気で起きているかな」と．ある地域では，「元気で起きたらハンカチ出しておいてね」や「洗濯物が毎日出ているはずだけれど今日は出てないな」とかそういうやりとりがあるかと思います．定期的な声かけというのも，けっこう積極的にやっていると言っていいのではないでしょうか．そして，様子の見守り，見守り活動，こちらも３割ぐらいの方が地域では行っています．

「買い物の付き添い」．この質問項目を立てたとき，「本当に買い物の付き添いって行ってくれるのだろうか」と思いました．これはサービスで付き添うということではありません．近所の人が車を出して，高齢の方を車に乗せてあげて，一緒に買い物に出かけるということをしてくれています．車で近所のスーパーまで20分から30分ぐらいかけて出かけていくときに一緒に乗せていくということです．地域の15％ほどの人が付添をしているということです．

この地域の中にスーパーマーケットのようなお店はありません．農産物直売所はできましたが，スーパーはありません．若い方の悲願は，この地域にコンビニを作ることです．それだけではや

はり生活に困りますので，移動販売車がこの集落に週に２回来るということになっています．そこにも降りて来られない方が増えてきています．そこでの買い物の付き添いが必要であるということと，それから移動販売車の方はやはり地域の方をよく知っています．お家の玄関まで付け届け，お金はその時頂かないようですけれども，もう置いておいて付けておくっていう形で，後でまとめてお金をもらうというようなやり取りがまだ行われているようです．

そしてこれは本当に大事ですよね，通院の付き添いです．これは，有償の福祉サービスの移動，福祉移送みたいなことっていうのを，私たちはすぐイメージしてしまいますが，そういうこととは全く関係ありません．近所の人が「私，病院行くけれど乗っていく？」という声かけをして通院に付き添うのです．だいたい２割ぐらいの方が，付添をやっている．もしかしたら家族ということもあるかもしれませんが，この地域では，家族外にも行われているということがヒアリングなどで分かっています．私がお邪魔した時にも，みんなで車に乗りあって，１台に４人ぐらい乗っていて，「これからみんなで病院に行く」，「買い物に行く」なども聞かれるような状況です．

次に，相談の付き添いです．相談に付き添ってくれることもあるということです．

⑶　地域住民のパワーの変化

2009年から2013年までで，先ほどお話した地域住民のパワーに変化があったのか，４年間ですからそれほど大きな変化は見込めませんが，この2011年，データがどうなのかなとも思いますけれども，少し下がっているように見えます．上のところが43.8点，下のところが42.4点で，１点ちょっとしか違わない．

この結果からは，地域住民のパワーは，この地域は横ばいということで理解していただきたいと思います．１年や２年で急激に落ちたりはしないだろうと思います．それから，この地域この４年間の間でいろいろなことがありました．先ほどお話した，農産物直売所ができたり，トンネルができたりということも起きています．その中でも大きく変わらなかったということです．

地域住民のパワーの構成要素別にみていくと，影響力意識，つまり，自分の力はこの地域を良くするのに役に立つと思えているかどうかの得点は，2009年は24.25点，2011年が23.25点で，やはり１点の範囲内です．横ばいというふうに判断しております．

それから，地域の福祉課題の共有意識です．2009年は19.4点，2011年は19.1点，その差0.3点ということで，完全に横ばいということです．

少しやはり気になるのは，それぞれ少しずつ下がってきているのは確かであるという点です．次に来る３月にも調査を予定しています．それが今度６年目になります．予算も取ってありますので，しっかり調査を実施した時にこれがまた横ばいなのか，それとも，１回目の調査から比べるとけっこう下がった値になるのかは少し注目をしていきたいと思います．年齢構成もまた６年間経つと65歳だった人が70歳を超えますので，けっこう大きな変化かなと思っています．

⑷　ひとり暮らし時の永住希望の変化

先ほどみなさんに問いかけた，一人暮らしになったときに限定をしていますけれども，この限界集落と呼ばれる地域で暮らすということで考えて，みなさんが一人暮らしになったときにこの地域に暮らし続けたいかですが，８割ぐらいの方がやはり暮らし続けたいと回答しています．これは身体的に元気な状態のときのことを言っています．この地域の特徴かと思いますが，この地域で一人暮らし続けたいけれども，本当にこの地域が好きで暮らし続けたいと思ってもらえる．

この問いに対して，「地域包括ケアシステムがあるから大丈夫だよ」「地域包括ケアシステムが構築されているのだから，可能な限りこの地域で暮らしていけるよ」ということをお伝えしたいところなのですが，これが「介護が必要になったら」，ということで聞くと，25％ぐらいの方が，「もうこの地域に暮らせない」となります．

「介護」ではなくて「他人の世話が必要になったとき」という聞き方をしているわけですけれども，25％の方が，一人暮らしで身体的に，生活上支援が必要になった場合には，他の市町村にいる家族の家などに移りたいとなってしまうという，つまり，「ここには人の世話が必要になったときには，もう住めない」ということを多くの方が自覚している状態ということになります．インタビューをしていると痛いほど分かりますが，本当にこの地域の人たちはこの地域のことが好きです．地域の良いところばかり出てきます．しかし，雰囲気が変わるとすぐネガティブな話になってしまいます．強い愛着を持っていても，こういうことが起きるということが本当に寂しいなと思います．つまり本人たちはここに暮らし続けたい，けれどもそれを許さない環境があるという状況です．

⑸「農産物直売所」と地域住民のエンパワメント

同じ調査ですが，統計的なデータを見ていきたいと思います．農産物直売所ができました．これは地域にとっては大きなものだと思います．外から人が来ると言っても，ヤマメ釣りに来るという程度です．あとハイキングです．そこに農産物直売所ができた．それまで住民同士が野菜と野菜を交換していたものが，今度は売り場に出されるようになりました．2011年と2013年，農産物直売所との関わり方を，「買い物をするという関係」，「食事をしにいくっていうこと」，産物直売所は住民の共同出資でやっているので，お金を出している方は，「出資しているという関わり」，それから，直売所なので，「出品をしているという形の参加」，この４つについて，先ほどみなさんに見ていただいたパワーとの関係で見ていきました．

「買い物」，「食事の利用」が，年を経るごとに増えてきています．つまり，農産物直売所っていうのは観光客が来て買い物していくイメージだと皆さん思いますが，このアンケートは住民に対して行っていますので，住民がこの農産物直売所で買い物をしたり，食事をしたりするということが増えてきているということになります．2011年より2013年で増えてきている．

運営に参加するということで出資，出品っていう意味では変わりがないですね．先ほど地域住民のパワーを測定しましたが，「買い物や食事をしているかいないか」や，「運営に参加しているかいないか」でそれぞれパワーの違いをみたところ，食事や買い物では使っていてもいなくても，地域住民のパワーには違いがありませんでした．一方で，「この直売所を運営するのに参加しているよ」という人の地域住民のパワーの得点は，参加していない人に比べて有意に高いという結果が出ています．

この地域には力を持っている人はたぶんたくさんいたのだと思います．けれどもその人たちが力を発揮する機会がそんなになかった．それが，この農産物直売所ができたことによって，そして，ここに参加するということによって，力を発揮する機会を得たのではないかと思います．農産物直売所を中心にパワーを持った人たちが集まって，そのパワーを発揮する機会を得た，そういう場になったのではないかと思います．そして，そのような場所が，買い物にも使ってもらえる，食事にも使ってもらえる，そのような役割を果たせているのではないかと感じています．

⑹「トンネル」と地域

次に，トンネルです．トンネルが通るということは，限界集落において画期的なできごとで，悲願でした．トンネルが通れば，買い物にも便利です．車でという話です．それで，「実際どのように使っていますか」という自由記述のデータを得ました．

これは主観的な分析ですけれども，テキストマイニングの手法を用いて，共起ネットワークを作成しました．やはりこのトンネルは，買い物に使われているようです．買い物に使って便利である，ということが一番にやはり出てきていますね．トンネルとのつながりで買い物，そして，世界遺産になったところのそばに集落があるのですが，トンネルによってつながりました．そちらの方にもよく出かけられるようになりました．つまり，生活圏も広がってきている，ということです．買い物も，外食をするレストランにもよく出かけるようになったなどの生活の広がりが，そのトンネルを通して得られています．

ただし，これは車を持っている人に限られます．トンネルが通ったことによってバスが，２時間に２本のルートとはまた別にできたので，それを使える人は買い物や食事に，便利に使えるようになりました．

しかし，心配なこととしては，そこを通り道に使う人が増えてきたので，集落のおじいちゃん，おばあちゃんたちが，ゆっくりゆっくり歩いて暮らしているところに，車がびゅんびゅんと走るようになった．これはちょっと心配だ，ということです．車が多くなったということがよく聞かれます．

災害対策はかなり期待されている部分ではありますが，こういうことも考えないといけないのかと思わされたのが，最近の大雪でのことです．大雪によって，集落のある県全体が陸の孤島になりました．トンネルによってつながった町の中にもかなり雪が深くなって孤立した集落があり，多くの方が孤立して，食料も何日も手に入らないという状況がありました．当然，調査の対象地域の集落も完全に雪に閉ざされました．その時にきっとトンネルが役に立つと，そういうときこそこのトンネルだと思います．私も思いました．この時トンネルは役に立ったのかというと，実は役に立たなかった．何故かと申しますと，トンネルの一方はその限界集落で，これはある市ですが，もう一方は隣の町です．行政が違うのです．

隣の町にとっての優先順位は，そのトンネルを通れるようにすることではなく，実は「急いで雪をかかないといけない」，「孤立を解消して人を助けないといけない」，「やらなきゃいけない」という所は，別の場所にありました．大雪の結果通れなくなったこのトンネルを，急いで雪かきをするということが出来ませんでした．ここで事例にしている限界集落側は通ったとしても，結局出口の方の雪は長い間片づけられない．結局，この道を通っているルートというのは，長い間通せなかったというのが，結果です．

もし，同じ市内にある入口と出口であれば，急いで雪を片づけたのではないかと思います．しかし，やはり縦割りの行政の連携の中では，皆が余力のない中では，トンネルの開通は優先されなかったわけです．隣町の役場の関係者に「限界集落の方のトンネルの状況はどうですか？」と聞きました．返事は，「全然確認してない，見てない」ということでした．やっぱり隣の市で起きていることっていうことになってしまうということを強く実感しました．このトンネルは災害のこともあって，通したトンネルだったはずです．災害の時にもこういうルートをきちんと作っておこうと作ったはずのトンネルだったのですが，今回のケースでは機能しなかったという問題が見えました．

⑺ 地域住民のエンパワメントによって何が得られるか

次に「地域住民のエンパワメントによって何が得られるか」という問題を投げてみたいと思います．今までの調査の結果をまとめていきたいと思います．先程，永住希望について２つの種類の質問がありました．一つは，「健康な時，自立している時にこの地域に住み続けたいですか？」という質問，もう一つは，「人の世話が，他人の世話が必要になった時に，住み続けたいですか？」という質問でした．両方ともこの地域住民としてのパワーが高い方は，住み続けたいと答えています．「地域に対して自分の力は役に立つ，地域の問題は自分の問題だ」と思っているという人たちは，この地域で暮らし続けたい．世話が必要になっても暮らし続けたいと言っている人が多いです．

このことから，地域住民のエンパワメントによって何が得られたかの一つは，この地域に暮らし続けるっていうことを決定してくれる可能性を高められるということです．不便で，危険もあるかもしれないけれども，この地域に暮らし続ける．急いで病院にかからなくてはいけないときにも少し時間がかかるから助からない可能性が高くなるかもしれない．それでも，この地域に住み続けたい．安全性にリスクがあっても，暮らし続けたいという思いを作っていくことにつながった可能性があります．

地域包括ケアシステム構築への参加，貢献意識を高めるということでもあります．色んなものに参加をしている人は，やはり力が強かった．先程の農産物直売所の例もそうです．参加している人のパワーは高い．例えば地域の問題解決に向けたアイディアを検討するとか，認知症サポーター養成講座への参加とか，介護講座を受講するとか，そういうことに力を発揮する人が力の高い方だと思います．

それでも，「自助」「互助」が「共助」「公助」とは，同じにはならないという点に，留意が必要です．「自助」「互助」を担う方が，ケアのプロフェッショナルになっていれば，話は変わってきます．そういう意味で，住民のトレーニングを本気でやっていくっていうようなことをするのであれば話は変わってきます．しかし，中々そういうことは出来ません．難しい現状があります．極端なことを言えば，教育改革があって「介護技術」が中学校等で必修になるとか，そんなムーブメントが起きた時にはもしかしたら変わってくるのかもしれません．しかし，今は「互助」という中ではプロの技術とか，よりよい技術が提供されない状況があります．

⑻ 地域住民のパワーは「可能な限り住み慣れた地域での生活を継続」を実現したか

それから，地域の問題解決のアイディアを出すだけではありません．実際に参加していくという人が，やはりパワーを高めていくと増えてくるだろうと思います．ただし，これは「自助」「互助」のレベルです．「共助」「公助」という意味で提供されるサービスとは，イコールではありません．解決できる問題も同じ問題ではないとしっかり理解をして頂きたいと思います．見守り，声掛け，お茶飲み会，いくつかの統計表をお見せしましたが，そのようなものが住民相互に実施出来ます．

今回焦点を当ててお話をさせていただいているのは，地域住民のエンパワメントは，地域包括ケアシステムの構築によって目指している「可能な限り住み慣れた地域での生活の継続」を実現するのに貢献したのかどうか，ということです．先ほど見てきた地域は限界集落と言われている地域ですが，もしかしたら皆さんが暮らしていらっしゃる地域よりも，地域住民のパワーは高かったのではないかと思います．人と人のつながりや地域の行事に参加することなど，いかがでしょ

うか．皆さんの暮らしている地域と比べてみてください．例えば，私が暮らしている地域よりも高いです．しかしどうでしょうか，この地域に可能な限り住み続けたいと言えるでしょうか．

この地域の子育て中の親は，実は子どもに言っています．子どもは，大学や高校への進学で集落の外に出て行きます．出て行った子どもたちに，この地域には帰ってきてはいけない，と言っています．私たちが出かけていって，集落の中でお話を聞くと，「若い人たちに来てほしいね」「住んでほしいね」とおっしゃられます．

しかし，自分の子どもには「帰ってきてはいけない」「この地域には帰ってきてはいけない」と伝え，そして，近隣の便利なところ，中核都市と言われるようなところですが，「もっと便のいいところに家を建てなさい」と言うのです．この限界集落に住んでいる親が，外に出て行く子どもに，「集落の外に建てなさい」と言うだけではなく，場合によってはお金も出してくれるそうです．そして，親に言われた通り，子どもはその集落の外に家を建てます．愛着がないわけではありません．お盆や行事の時期，お正月には車がたくさん並びます．家の駐車場，車庫に入らないので，道路に並んでいます，外から人が来ていることがよくわかります．愛着をみんな持っている，しかし，この地域には住めないので「外に住みなさい」と言い，外に住まわせた子どもに呼びよせられていくという結果が起きています．

これは何かというと，介護が必要になったら，集落の外の親戚や施設に行くしかもうない，ということです．介護サービスもない，暮らし続けられない，暮らし続けられるという見通しが立てられない地域になっています．地域住民のパワーは強い，つながりも強い，支え合い見守りも行われている，しかし，それだけではこの地域で暮らし続けるっていうことはできないということです．

医療は診療所が週に１回木曜日の午後，開いている．それに合わせてバスが出ているのですが，そのバスにも乗れないという高齢者がでています．医療の面でも，ここは暮らし続けられない地域になってしまっている．つまり，地域住民のパワーを高めるということだけでは，地域包括ケアシステムを作るということは，できないということです．地域住民のパワーを高めていくことは大変重要なことです．地域包括ケアシステムを，環境とその本人との関係との中で見ていくときに，地域住民のパワーを高めていくことが大切だということは明らかですが，それだけでは地域包括ケアシステムは構築できない，ということです．

結果的に介護が必要になった人や高齢者は，この地域での生活から排除されていく，ということが起きています．行政は地域住民のパワーが大切だ，と言います．しかし，実は地域住民のパワーを維持したり，高めたりするためのコストはかけていない．「それは自分たちでやってください，地域のことですから」となります．データをもとに「地域包括支援センターの職員を是非おいてください．一人，この地域の支所に専門職を配置してください」とお願いしても，コストがかけられないので置きません．この地域は旧村ですので，もともと社会福祉協議会がありましたが「常駐の職員を置いてください」とお願いしても社協も対応できません．この状況の中で，見方を変えれば，「このようにして」人が排除されているということです．

⑼　地域包括ケアシステムの構成要素としての地域住民のパワー

地域包括ケアシステムの構成要素としての地域住民のパワーの役割の一つは，「可能な限り，住み慣れた地域で生活を継続することができる，もしくはしたくなるような地域住民の動機づけ」です．地域住民のパワーを高めることは，「ここは本当にみんなとのつながりが大事だから，

暮らし続けたい」と思えるような動機付けにはなっているだろう．構成要素としても，この意味で大変重要です．どれほど環境が整っていても，その地域が好きでなければ，「こんな地域ではなくてもっと違う地域に行きたい」という人が多ければ，これは住み続けることにつながりません．

次に，地域住民のパワーが高ければ，地域の強みや地域の持ちうるものを最大限に活用した地域包括ケアシステムを構想するということが可能になります．すべてをフォーマルなサービスで対応するということではなく，これはよく「共助」といわれるものになるかもしれませんが，地域住民との協働の中でその地域にあったオーダーメイドの地域包括ケアシステムを構築していくことに，この地域住民のパワーが貢献できると言えると思います．地域包括ケアシステムの構築に参加する住民が増えるわけです．

最後に「自助」「互助」によるサポートは，例えば介護保険のサービスや医療サービスの代替的な役割は果たせないということをまとめておきたいと思います．地域住民のパワーを高めることがとても大事だという私自身の立場は変わりません．しかし，すべてを解決したり，対応したり，何かを安上がりにやっていくために地域住民のパワーを高めましょう，ということは，違うのではないかと考えています．地域住民のパワーを維持したり高めたりするのにもコストはかかります．地域住民のパワーを高めていくアプローチをするのにも，コストはかかりますし，かけていかなくてはいけないのではないかと思っています．

同時に，フォーマルなサービスが「必要だ」と思ったときに使える体制がなければ，本当にその地域で可能な限り住み続けられる，という地域包括ケアシステムの構築はできないと思っています．

拙い話で大変恐縮でしたけれども，以上で私の話を終わらせていただきたいと思います．ご静聴ありがとうございました．（拍手）

※本稿は，平成26年３月25日に開催された長崎純心大学医療・福祉連携センター主催の講演会での講演に加筆，修正したものである．

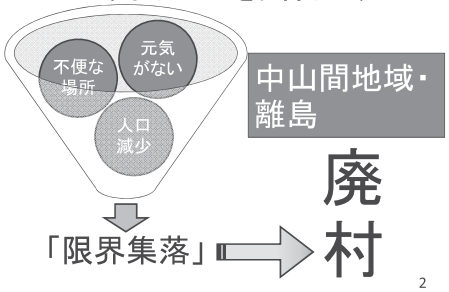
限界集落における
地域包括ケアシステムへの取り組み
～地域住民のエンパワメントに着眼して～

渡辺裕一（武蔵野大学）

平成26年3月25日（火）14:50～16:20
長崎純心大学医療・福祉連携センター講演会
テーマ：「地域包括ケアシステムの構成要素について考える」

高齢化が極端に進んだ地域

- 皆さんはどのようなイメージをお持ちですか？



2

「限界集落」

- 「65歳以上の高齢者が集落人口の50%を超え、冠婚葬祭をはじめ田役、道役などの社会的共同生活の維持が困難な状態にある集落」

（大野晃『限界集落と地域再生』,2008）

3

廃村の理由は「高齢化が進んだから」

- 本当にそれだけですか？
- 何でも「としのせい」にしていいのか？
- 高齢化によって失われたものは何？



4

39．9%

- 2060年における我が国の人口に65歳以上人口が占める割合
- 限られた自治体を除き、「限界集落化」するだろうという現実。
- 「地域の衰退（限界集落化→廃村）」が高齢化によるものであれば、日本は将来どうなるのか？

5

「地域の衰退（限界集落化→廃村）」

- **高い高齢化率のほか、**
- 働く場がなくなり、
- 日々の買い物や通院に事欠き、
- 田畑や山林の管理、
- 冠婚葬祭も難しくなり、

→その末に待ち受ける「廃村」へ

（財団法人農村開発企画委員会「限界集落における集落機能の実態に関する調査報告書」,2007）

6

2,643

- 「10年以内に消滅の可能性（423集落）」+「いずれ消滅する可能性」のある集落の数
- これらの集落では集落機能の維持が困難になったことで
- 耕作放棄地の増大
- 空き家の増加
- 森林の荒廃
- ごみの不法投棄
- 獣害・病虫害の発生、　といった問題が発生

（国土交通省国土計画局総合計画課「平成18年度国土計画策定のための集落の状況に関する現況把握調査」2007）

7

「としのせい」だけではない、失われているものがある

- 地域住民同士のつながりをはじめとする、人と人とのつながり
- 地域住民の生活を支えようという意識、貢献への意欲
- 地域の課題の共有意識
- 地域住民のパワー

つながり　貢献意欲　共有意識

8

地域住民のパワー

- 地域の生活問題に向き合い、主体的に問題解決しようとする地域住民の力

地域の福祉への影響力意識　地域の福祉課題の共有意識

9

地域包括ケアシステム



10

地域包括ケアシステムと限界集落の現状

- 集落の中に、【すまいとすまい方】の選択肢はない。
- 専門的な【福祉サービス】の提供者は少ない。
  ＝介護の必要な住民はほとんどいない。
- 【介護・医療・予防】の専門職の不在（少ない）。
  ＝医師（病院・診療所）、保健師、社会福祉士の不在
- 「『自助（専門的サービスの購入は含まない）』『互助』」 は『共助』『公助』」を代替しない（できない）。
  ＝もともと代替することは期待できない、「自助」「互助」が果たす役割の限界
  ＝高齢化による手段的サポート提供の限界化
- 「プライバシーの保護」と「『互助』『近隣住民の声かけや見守り』」の矛盾

11

限界集落A調査

12

調査対象地域の概要

- 足利家（室町幕府）の落ち武者伝説もあるが、その前の縄文時代から人は住んでいた様子
- 中山間地域に位置し、現在、高齢化率は約57%、人口は約400人（住民基本台帳上）
- 合併により、市の一部になった
- 産業は炭焼き、農業（こんにゃく、ほうれん草など）、昔は養蚕（絹糸）
- 1本の川に沿って、4つの集落から構成される
- 空き家がかなり目立つ状況

13

人口の推移（国勢調査）（客観的指標）

	S60	H2	H7	H12	H17	H24	H25
総人口	843	742	651	590	521	454	438
0-14歳	110	90	61	52	30	25	25
%	13. 0	12. 1	9. 4	8. 8	5. 8	5. 5	5. 7
15-64歳	498	397	310	253	221	180	162
%	59. 1	53. 5	47. 6	42. 9	42. 4	39. 6	37. 0
65歳～	235	255	280	285	270	249	251
%	27. 9	34. 4	43. 0	48. 3	51. 8	54. 9	57. 3
世帯数（戸）	281	273	264	257	234	218	215
世帯人員平均	3. 00	2. 72	2. 47	2. 30	2. 23	2. 08	2. 04

14

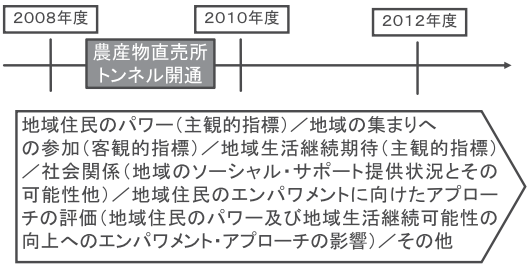
子どもの数の推移（客観的指標）

	S48	S60	H2	H8	H12	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
保育園児	32	17	17			7	6	8	7	6	4	4	1
小学生				36	19	12	16	18	15	13	13	12	12
中学生				16	22	17	21	20	22				(12)

※平成8年度から山村親子留学制度を導入

15

調査の全体像



16

調査の対象と方法

- 対象
  山梨県限界集落Aで暮らしている20歳以上の方すべて
- 方法
  最新の住宅地図上にある全戸を訪問して調査票を配布、回収する配票留置法
  横断調査の繰り返し実施によるデータ（RCD）

17

回収の結果

- 2008年度（2009年3月実施）
  268件を配布、有効回答は175件（約65%）
- 2010年度（2011年3月実施）
  230件を配布、有効回答は187件（約81%）
- 2012年度（2013年3月実施）
  228件を配布、有効回答は186件（82%）

18

回答者の基本的属性の分布（性別）

			性別		合計
			男	女	
調査年	09	度数	79	91	170
		%	46.5%	53.5%	100.0%
	11	度数	90	96	186
		%	48.4%	51.6%	100.0%
	13	度数	86	100	186
		%	46.2%	53.8%	100.0%
合計		度数	255	287	542
		%	47.0%	53.0%	100.0%

19

回答者の基本的属性の分布（年齢）

			年齢								合計
			20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	
調査年	09	度数	4	7	15	23	24	53	33	6	165
		%	2.4%	4.2%	9.1%	13.9%	14.5%	32.1%	20.0%	3.6%	100.0%
	11	度数	6	16	13	24	43	52	23	5	182
		%	3.3%	8.8%	7.1%	13.2%	23.6%	28.6%	12.6%	2.7%	100.0%
	13	度数	4	7	11	22	37	49	45	4	179
		%	2.2%	3.9%	6.1%	12.3%	20.7%	27.4%	25.1%	2.2%	100.0%
合計		度数	14	30	39	69	104	154	101	15	526
		%	2.7%	5.7%	7.4%	13.1%	19.8%	29.3%	19.2%	2.9%	100.0%

20

回答者の基本的属性の分布（学歴）

			最終学歴				合計
			義務教育（旧制高等小学校含む）	高校（旧制中学含む）	短大・高専（旧制高校も含む）	大学（在学中、大学院も含む）	
調査年	09	度数	94	49	13	9	165
		%	57.0%	29.7%	7.9%	5.5%	100.0%
	11	度数	75	74	19	15	183
		%	41.0%	40.4%	10.4%	8.2%	100.0%
	13	度数	94	60	18	13	185
		%	50.8%	32.4%	9.7%	7.0%	100.0%
合計		度数	263	183	50	37	533
		%	49.3%	34.3%	9.4%	6.9%	100.0%

21

地域の集まりへの参加の変化（町内会の会合）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（町内会の会合）		合計
			いいえ	はい	
調査年	09	度数	73	97	170
		%	42.9%	57.1%	100.0%
	11	度数	81	105	186
		%	43.5%	56.5%	100.0%
	13	度数	83	104	187
		%	44.4%	55.6%	100.0%
合計		度数	237	306	543
		%	43.6%	56.4%	100.0%

22

地域の集まりへの参加の変化（地域の葬式など）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（地域の葬式など）		合計
			いいえ	はい	
調査年	09	度数	37	133	170
		%	21.8%	78.2%	100.0%
	11	度数	50	136	186
		%	26.9%	73.1%	100.0%
	13	度数	46	141	187
		%	24.6%	75.4%	100.0%
合計		度数	133	410	543
		%	24.5%	75.5%	100.0%

23

地域の集まりへの参加の変化（町内清掃）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（町内清掃）		合計
			いいえ	はい	
調査年	09	度数	42	128	170
		%	24.7%	75.3%	100.0%
	11	度数	54	132	186
		%	29.0%	71.0%	100.0%
	13	度数	60	127	187
		%	32.1%	67.9%	100.0%
合計		度数	156	387	543
		%	28.7%	71.3%	100.0%

24

地域の集まりへの参加の変化（寺・神社の祭り）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（寺･神社の祭り）		
			いいえ	はい	合計
調査年	09	度数	50	120	170
		%	29.4%	70.6%	100.0%
	11	度数	66	120	186
		%	35.5%	64.5%	100.0%
	13	度数	58	129	187
		%	31.0%	69.0%	100.0%
合計		度数	174	369	543
		%	32.0%	68.0%	100.0%

25

地域の集まりへの参加の変化（老人クラブの集まり）※60歳以上

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（老人クラブの集まり）		
			いいえ	はい	合計
調査年	09	度数	33	79	112
		%	29.5%	70.5%	100.0%
	11	度数	58	64	122
		%	47.5%	52.5%	100.0%
	13	度数	59	76	135
		%	43.7%	56.3%	100.0%
合計		度数	150	219	369
		%	40.7%	59.3%	100.0%

※5%水準で有意 26

地域の集まりへの参加の変化（村民運動会）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（村民運動会）		
			いいえ	はい	合計
調査年	09	度数	73	97	170
		%	42.9%	57.1%	100.0%
	11	度数	75	111	186
		%	40.3%	59.7%	100.0%
	13	度数	61	126	187
		%	32.6%	67.4%	100.0%
合計		度数	209	334	543
		%	38.5%	61.5%	100.0%

27

地域の集まりへの参加の変化（防災訓練）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（防災訓練）		
			いいえ	はい	合計
調査年	09	度数	32	138	170
		%	18.8%	81.2%	100.0%
	11	度数	51	135	186
		%	27.4%	72.6%	100.0%
	13	度数	44	143	187
		%	23.5%	76.5%	100.0%
合計		度数	127	416	543
		%	23.4%	76.6%	100.0%

28

地域の集まりへの参加の変化（無尽）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（無尽）		
			いいえ	はい	合計
調査年	09	度数	135	35	170
		%	79.4%	20.6%	100.0%
	11	度数	147	39	186
		%	79.0%	21.0%	100.0%
	13	度数	154	33	187
		%	82.4%	17.6%	100.0%
合計		度数	436	107	543
		%	80.3%	19.7%	100.0%

29

地域の集まりへの参加の変化（近所の人同士のお茶飲み会）

			あなたは地域の集まりに参加していますか？（近所の友人同士のお茶のみ会）		
			いいえ	はい	合計
調査年	09	度数	83	87	170
		%	48.8%	51.2%	100.0%
	11	度数	116	70	186
		%	62.4%	37.6%	100.0%
	13	度数	106	81	187
		%	56.7%	43.3%	100.0%
合計		度数	305	238	543
		%	56.2%	43.8%	100.0%

※5%水準で有意 30

ソーシャルサポート提供の変化（一人暮らし高齢者への定期訪問）

			あなたはひとり暮らしの高齢者宅に定期的に訪問して話を聞いたことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	23	31	13	47	45	159
		%	14.5%	19.5%	8.2%	29.6%	28.3%	100.0%
	11	度数	23	36	10	53	62	184
		%	12.5%	19.6%	5.4%	28.8%	33.7%	100.0%
	13	度数	26	38	11	58	44	177
		%	14.7%	21.5%	6.2%	32.8%	24.9%	100.0%
合計		度数	72	105	34	158	151	520
		%	13.8%	20.2%	6.5%	30.4%	29.0%	100.0%

31

ソーシャルサポート提供の変化（一人暮らし高齢者への定期電話）

			あなたはひとり暮らしの高齢者宅に定期的に電話をかけて様子をうかがったことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	14	39	8	44	53	158
		%	8.9%	24.7%	5.1%	27.8%	33.5%	100.0%
	11	度数	16	34	7	41	86	184
		%	8.7%	18.5%	3.8%	22.3%	46.7%	100.0%
	13	度数	13	31	12	61	59	176
		%	7.4%	17.6%	6.8%	34.7%	33.5%	100.0%
合計		度数	43	104	27	146	198	518
		%	8.3%	20.1%	5.2%	28.2%	38.2%	100.0%

32

ソーシャルサポート提供の変化（食事会の開催（手伝い））

			あなたは高齢者のためのお食事会を開いた（手伝った）ことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	5	13	10	32	95	155
		%	3.2%	8.4%	6.5%	20.6%	61.3%	100.0%
	11	度数	4	9	4	39	125	181
		%	2.2%	5.0%	2.2%	21.5%	69.1%	100.0%
	13	度数	5	10	10	56	92	173
		%	2.9%	5.8%	5.8%	32.4%	53.2%	100.0%
合計		度数	14	32	24	127	312	509
		%	2.8%	6.3%	4.7%	25.0%	61.3%	100.0%

33

ソーシャルサポート提供の変化（食事の配達）

			あなたはお弁当を作って高齢者のお宅へ配達した（手伝った）ことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	2	10	9	28	102	151
		%	1.3%	6.6%	6.0%	18.5%	67.5%	100.0%
	11	度数	2	4	6	35	135	182
		%	1.1%	2.2%	3.3%	19.2%	74.2%	100.0%
	13	度数	7	11	5	35	119	177
		%	4.0%	6.2%	2.8%	19.8%	67.2%	100.0%
合計		度数	11	25	20	98	356	510
		%	2.2%	4.9%	3.9%	19.2%	69.8%	100.0%

34

ソーシャルサポート提供の変化（定期的声掛け）

			あなたは気になった高齢者に定期的声をかけたことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	23	50	12	37	39	161
		%	14.3%	31.1%	7.5%	23.0%	24.2%	100.0%
	11	度数	25	50	14	36	58	183
		%	13.7%	27.3%	7.7%	19.7%	31.7%	100.0%
	13	度数	28	45	17	51	40	181
		%	15.5%	24.9%	9.4%	28.2%	22.1%	100.0%
合計		度数	76	145	43	124	137	525
		%	14.5%	27.6%	8.2%	23.6%	26.1%	100.0%

35

ソーシャルサポート提供の変化（様子見守り）

			あなたは「最近顔を見ないな」と思った高齢者のお宅に様子を見に行ったことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	26	34	8	40	51	159
		%	16.4%	21.4%	5.0%	25.2%	32.1%	100.0%
	11	度数	22	45	14	37	67	185
		%	11.9%	24.3%	7.6%	20.0%	36.2%	100.0%
	13	度数	24	52	15	49	43	183
		%	13.1%	28.4%	8.2%	26.8%	23.5%	100.0%
合計		度数	72	131	37	126	161	527
		%	13.7%	24.9%	7.0%	23.9%	30.6%	100.0%

36

ソーシャルサポート提供の変化（買い物の付き添い）

			あなたは高齢者の買い物に付き添ったことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	8	17	15	39	79	158
		%	5.1%	10.8%	9.5%	24.7%	50.0%	100.0%
	11	度数	9	15	12	38	111	185
		%	4.9%	8.1%	6.5%	20.5%	60.0%	100.0%
	13	度数	9	17	11	47	92	176
		%	5.1%	9.7%	6.3%	26.7%	52.3%	100.0%
合計		度数	26	49	38	124	282	519
		%	5.0%	9.4%	7.3%	23.9%	54.3%	100.0%

37

ソーシャルサポート提供の変化（通院の付き添い）

			あなたは高齢者の通院に付き添ったことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	17	21	15	31	76	160
		%	10.6%	13.1%	9.4%	19.4%	47.5%	100.0%
	11	度数	14	21	9	39	102	185
		%	7.6%	11.4%	4.9%	21.1%	55.1%	100.0%
	13	度数	15	20	8	51	80	174
		%	8.6%	11.5%	4.6%	29.3%	46.0%	100.0%
合計		度数	46	62	32	121	258	519
		%	8.9%	11.9%	6.2%	23.3%	49.7%	100.0%

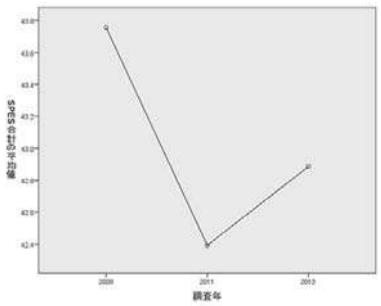
38

ソーシャルサポート提供の変化（相談の付き添い）

			あなたは高齢者が市役所や支所へ相談に行くときに付き添ったことがありますか？					
			よくある	まあある	どちらとも言えない	あまりない	まったくない	合計
調査年	09	度数	5	8	12	39	92	156
		%	3.2%	5.1%	7.7%	25.0%	59.0%	100.0%
	11	度数	6	8	8	42	120	184
		%	3.3%	4.3%	4.3%	22.8%	65.2%	100.0%
	13	度数	4	7	5	61	100	177
		%	2.3%	4.0%	2.8%	34.5%	56.5%	100.0%
合計		度数	15	23	25	142	312	517
		%	2.9%	4.4%	4.8%	27.5%	60.3%	100.0%

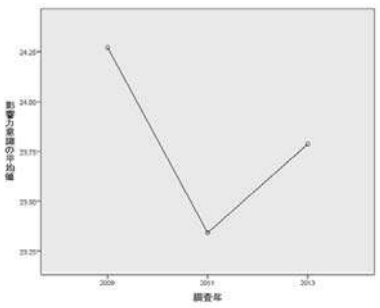
39

地域住民のパワーの変化（合計得点）



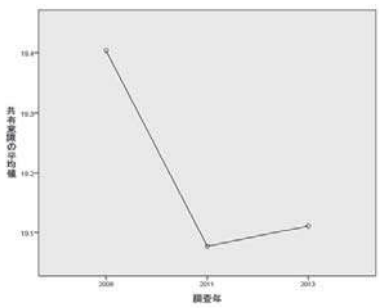
40

地域住民のパワーの変化（影響力意識）



41

地域住民のパワーの変化（共有意識）



42

ひとり暮らし時永住希望（期待）の変化（元気時）

			もしあなたがひとり暮らしになったとしたらどこで暮らしたい？（あなたが元気な場合）				
			ひとり暮らしになっても、Aで暮らし続けたい	ひとり暮らしになったら、他の市町村にいる家族の家に同居したい	ひとり暮らしになったら、他の市町村でひとりで暮らしがしたい	その他	合計
調査年	09	度数	128	19	14	7	168
		%	76.2%	11.3%	8.3%	4.2%	100.0%
	11	度数	144	24	8	8	184
		%	78.3%	13.0%	4.3%	4.3%	100.0%
	13	度数	136	24	15	7	182
		%	74.7%	13.2%	8.2%	3.8%	100.0%
合計		度数	408	67	37	22	534
		%	76.4%	12.5%	6.9%	4.1%	100.0%

43

ひとり暮らし時永住希望（期待）の変化（他人の世話必要時）

			もしあなたがひとり暮らしになったとしたらどこで暮らしたい？（あなたが生活上支援が必要な場合）				
			ひとり暮らしになっても、Aで暮らし続けたい	ひとり暮らしになったら、他の市町村にいる家族の家に同居したい	ひとり暮らしになったら、他の市町村でひとりで暮らしがしたい	その他	合計
調査年	09	度数	86	51	14	14	165
		%	52.1%	30.9%	8.5%	8.5%	100.0%
	11	度数	95	57	12	15	179
		%	53.1%	31.8%	6.7%	8.4%	100.0%
	13	度数	93	52	16	21	182
		%	51.1%	28.6%	8.8%	11.5%	100.0%
合計		度数	274	160	42	50	526
		%	52.1%	30.4%	8.0%	9.5%	100.0%

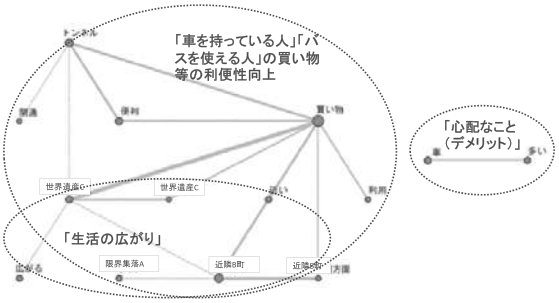
44

「農産物直売所」は地域住民のエンパワメントに寄与したか

- 2011より2013で、「買い物」「食事」の利用は有意に高い。
- 2011－2013で、「運営」や「出資」、「出品」への参加に有意差なし。
- 「買い物」「食事」に利用しているか否かで、パワー得点に有意差なし。
- 「運営」、「出資」、「出品」に参加する住民のパワー得点は有意に高い。
- パワーを持った人が集まり、そのパワーを発揮する機会を得た可能性示唆

45

「トンネル」は地域の役に立ったのか



46

地域住民のエンパワメントによって、何が得られるか

- 地域への永住希望を高められる
  ・安全性にリスクがあっても暮らし続けたい
- 地域包括ケアシステム構築への参加・貢献意識を高められる
  ・地域の問題解決に向けたアイディア検討
  ・認知症サポーター養成講座、介護講座受講
  ・地域の問題解決への参加（見守り、声掛け、お茶のみ会、各種ボランティア）

47

地域住民のパワーは「可能な限り住み慣れた地域での生活を継続」を実現したか

- 地域住民のパワーを維持し、高めるためのコストはかけられていない
- 親は子どもに「この地域には帰ってきてはいけない。近隣の便利なところに家を建てなさい」と貯めたお金を出資。高齢でひとり暮らしになったら呼び寄せられるという結果・・・。
- 介護が必要になったら、集落外の施設に入る
  →要介護度が重度の高齢者を見かけない地域になっている（介護が必要な高齢者は地域での生活から排除されている）

48

地域包括ケアシステムの構成要素としての地域住民のパワー

- **可能な限り**住み慣れた地域で生活を継続することができる（したくなる）ような地域住民の動機づけ
- 地域の強み（持ち得るもの）を最大限に活用した地域包括ケアシステム構想の根拠
- 「自助」「互助」は、「公助」「共助」の代替役割は果たせない。

49

ご清聴ありがとうございました

50

（2） 地域包括ケアシステムに関する研究会

① **テーマ**

② **主　催**　長崎純心大学医療・福祉連携センター
共　催　長崎純心大学ケアセンター扇町

③ **日　時**　平成26年７月31日（木）16：15～18：00

④ **場　所**　長崎純心大学　Ｊ棟大会議室

⑤ **プログラム**

長崎純心大学長挨拶（16：15～16：25）

発表Ⅰ（16：30～16：50）

「地域包括ケアシステムの構築とケアセンター扇町」

長崎純心大学医療・福祉連携センター長　潮谷 有二氏

発表Ⅱ（16：50～17：30）

「スクールソーシャルワークから見える家族・地域」

長崎市教育委員会、純心中学校・純心女子高等学校

スクールソーシャルワーカー　木村 和子氏



写真２-３　潮谷センター長（左）、木村和子氏（右）

意見交換とまとめ（17：30～17：55）

ケアセンター扇町所長　閉会挨拶（17：55～18：00）

⑥ **参加者**　40人



写真２-４　地域ケアシステム研究会

地域ケアシステムに関する研究会

発表Ⅰ（16:30～16:50）

「地域包括ケアシステムの構築とケアセンター扇町」

長崎純心大学医療・福祉連携センター
センター長　潮谷　有二

主催：長崎純心大学医療・福祉連携センター
共催：長崎純心大学ケアセンター扇町

※資料については主に厚労省公表のものを使用

介護保険制度を巡るこれまでの経緯

	1997年（平成9年）	12月	介護保険法成立
第1期	2000年（平成12年）	4月	介護保険法施行
第2期	2003年（平成15年）	4月	介護報酬改定（改定率▲2.3%・在宅サービスの充実等）
	2005年（平成17年）	6月	介護保険法等の一部を改正する法律（※1）成立
		10月	改正法（※1）の一部施行（施設給付の見直し）
第3期	2006年（平成18年）	4月	改正法（※1）の全面施行 （地域包括支援センター、予防給付、地域密着型サービス創設等） 介護報酬改定 （改定率▲0.5%、予防重視型システムへの対応、地域密着型サービスの創設）
	2008年（平成20年）	5月	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（※2）成立
第4期	2009年（平成21年）	4月	介護報酬改定（改定率プラス3.0%・介護従事者の処遇改善等）
		5月	改正法（※2）の全面施行（業務管理の体制整備、サービス確保対策等）
	2011年（平成23年）	6月	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（※3）成立・公布、一部施行（介護療養病床の転換期限の延長、介護福祉士資格取得方法の見直しの延期等）
第5期	2012年（平成24年）	4月	改正法（※3）の全面施行（定期巡回・随時対応サービス等の創設、介護職員等によるたんの吸引等の実施、保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の取崩し等）

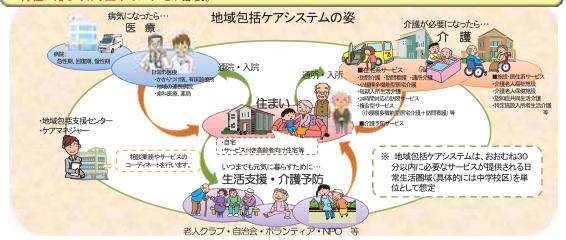
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。

○ 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

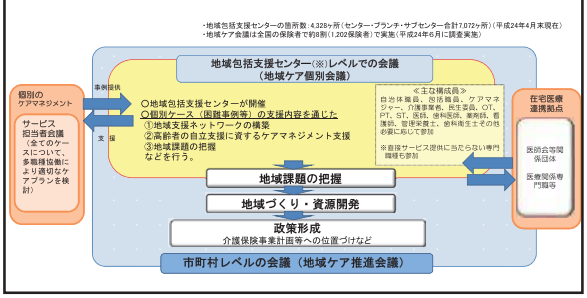


地域ケア会議の推進

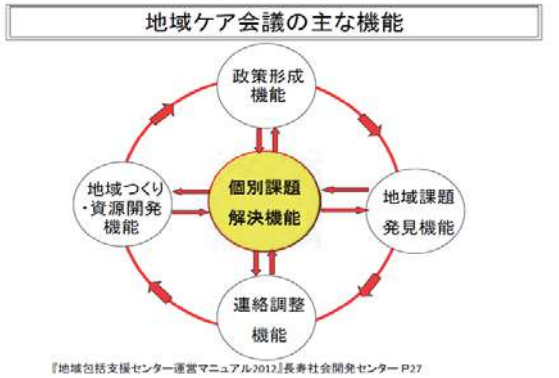
○ 「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。

○ 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。

○ このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

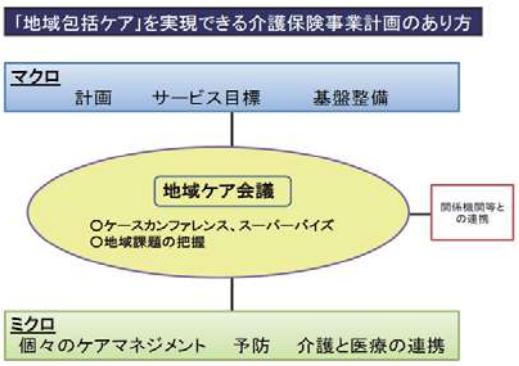


地域ケア会議の主な機能



『地域包括支援センター運営マニュアル2012』長寿社会開発センター P27

「地域包括ケア」を実現できる介護保険事業計画のあり方



社会保障と税の一体改革の経緯①

平成20年 社会保障国民会議 ～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

→「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)

→ 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の２分の１への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、（中略）遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成２３年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年 安心社会実現会議 ～ 安心と活力の両立

政府・与党における検討

平成22年10月 政府・与党社会保障改革検討本部

平成22年12月「社会保障改革の推進について」(閣議決定)
「社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、２３年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」

平成23年2月～7月：社会保障改革に関する集中検討会議

- 社会保障・税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定、7月1日閣議報告）
- 社会保障・税一体改革素案（平成24年1月6日政府・与党社会保障改革本部決定・閣議報告）

社会保障と税の一体改革の経緯②

平成24年2月17日：社会保障・税一体改革大綱閣議決定

- 大綱に基づく法案作成 ⇒ 与党審査

5月～：社会保障・税一体改革関連法案の国会審議

社会保障制度改革推進法（自民党・民主党・公明党の3党合意に基づく議員立法）
- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記
- 社会保障制度改革国民会議の設置を規定

税制抜本改革法（消費税率の引上げ）／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法 が成立

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

社会保障制度改革国民会議（委員は15名の有識者により構成（会長：清家篤 慶應義塾長））
- 改革推進法により設置され、20回にわたり議論
- 報告のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

10月15日：社会保障制度改革プログラム法案の提出

社会保障改革プログラム法案（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案）の提出
- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 改革推進体制の整備等について規定

12月5日：社会保障制度改革プログラム法の成立、同13日：公布・施行

今年（平成26年）の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」（平成25年10月15日閣議決定・国会提出）抜粋

（介護保険制度）

第五条　政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

２　政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一　地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項
　イ　在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化
　ロ　多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備
　ハ　認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策
二　前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し
三　一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し
四　介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し
五　介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し
六　介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

３　政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

４　政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

平成26年度における「社会保障の充実」（概要）

（単位：億円）

事項		事業内容	計（注1）	国分	地方分
子ども・子育て支援の充実		待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実（「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施）	2,915	1,348（注3）	1,568
		社会的養護の充実	80	40	40
		育児休業中の経済的支援の強化	64	56	8
医療・介護の充実	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 （1）消費税財源の活用による診療報酬の改定 （2）新たな財政支援制度の創設（※）	353 544	249 362	105 181
		地域包括ケアシステムの構築 （認知症に係る地域支援事業の充実等）	43	22	22
	医療保険制度の改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
		高額療養費制度の見直し	42	37	5
	難病・小児慢性特定疾患への対応	難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立 等	298	126	172
年金制度の改善		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10	0
合計			4,962	2,249	2,713

※ 医療提供体制改革のための新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は合計904億円。
（注1）金額は公費（国及び地方の合計額）である。
（注2）計数は、それぞれ四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。
（注3）「保育緊急確保事業」の国分（143億円）は内閣府、保育所運営費の国分（304億円）は厚生労働省に計上。

医療・介護の充実

（金額は公費）

医療・介護サービスの提供体制改革

（病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等） 《897億円》

（1）消費税財源の活用による平成26年度診療報酬改定 《353億円》

○ 医療機関の機能分化・連携、在宅医療の充実等に取り組む中で、急性期病床から急性期後の受け皿病床への移行が円滑に進むよう、消費税増収の社会保障充実分の一定程度を診療報酬本体の引上げに充当する。

○ 平成26年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

※（ ）内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

・診療報酬本体　改定率　＋0．73％（＋0．63％）

各科改定率	医科	＋0．82％（＋0．71％）
	歯科	＋0．99％（＋0．87％）
	調剤	＋0．22％（＋0．18％）

・薬価改定等　改定率　▲0．63％（＋0．73％）

薬価改定	▲0．58％（＋0．64％）
材料価格改定	▲0．05％（＋0．09％）

（参考）「消費税率引上げに伴う社会保障４経費の増」
（「医療」に係る消費税率引上げに伴うコスト増への対応） 《1，899億円》
○ 消費税率引上げに伴う医療機関等のコスト増への対応として、消費税増収分の財源を活用し、必要な診療報酬上の手当を行う（診療報酬改定率 ＋1．36％）。

（2）新たな財政支援制度の創設 《544億円》※

○ 医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床の機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を創設する。
　なお、国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求めるなどの対応を行う予定。

※ 新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は、公費で904億円（消費税増収活用分544億円、その他上乗せ措置360億円の合計額）。

〔対象事業（案）〕※関係法律の改正法案が成立した後、決定

① 医療従事者等の確保・養成

ア）医師確保対策として、都道府県における医師確保のための相談・支援機能（地域枠に係る修学資金の貸与事業を含む）の強化や、地域医療に必要な人材の確保等の事業、産科等の不足している診療科の医師確保事業、女性医師の復職支援等への財政支援を行う。

イ）看護職員等確保対策として、新人看護職員等への研修や、看護師等の離職防止・定着促進等に係る事業、看護師等養成所の運営等への財政支援を行う。

ウ）医療従事者の勤務環境改善対策として、都道府県における医療従事者の勤務環境改善の支援体制の整備や、民間保有所の運営等への財政支援を行う。

② 在宅医療（歯科を含む）の推進

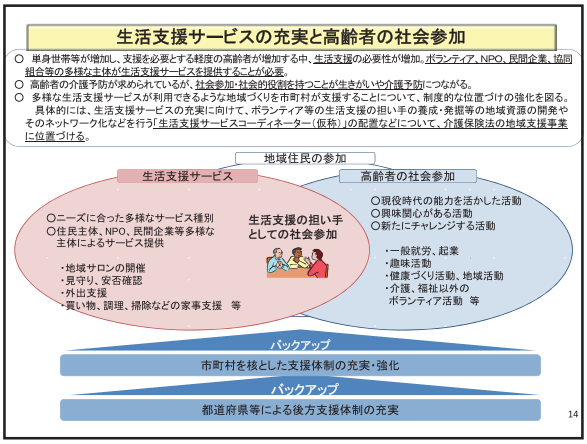
在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等への財政支援を行う。

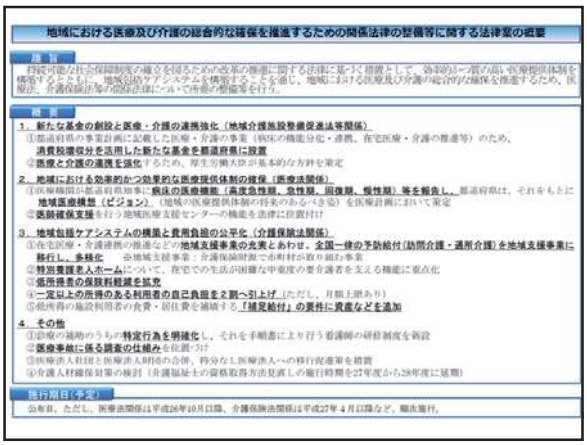
③ 医療提供体制の改革に向けた基盤整備

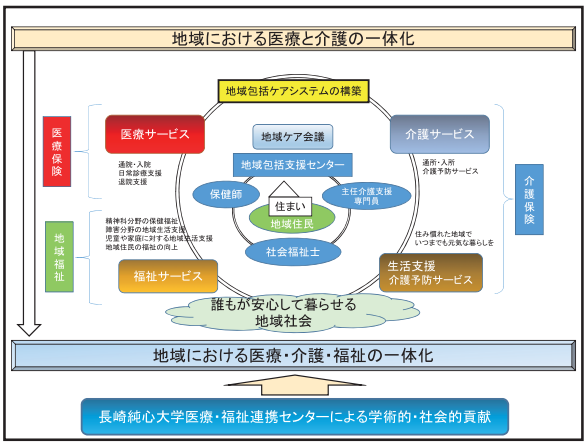
ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備、医療従事者の確保に資する医療機関等の施設及び設備等の整備への財政支援を行う。

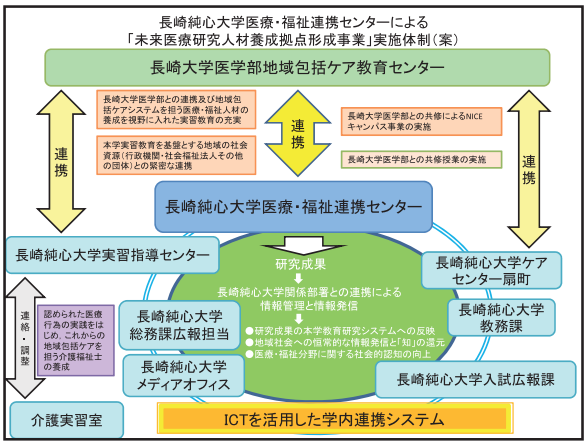
＊病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備については、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療ビジョンが策定された後、さらなる拡充を検討する。


（地域包括ケアシステムの構築）　《４３億円》
（１）認知症に係る地域支援事業の充実　《３３億円》
○ 認知症の人やその家族に対して早期に支援を行うため、「認知症初期集中支援チーム」の新設（100か所）や「認知症地域支援推進員」の配置（275か所→470か所）、認知症の人の家族への支援や多職種の協働研修などの事業について、平成26年度から介護保険制度の地域支援事業に位置づけ、充実を図る。
（２）生活支援サービスの基盤整備　《１０億円》
○ 生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘など地域資源の開発やそのネットワーク化等を行う「生活支援サービスコーディネーター」を新たに配置することとし、平成26年度から介護保険制度の地域支援事業に位置づけて取組を進める（平成26年度は、1,500保険者のうち1/5程度の市町村の実施を想定）。
（参考）「消費税率引上げに伴う社会保障４経費の増」
（「介護」に係る消費税率引上げに伴うコスト増への対応）　《３４２億円》
○ 消費税率引上げに伴う介護事業者等のコスト増への対応として、消費税増収分の財源を活用し、必要な介護報酬上の手当を行う（介護報酬改定率　＋0．63％）。
医療保険制度の改革
（国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充）　《６１２億円》
○ 国民健康保険及び後期高齢者医療の保険料（税）について、平成26年度から、保険料（税）の５割軽減及び２割軽減の対象者を拡大する（国民健康保険：約400万人、後期高齢者医療：約110万人）。
（高額療養費制度の見直し）　《４２億円》
○ 高額療養費制度について、低所得者に配慮しつつ、負担能力に応じた負担を求める観点から、平成27年１月から自己負担限度額を見直す（70歳未満の所得区分を現行の３区分から５区分に細分化。標準報酬月額が26万円以下で住民税が課税される者は負担減）。


生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加
○ 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
○ 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
○ 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター（仮称）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。
地域住民の参加
生活支援サービス
○ニーズに合った多様なサービス種別
○住民主体、NPO、民間企業等多様な主体によるサービス提供
・地域サロンの開催
・見守り、安否確認
・外出支援
・買い物、調理、掃除などの家事支援　等
生活支援の担い手としての社会参加
高齢者の社会参加
○現役時代の能力を活かした活動
○興味関心がある活動
○新たにチャレンジする活動
・一般就労、起業
・趣味活動
・健康づくり活動、地域活動
・介護、福祉以外のボランティア活動　等
バックアップ
市町村を核とした支援体制の充実・強化
バックアップ
都道府県等による後方支援体制の充実
14


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案の概要
趣旨
概要
1．新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）
消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
医療と介護の連携を強化
2．地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
地域医療構想（ビジョン）
3．地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）
新たな地域支援事業
特別養護老人ホーム
低所得者の保険料軽減を拡充
4．その他
施行期日（予定）


地域における医療と介護の一体化
地域包括ケアシステムの構築
医療保険
医療サービス
地域ケア会議
介護サービス
地域包括支援センター
保健師
主任介護支援専門員
住まい
地域住民
社会福祉士
介護保険
地域福祉
福祉サービス
生活支援介護予防サービス
誰もが安心して暮らせる地域社会
地域における医療・介護・福祉の一体化
長崎純心大学医療・福祉連携センターによる学術的・社会的貢献


長崎純心大学医療・福祉連携センターによる
「未来医療研究人材養成拠点形成事業」実施体制（案）
長崎大学医学部地域包括ケア教育センター
連携
連携
連携
長崎純心大学医療・福祉連携センター
長崎純心大学実習指導センター
研究成果
長崎純心大学ケアセンター扇町
長崎純心大学関係部署との連携による情報管理と情報発信
長崎純心大学総務課広報担当
長崎純心大学教務課
長崎純心大学メディアオフィス
長崎純心大学入試広報課
介護実習室
ICTを活用した学内連携システム

SSW活動から見える家族・地域

純心大学研究会　2014.7.10

スクールソーシャルワーカー
木　村　和　子
（社会福祉士・精神保健福祉士）

※　事例については、個人情報保護の立場から割愛しております。
なお、参考までにSSWによる「アセスメント」と「プランニング」を１つだけ例示しております。

文部科学省SSW活用事業①

社会福祉士や精神保健福祉士等の資格を有する者のほか、
教育と福祉の両面に関して、専門的な知識・技術を有するとともに、
過去に教育や福祉の分野において活動経験の実績がある者のうち
次の職務内容を適切に遂行できるものを
「スクールソーシャルワーカー」として選考することができる。
（2008年文科省）

①問題を抱える児童生徒が置かれた環境への働きかけ
②関係機関とのネットワークの構築、連携・調整
③学校内におけるチーム体制の構築、支援
④保護者・教職員等に対する支援・相談・情報提供
⑤教職員等への研修活動等

文部科学省SSW活用事業②

生徒指導（いじめ・不登校・非行等）や保護者対応（学校とのコミュニケーション不全・虐待等）等の課題の背景にある子どもの環境に着目した支援。

情報共有（校内組織・担任サポート）
環境調整（関係機関や地域のサポート体制・橋渡し・ネットワーク）
個別ケア（児童生徒・保護者・教員の相談、助言）

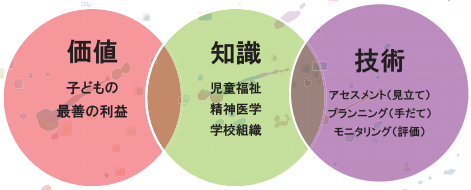
⇒開かれた学校システムへ

全国・県内の現状

全国のSSW数は784名。
社会福祉士・教員免許所持者が各4割。
支援対象児童生徒数は約3万7千人。（以上はH24データ）

2008年県内5自治体の小中学校においてスタート。
2014年現在、県内12自治体で18名が活動中。
社会福祉士・精神保健福祉士・認定心理士・教員OBなど。
各教育委員会に所属、学校配置や派遣型での対応。
非常勤、週12～18時間。
高校での配置は純心女子・鳴滝・佐世保中央。
長崎純心大学現代福祉学科にはSSW養成課程あり。

ソーシャルワークの専門性を学校現場に生かす



ソーシャルワーカーは対人援助の専門職

対人援助とは・・・
・特定の個人に寄り添う業務
・クライエントとの信頼関係が基礎
・クライエント固有の歴史や価値観を尊重する
・クライエントのストレングス（強み）に着目する
・関係調整・サービス等の利用によりニーズの解決・改善をはかる
・チーム対応・連携を大切にする

教育専門職である教師との違い・共通点
学校文化と福祉文化

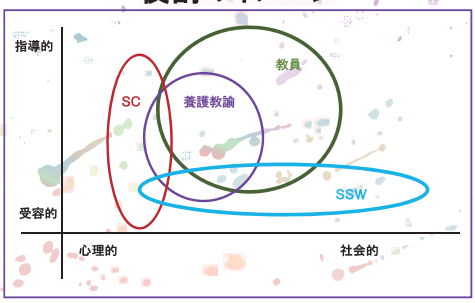
SW的な支援のポイント

困った生徒(親)？困っている生徒(親)？
その行動の背景は

多面的な理解を
心と体・社会的側面(BPSモデル)
個人も組織も有機的な関係で機能している
(システム理論)

複数の目で見る、対応する
いろいろな「解決」がある

役割のイメージ



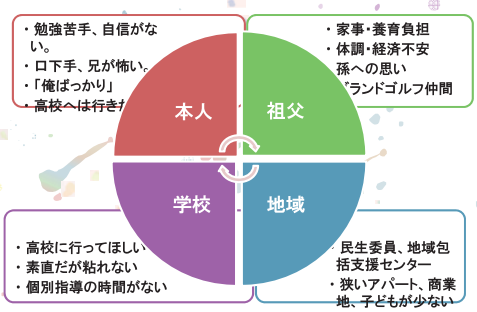
関係機関・支援者の例

教育	教育委員会・学校 教育センター・適応指導教室	教員・SC・特別支援教育 コーディネーター・SSW
福祉	福祉事務所・児童相談所 発達障害者支援センター 社会福祉施設	社会福祉士・保健師 児童福祉司・児童心理司 保育士・民生児童委員
保健・医療	保健所・病院・クリニック 精神保健福祉センター	医師・看護師・保健師 精神保健福祉士・MSW 臨床心理士
司法・警察	少年サポートセンター・家裁 少年鑑別所・法テラス	少年補導員・家裁調査官 保護司・弁護士
雇用	ハローワーク・ジョブカフェ 若者サポートステーション	キャリアコンサルタント
総合相談	子ども若者総合相談センター	ひきこもり支援士

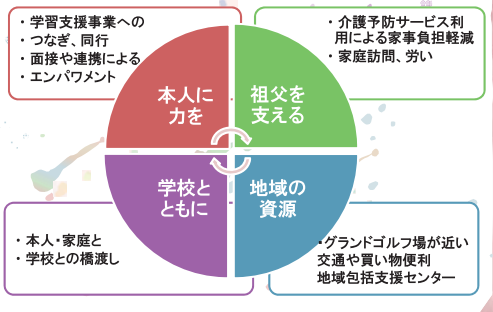
事例

- 研修用事例です
- 多少の修正を加えています

アセスメント



プランニング



見えてくるもの

多様化する家族
　離別・再婚・失踪・病死・自死
　母子・父子・連れ子・祖父母による養育・社会的養護

様々な「貧困」
　関係性の貧困・体験不足や実感のなさ・想像力の欠如
　就労・住宅・疾病・障害・家族不和
　生活保護以前の困窮者、制度の谷間の人々、外国人

大人の課題をそのまま背負って学校に来るこども達
　全てを持ちこまれる一方、SOSを発しにくい学校システム
　本来業務とは別の事に忙殺される日本の教師

「できて当たり前」「自己肯定感の低さ」
　誰からもほめてもらえない（子ども・大人）
　スーパーマンを求められる教師・母親

SSWの可能性

学校でソーシャルワークを展開することの意義

・潜在的なニーズに対応、教員の負担軽減
　⇒中退・不登校の予防や学力向上に
・教育活動と連動した予防・開発的なケア
　⇒友人関係のトラブル・いじめ予防に
　⇒「自ら関わって行ける人」の育成
・限られた対象者ではなく
　⇒全ての生徒・教員・保護者・学校システムを対象
　⇒家族・地域を視野に入れた支援

＜開かれた学校づくり・一人ひとりを大切にする教育＞

（3） テキストマイニングに関する研究会

① **テーマ**「医療・福祉分野におけるテキストマイニングの可能性を探る」
② **主　催**　長崎純心大学医療・福祉連携センター
③ **日　時**　平成26年12月12日（金）10：00～12：00
④ **場　所**　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
⑤ **プログラム**

長崎純心大学長挨拶（10：00～10：10）



写真２-５　片岡瑠美子長崎純心大学長

問題提起（10：10～10：30）

「医療分野におけるテキストマイニングの可能性－地域医療教育の充実に向けて－」
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　地域医療学分野　離島・へき地医療学講座（離島医療研究所）
教授　前田 隆浩氏

講義（10：30～11：45）

「医療・福祉分野におけるテキストマイニングの可能性」
長崎純心大学医療・福祉連携センター長　潮谷 有二氏



写真２-６　前田　隆浩氏（左）、潮谷センター長（右）

意見交換とまとめ（11：45～12：15）

⑥ **参加者**　22人



写真２-７　テキストマイニング研究会

テキストマイニングに関する研究会



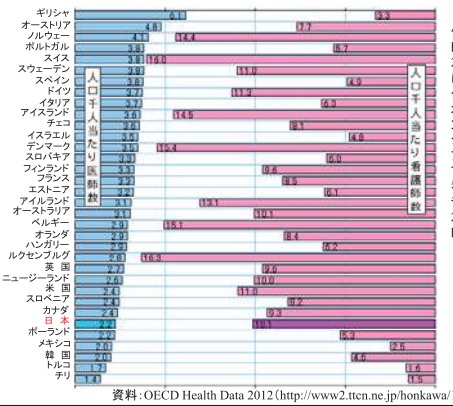
医療分野におけるテキストマイニングの可能性

～地域医療教育の充実に向けて～

平成26年12月12日
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学分野
離島・へき地医療学講座（離島医療研究所）
前田 隆浩

※ 写真が含まれているスライドは個人情報保護の立場から割愛しております。

医師数・看護師数の国際比較（OECD諸国、2010年）

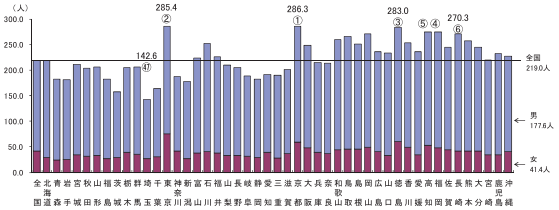


（注）臨床など医療関係に就業している医師、看護師が対象。2010年以外の年次は、スウェーデン、イタリア、デンマーク、オーストラリア、オランダの医師、ギリシャ、スウェーデン、フィンランド、エストニア、オーストラリアの看護師は2009年、オランダの看護師は2008年、チリの看護師は2011年のデータ。

資料：OECD Health Data 2012（http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/1930.html）

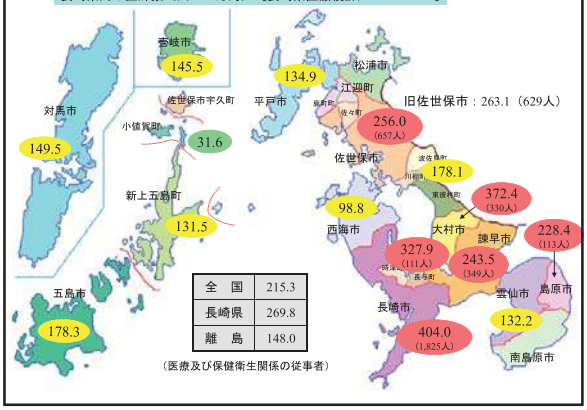
都道府県（従業地）別にみた医療施設（病院・診療所）に従事する人口10万対医師数

平成22(2010)年12月31日現在



全国平均 219人／人口10万
トップは京都の286.3人／人口10万、ワーストは埼玉の142.6人／人口10万

長崎県内の医師数（人口10万対）［長崎県医療統計，H18. 12. 31 ］



病院等における必要医師数実態調査

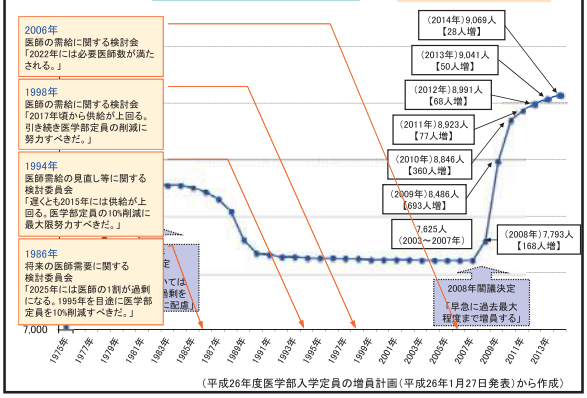
1. 調査の目的
   本調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別必要医師数の実態、求人理由や求人方法の傾向、求人しているにもかかわらず充足しない理由、短時間正規雇用の導入状況を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。
   尚、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。
2. 調査の期日
   平成22年6月1日現在
3. 調査の対象
   全国の病院及び分娩取扱い診療所（10,262施設）
4. 回収状況
   10,262施設中8,698施設（84.8%）が回答した。【病院8,683施設中7,687施設（88.5%）、分娩取扱い診療所1,579施設中1,011施設（64.0%）】
5. 用語の定義
   【現員医師数】調査時点において、医療機関に従事している正規雇用医師数、短時間正規雇用医師数、非常勤医師の常勤換算数を合計した医師数。初期臨床研修医は除く。
   【必要医師数】地域医療において、現在、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数。初期臨床研修医は調査の対象外。（調査の概要）

都道府県別必要医師数

都道府県	現員医師数（A）	必要医師数（B）	倍 率（A＋B）/A	都道府県	現員医師数（A）	必要医師数（B）	倍 率（A＋B）/A
北海道	7,567	1,007	1.13	滋賀県	1,892	407	1.22
青森県	1,520	484	1.32	京都府	4,260	490	1.12
岩手県	1,600	640	1.40	大阪府	13,008	1,219	1.09
宮城県	2,408	360	1.15	兵庫県	7,393	986	1.13
秋田県	1,482	302	1.20	奈良県	2,115	347	1.16
山形県	1,513	360	1.24	和歌山県	1,812	278	1.15
福島県	2,397	555	1.23	鳥取県	1,037	199	1.19
茨城県	3,292	492	1.15	島根県	1,133	320	1.28
栃木県	2,836	486	1.17	岡山県	3,358	419	1.12
群馬県	2,490	469	1.19	広島県	3,971	607	1.15
埼玉県	6,757	705	1.10	山口県	2,132	307	1.14
千葉県	6,812	803	1.12	徳島県	1,268	280	1.22
東京都	20,161	1,656	1.08	香川県	1,637	313	1.19
神奈川県	7,527	716	1.10	愛媛県	2,128	370	1.17
新潟県	2,698	591	1.22	高知県	1,501	361	1.24
山梨県	1,047	302	1.29	福岡県	7,976	843	1.11
長野県	2,718	485	1.18	佐賀県	1,378	167	1.12
富山県	1,736	291	1.17	長崎県	1,944	229	1.12
石川県	2,119	235	1.11	熊本県	2,839	356	1.13
岐阜県	2,314	559	1.24	大分県	1,812	473	1.26
静岡県	4,149	861	1.21	宮崎県	1,566	283	1.18
愛知県	8,267	928	1.11	鹿児島県	2,483	526	1.21
三重県	1,982	400	1.20	沖縄県	1,776	323	1.18
福井県	1,233	224	1.18	合 計	167,044	24,014	1.14

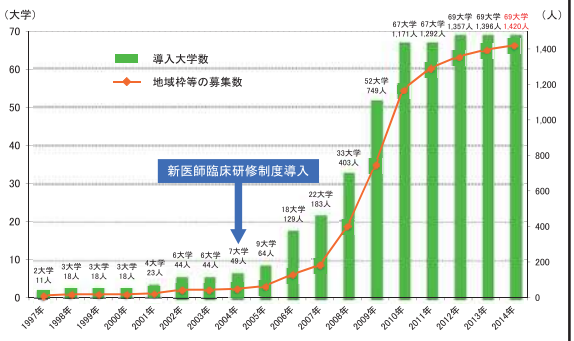
医学部入学定員の年次推移

1,444人増/7年間



(平成26年度医学部入学定員の増員計画(平成26年1月27日発表)から作成)

地域を指定した入学者選抜(地域枠)等の導入状況



(平成26年度医学部入学定員の増員計画(平成26年1月27日発表)から作成)

大学別入学定員と地域枠(H26年度)

地域枠のない大学　地域枠割合20%以上の大学　地域枠割合30%以上の大学

大学	H26定員	地域枠等募集人員	地域枠の割合(%)
北海道大学	112	0	0.0
旭川医科大学	122	72	59.0
弘前大学	132	67	50.8
東北大学	135	33	24.4
秋田大学	127	32	25.2
山形大学	125	25	20.0
筑波大学	126	22	17.5
群馬大学	123	23	18.7
千葉大学	122	20	16.4
東京大学	110	0	0.0
東京医科歯科大学	106	4	3.8
新潟大学	127	17	13.4
富山大学	110	25	22.7
金沢大学	117	12	10.3
福井大学	115	15	13.0
山梨大学	125	40	32.0
信州大学	120	20	16.7
岐阜大学	107	27	25.2
浜松医科大学	120	23	19.2
名古屋大学	112	5	4.5
三重大学	125	35	28.0
滋賀医科大学	117	18	15.4
京都大学	107	0	0.0
大阪大学	110	0	0.0
神戸大学	117	10	8.5
鳥取大学	110	30	27.3
島根大学	112	30	26.8

大学	H26定員	地域枠等募集人員	地域枠の割合(%)
岡山大学	120	15	12.5
広島大学	120	20	16.7
山口大学	117	33	28.2
徳島大学	114	17	14.9
香川大学	114	24	21.1
愛媛大学	112	17	15.2
高知大学	115	25	21.7
九州大学	111	0	0.0
佐賀大学	106	19	17.9
長崎大学	121	26	21.5
熊本大学	115	10	8.7
大分大学	110	13	11.8
宮崎大学	110	20	18.2
鹿児島大学	117	20	17.1
琉球大学	112	12	10.7

大学	H26定員	地域枠等募集人員	地域枠の割合(%)
札幌医科大学	110	35	31.8
福島県立医科大学	130	60	46.2
横浜市立大学	90	30	33.3
名古屋市立大学	95	5	5.3
京都府立医科大学	107	7	6.5
大阪市立大学	92	12	13.0
奈良県立医科大学	115	38	33.0
和歌山県立医科大学	100	36	36.0

大学	H26定員	地域枠等募集人員	地域枠の割合(%)
岩手医科大学	130	28	21.5
自治医科大学	123	10	8.1
横浜医科大学	120	20	16.7
埼玉医科大学	125	24	19.2
杏林大学	117	12	10.3
慶應義塾大学	112	0	0.0
順天堂大学	124	13	10.5
昭和大学	110	12	10.9
帝京大学	117	6	5.1
東京医科大学	120	10	8.3
東京慈恵会医科大学	110	10	9.1
東京女子医科大学	110	0	0.0
東邦大学	110	0	0.0
日本大学	120	10	8.3
日本医科大学	114	4	3.5
北里大学	119	9	7.6
聖マリアンナ医科大学	115	5	4.3
東海大学	115	15	13.0
金沢医科大学	110	10	9.1
愛知医科大学	110	5	4.5
藤田保健衛生大学	110	0	0.0
大阪医科大学	110	35	31.8
関西医科大学	112	10	8.9
近畿大学	110	15	13.6
兵庫医科大学	112	13	11.6
川崎医科大学	110	20	18.2
久留米大学	115	15	13.0
産業医科大学	105	0	0.0
福岡大学	110	10	9.1
合計	9,069	1,420	15.7

入学定員：9,069人(防衛医大85人を除く)
地域枠：1,420人(69大学)

(文部科学省資料「平成26年医学部入学定員の増員計画について(平成26年1月27日)から作成)

大学種別入学定員と地域枠(H26年度計画)

	入学定員(人)	地域枠人数(人)	地域枠の割合(%)
国立大学	4,905	876	17.9
公立大学	839	223	26.6
私立大学	3,325	321	9.7
全体	9,069	1,420	15.7

入学定員：9,069人(防衛医大85人を除く)
地域枠：1,420人(69大学)

(文部科学省資料と平成26年医学部入学定員の増員計画について(平成26年1月27日)から作成)

医学教育モデル・コア・カリキュラムの概要



平成22年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム

B 医学・医療と社会

(2) 地域医療

【一般目標】

地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身につける。

【到達目標】

1) 地域社会(へき地・離島を含む)における医療の現状、機能および体制等を含めた地域医療について概説できる。
2) 医師の偏在(地域および診療科)の現状について説明できる。
3) 地域における、保健(母子保健、老人保健、精神保健、学校保健)・医療・福祉・介護の分野間および多職種間(行政を含む)の連携の必要性について説明できる。
4) 地域医療の基礎となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を身に付ける。
5) 地域における、救急医療、在宅医療の体制を説明できる。
6) 災害時における医療体制確立の必要性と、現場におけるトリアージを説明できる。
7) 地域医療に積極的に参加・貢献する。

G 臨床実習

5. 地域医療臨床実習

【一般目標】

地域社会(へき地・離島を含む)で求められる医療・保健・福祉・介護等の活動を通して、各々の実態や連携の必要性を学ぶ。

【到達目標】

1) 地域のプライマリ・ケアを体験する。
2) 病診連携・病病連携を体験する。
3) 地域の救急医療、在宅医療を体験する。
4) 多職種連携のチーム医療を体験する。
5) 地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験する。

学外の地域病院(臨床研修病院を含む)、保健所、社会福祉施設等の協力を得て、入学後早期から「早期体験学習」、「衛生学・公衆衛生学実習」等も含めて、段階的・体系的に各種取組を推進する。なお、必要に応じて、臨床教授制度等を利用することも望まれる。

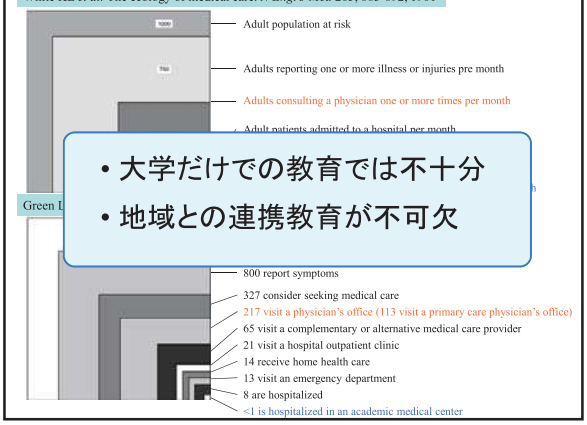
プライマリ・ケアとは

【日本プライマリ・ケア連合学会HP】
米国国立科学アカデミー（National Academy of Science）によると、『Primary Careとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家庭及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである』と説明されています。すなわちPCとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられます。

【IOM（Institute of Medicine）（米国科学アカデミー; National Academy of Science）】
Defining Primary Care: An Interim Report (1994)
Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community.

【米国医学会; AMA（American Medical Association）】
H-200.969 Definition of Primary Care
The AMA believes that primary care consists of the provision of a broad range of personal medical care (preventive, diagnostic, palliative, therapeutic, curative, counseling and rehabilitative) in a manner that is accessible, comprehensive and coordinated by a licensed MD/DO physician over time.

White KL *et al.* The ecology of medical care. *N Engl J Med* 265, 885-892, 1961



- 大学だけでの教育では不十分
- 地域との連携教育が不可欠

離島・へき地医療学講座の概要

平成16年5月1日、長崎大学に自治体初となる寄附講座（離島・へき地医療学講座）を開講し、開講と同時に離島における活動拠点として長崎県五島中央病院内に離島医療研究所を開設した。現在1名の大学教員が常駐して離島での教育と研究、診療支援にあたっている。

長崎県五島中央病院
「離島医療研究所」





教授1、助教1



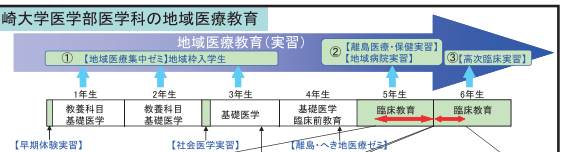
連 携

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
「離島・へき地医療学講座」



【概 要】
目 的：教育と研究の観点から離島・へき地医療の充実に貢献し、さらには地域活性化に資するような学際的研究と地域医療人育成を行うことを目的に活動を行う。
期 間：（1期目）H16年5月1日～H21年3月31日
（2期目）H21年4月1日～H26年3月31日
（3期目）H26年4月1日～H31年3月31日
寄付者：長崎県、下五島地区一市五町（五島市）
スタッフ：教授1（兼務）、助教2、事務補佐員2
主動務地：離島医療研究所（五島中央病院内）
【主な活動内容】
1. 地域医療教育
2. 地域医療研究
1）地域疫学研究
2）地域医療情報に関する研究 etc.
3. 離島・へき地診療支援

長崎大学医学部医学科の地域医療教育



【臨床実習】

第１内科	第１外科	皮膚科
第２内科	第２外科	眼　科
第３内科	整形外科	心臓血管外科
原研内科	形成外科	脳神経外科
熱研内科	産婦人科	臨床検査医学
小児科	泌尿器科	総合病理学
精神神経科	麻酔科	総合診療科
放射線科	耳鼻咽喉科	離島医療・保健
地域病院実習		

長崎市立市民病院
長崎原爆病院
済生会長崎病院
諫早総合病院

離島の保健、医療、福祉施設

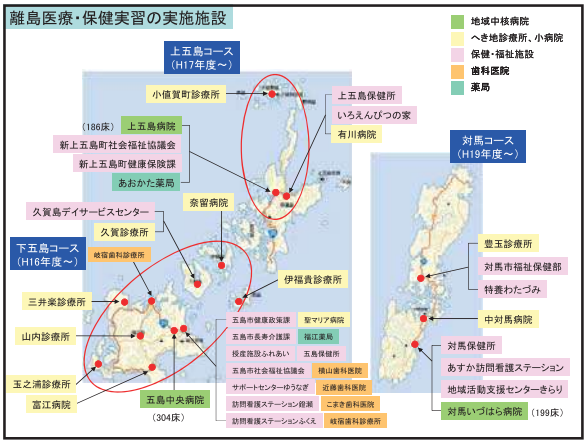
【高次臨床実習】

第１内科	皮膚科・アレルギー科	病理部
第２内科	泌尿器科	海外大学
循環器内科	眼　科	五島中央病院
消化器内科	耳鼻咽喉科	上五島病院
原研内科	放射線科	対馬いづはら病院
熱研内科	産婦人科	中対馬病院
総合診療科	麻酔科	長崎市立市民病院
精神神経科	救急救命センター	長崎原爆病院
小児科	脳神経外科	済生会長崎病院
第1外科	形成外科	国立長崎医療センター
第2外科	心臓血管外科	佐世保市立総合病院
整形外科	法医学	

長崎大学の地域医療教育



離島医療・保健実習の実施施設



地域医療教育でのスケジュール例（平成23年度）

グループ	学生番号	性別	氏名	8月23日（月）	8月24日（火）	8月25日（水）	8月26日（木）	8月27日（金）
医学部（5年）M,m		○		五島中央病院	富江病院	社会福祉協議会デイ・はまゆう	五島市健康政策課／長寿介護課	五島保健所
				社会福祉協議会デイ・はまゆう	五島市健康政策課／長寿介護課	五島中央病院	玉之浦診療所	
				社会福祉協議会富江支所		山内診療所	五島中央病院	
歯学部（5～6年）		○		社会福祉協議会デイ・はまゆう	五島市健康政策課／長寿介護課	岐宿歯科診療所	小牧歯科医院	
		○		社会福祉協議会富江支所		横山歯科医院	近藤歯科医院	
				横山歯科医院	岐宿歯科診療所	社会福祉協議会デイ・はまゆう	五島市健康政策課／長寿介護課	
		○		近藤歯科医院	小牧歯科医院			
薬学部（6年）		○		社会福祉協議会デイ・はまゆう	福江薬局	福江薬局	五島市健康政策課／長寿介護課	
		○		社会福祉協議会富江支所				

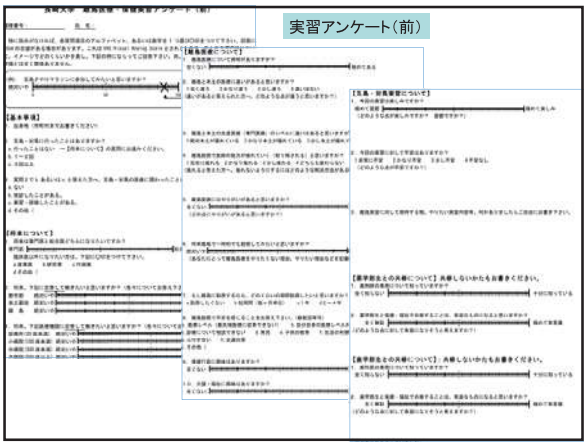
・医学部生5名、歯学部生5名、薬学部生2名、計12名（男子学生5名、女子学生（○印）7名）が下五島コースへ来島した。
・各々の専門領域での実習と色つきの網掛けをした保健・福祉分野での共修（専門職連携教育）を行った。

実習支援サーバー

学生と実習施設との連携と省力化を図る

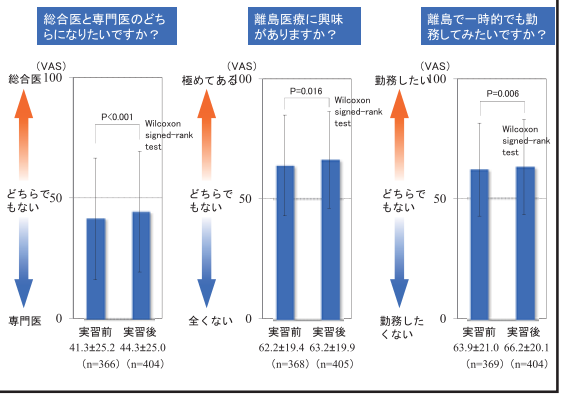


実習アンケート（前）

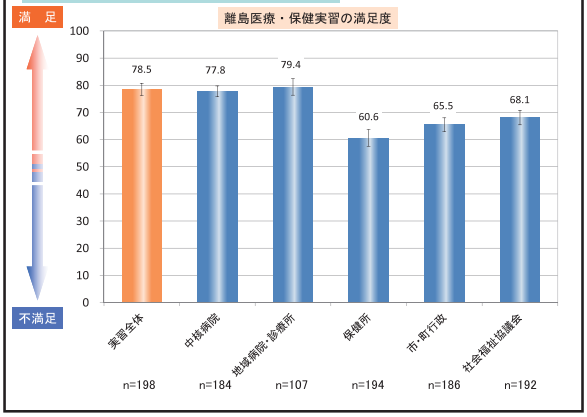


実習前後のアンケート結果

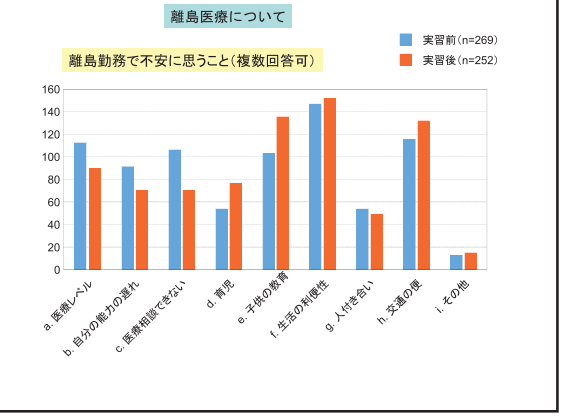
（H20～H23年度5年生）



学生アンケート結果 （平成20～21年度5年生全員）



離島医療について



離島医療・保健実習（地域医療実習）のレポート例（抜粋）

正直、実習が始まる前は健康政策課というと主にデスクワークを行う所と認識していたが、実際は全く違った地域により密着した仕事という事を学ばせていただいた。
午後は、自分たちが準備したプレゼンをもとに慢性腎臓病に関する健康講話を行った。質疑応答では参加者ご本人のテーマとは全く違う病気についてや食生活についての質問、普段の何気ない健康に関する疑問などがあり、先生方はその一人一人に真摯に対応なされていた。予防に関する知識の向上をより個人個人に密着して取り組まれており、病院と患者さんの架け橋のような活動であったと感じた。

最初に五島保健所の活動についての授業があり、一般的な保健所の機能から、五島保健所の概況、統計からみる五島市の現況について教わった。保健所業務に関してほぼ知識のなかった自分にとって非常に有意義な授業であった。次に行った結核発生時のシミュレーションでは、パートナーとアイディアを出し合いつつ、実際の保健所としての対策を検討するものであった。思いつくものほとんどが実際に保健所で行われているものであり、個人的には、保健所は統計業務や性感染症の検査などの印象が元々強かったが、今回の講義でその多岐にわたる業務の多さに驚くとともに重要さを感じた。

今回の実習で医学生としてだけでなく、自分自身として初めて離島の中核病院へ行った。正直、行く前までは、離島病院は小さな診療所のようなものばかりと思っていたが、全く違い、通常の地域中核病院とほぼ同じ規模、同じレベルの医療を提供されており、驚くとともに、非常に勉強になりました。外来では問診で得た情報を初めてカルテに直接打ち込ませていただき、お話を聞きながら情報を整理しつつ、鑑別を考えながら記録していくという一連の行為を同時にすることの難しさを感じた。その後のレビューで一人一人先生に解説していただき、実際に考慮すべきである疾患、症状、重要度を丁寧に教えていただき、それぞれの疾患について学ばせていただくとともに自分の未熟さを実感した。

僻地の病院実習という事で、やはり診療所のようなものを想定していたが、規模としては本島の小・中病院ほどの大きさで、あまりかわらないのかなというのが初めの正直な気持ちであった。患者さんに関して驚いたのは、長期入院・社会的入院の多さであった。中には2000日以上という患者さんもいらっしゃり、社会的入院の患者さんも目立ったので、重症疾患を取り扱う大学病院とは違う地方の小・中病院としての役割を感じた。

往診があったのでそれに同行させて頂いた。バイタルサインや服薬状況を確認して、聴診を行ったが、特に処置は施さなかった。それでも患者さんは医師が来てすごくホットされていた。私はこのような医療に憧れていたが、それは漠然としていたものだった。しかし今回同行させて頂いた事で、離島には往診は必要不可欠で、その土地に応じた医療形態を提供することが重要だと感じた。憧れを否定するつもりはないが、患者の病気だけに注目するような医師ではなく、患者の生活環境にまで十分に配慮できる医師になる必要があると思った。

医療分野におけるテキストマイニングの可能性

～地域医療教育の充実に向けて～

学生レポートのデータマイニング
アンケート結果とレポートのデータマイニングを連結させた解析？

- 何を学んだか
- 何に驚き、何に感動しているのか
- 実習の問題点は何か
- プライマリ・ケア教育に結びついている要素とは何か
- 学生が望む実習内容とは何か
- 臨床実習が開始されてからの時系列解析
  （臨床実習が進むにつれて、学びや驚きの内容、問題点などがどのように変化したか）
- 実習満足度が高い群と低い群における群間比較
  （学びや驚きの内容、問題点などに違いはないのか）
- 性別、出身地域別、入学区分別（一般枠、地域枠、研究枠など）の解析
- 将来の希望進路別の解析
  （総合医、専門医、大病院、診療所などの進路希望と学びや驚きの内容、問題点との関連は？）

etc



2014.12.12.　長崎純心大学医療・福祉連携センター研究会

医療・福祉分野におけるテキストマイニング（計量テキスト分析）の可能性

長崎純心大学医療・福祉連携センター長
潮谷有二

はじめに（潮谷，2012より一部引用）

- 後藤（2010）は，社会調査で用いられるデータを当該データの形式から「A：量的データ」と「B：質的データ」との2種類に大別するとともに，当該データの収集方法と分析方法によって，「①：統計的な有意性検定にかけられる場合」と「②：統計的な有意性検定が適用できず，事例収集にとどまらざるを得ない場合」とに別けている．そして，社会調査で用いられるデータについては，A／Bと①／②からの4つの組み合わせが可能であり，それぞれの組み合わせによるデータの性質とそれらのデータに対する分析方法について例示を用いて簡潔明瞭に解説を行い，B①の組み合わせによるデータに対する分析方法として計量テキスト分析やテキストマイニングと呼称される手法を紹介している．
- そこで，国立情報科学研究所が提供する論文情報ナビゲータ（CiNii）を使用して「計量テキスト分析」及び「テキストマイニング」をキーワードに検索を行った結果，2012（平成24）年1月28日時点で「計量テキスト分析」では18本の論文が，「テキストマイニング」では854本の論文が検出され，様々な研究分野でテキストマイニングを用いた研究が行われていることを確認することができた．
- また，藤井は，テキストマイニングについて次のように述べ，質的研究におけるテキストマイニングの有効性について指摘している．

- 「テキストマイニングのプロセスは，テキストデータの収集，集められたテキストデータの分析，分析結果の解釈という3段階をとる．このプロセスのなかで，集められたデータは形態素解析や構文解析等の『数量化』の手法によって分析の対象とされる．データの分析には，統計解析（対応分析，主成分分析，因子分析，クラスター分析などの多変量解析を含む）の手法が用いられる．そして，分析結果は，布置図やデンドログラムのように『視覚化』されたものとして把握することができる（一部略）．この『数量化』と『視覚化』は，テキストデータから有効な情報や発見を取り出すことに大きく貢献している．（中略）テキストマイニングは質的研究のなかにこの『数量化』と『視覚化』を取り込んだ画期的なものといえる．（藤井，2005）」

- さらに，樋口（2004）は，コンピュータを用いたテキスト型データの計量的分析のアプローチとして，分析者が作成した基準にしたがって言葉や文書を分類する（コーディング）アプローチである「Dictionary-basedアプローチ」と，頻繁に同じ文書の中にあらわれる言葉のグループや共通する言葉を多く含む文書のグループを多変量解析によって自動的に発見・分類するアプローチである「Correlationalアプローチ」とについて言及するとともに，両者の長所及び短所について論じている．そして，テキストマイニングにおいて，これまで単独に行われてきた「Dictionary-basedアプローチ」と「Correlationalアプローチ」との二つのアプローチを相補的に2段階で併用する「統合アプローチ」を提案し，このような「統合アプローチ」を実現するプログラムとしてKH Coderを独自に開発し，2001（平成13）年よりインターネット上で公開している。
- 加えて，樋口（2004）が提案する「統合アプローチ」について若干の整理を行ってみると，①かつて見田（1979）が量的データと質的データの特徴をふまえて，社会科学としての一般的法則や理論体系を確立するためには，両者のデータを用いて，両者が有する短所を補いながら分析を行い，検証することが必要であるとの観点から提案した「多段式の分析」と共通の指向性を有しているのではないかということ，②そのような設計思想に基づくKH Coderをテキストデータの分析に用いることによって，従来指摘されてきた質的データの分析過程において生じる分析者の恣意や主観によるバイアスを極力避けることが可能になるのではないかということ，③分析の手続きを客観的根拠に基づき可視化することによって，テキストデータの分析においても，いわゆる科学における再現可能性という極めて重要な要件をある程度満たすことができるのではないかということを指摘することができる．

- なお，KH Coderの信頼性と妥当性については，2004（平成16）年に樋口がKH Coderの設計思想について論じた「テキスト型データの計量的分析――2つのアプローチの峻別と統合」という論文が数理社会学会の機関誌である『理論と方法』に原著論文として採用されていることをはじめ，KH Coderを使用したさまざまな学術分野の研究成果が樋口のホームページにおいて掲載されており，2012（平成24）年8月13日時点の掲載数が各種の学術団体による査読論文や博士学位論文も含め402本にもなることからも一定の水準が担保されているものと理解しても特段の問題はないといえよう．また，これらの先行研究の中には，志村によるKH Coderを用いた先駆的研究も含まれており，当該研究の中で志村は下記のように論じている．

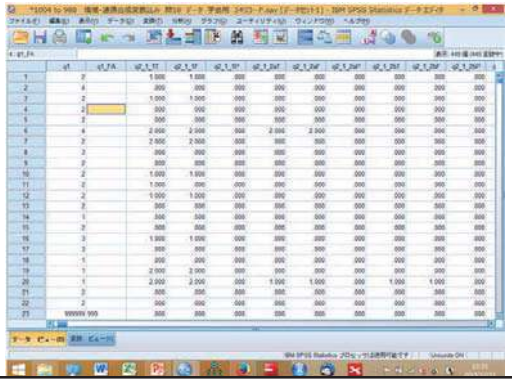
- 「質的なデータを質的に分析する際に発生する可能性のあるいくつかの問題について，計量テキスト分析を行うことで解決の糸口を見つけることも可能であり，開発者である樋口耕一氏のいう『量的分析と質的分析の循環的な関係』をこのソフトウェアを通じて構築していくことはソーシャルワークの調査，研究にとっても有効なものであるといえよう．（志村，2006：58-59）」

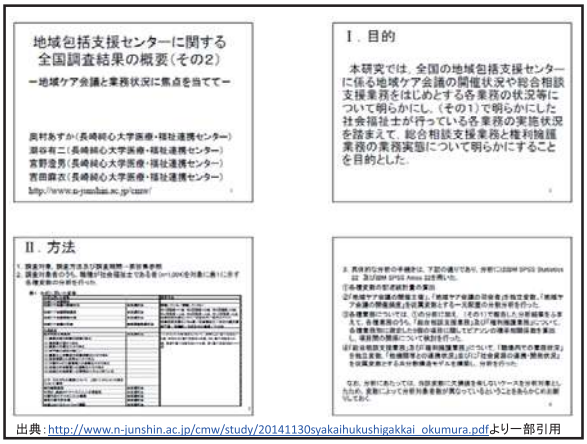
- これらのことをふまえて，本研究では，国の政策プロセスを記録した社会保障審議会福祉部会の議事録をテキストデータとして，それを対象にKH Coderを用いてテキストマイニングによる分析を行うことが妥当であると判断したということを付記しておく．また，これらに加えて，藤井，樋口，志村による示唆的な指摘からも理解できるように，社会福祉の領域では，制度・政策や実践といった分野の如何を問わず，そこで行われている多くの行為が文字による文章として記録されているという実情に鑑みるならば，文章として記録されたものをテキストデータとしてテキストマイニングによって適切に分析するということは，テキストマイニングによる分析を通して何らかの根拠に基づく新たな知識や技術を得るということを可能にするとともに，そのような知識や技術を政策や実践に活用していくということを少なからず可能にするのではないか，また，その際のツールとして樋口が開発したKH Coderは有効なツールとなり得るのではないかということを指摘しておきたい．ただし，このためにはテキストマイニングで用いるデータの収集方法やデータの性質，テキストマイニングという分析方法の方法論上の限界をはじめ，テキストマイニングによって明らかにできること／できないことについて理性的に理解しておく必要があるということはいうまでもない．

- 文献
- 藤井美和（2005）「テキストマイニングと質的研究」藤井美和・小杉考司・李政元　編著『福祉・心理・看護のテキストマイニング入門』中央法規，13-28.
- 後藤　隆（2010）「社会調査の対象と方法」社会福祉士養成講座編集委員会　編『社会調査の基礎（第2版）』中央法規，26-30.
- 樋口耕一（2004）「テキスト型データの計量的分析――2つのアプローチの峻別と統合」『理論と方法』19(1)，101-105.
- KH Coder（http://khc.sourceforge.net/，2012.8.13）.
- KH Coder関連文献（http://khc.sourceforge.net/bib.html，2012.8.13）.
- 見田宗介（1979）『現代社会の社会意識』弘文堂.
- 志村健一（2005）「畠山龍郎が記したもの：『ソーシャルワーク研究「巻頭言」』の計量テキスト分析」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』5，51-59.
- 潮谷有二（2012）「社会福祉士制度の見直しに関する実証研究－社会保障審議会福祉部会における議事録の基礎的分析を通して－」日本社会福祉学会編『対論 社会福祉学(3)社会福祉運営』中央法規出版，281-324.

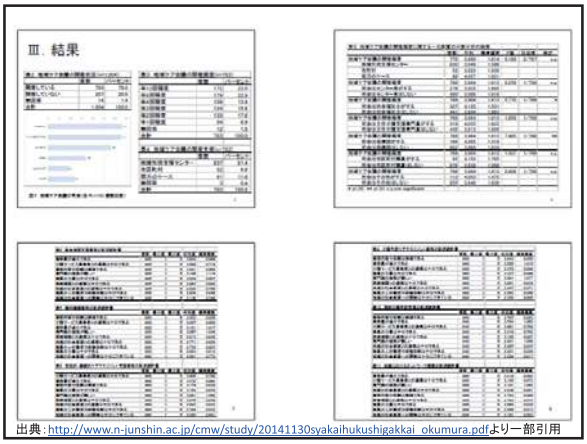
A①の例

一般的な統計解析が適用可能なデータ

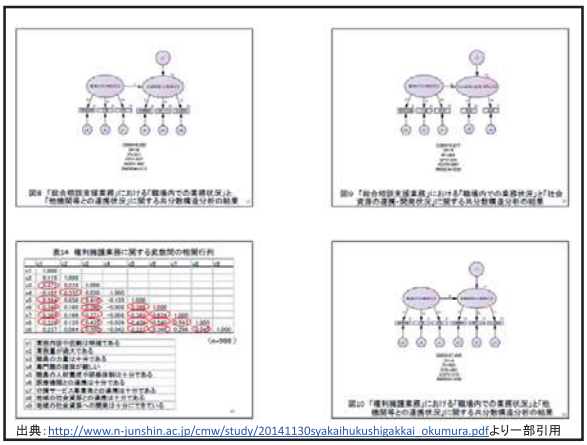




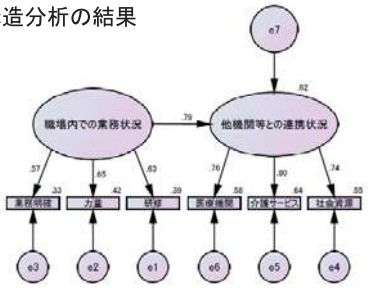
出典：http://www.n-junshin.ac.jp/cmw/study/20141130syakaihukushigakkai_okumura.pdfより一部引用



出典：http://www.n-junshin.ac.jp/cmw/study/20141130syakaihukushigakkai_okumura.pdfより一部引用


出典：http://www.n-junshin.ac.jp/cmw/study/20141130syakaihukushigakkai_okumura.pdfより一部引用

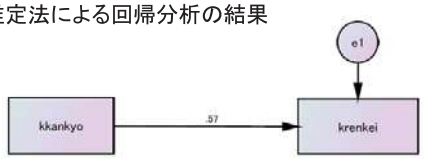
測定の妥当性に関して統計解析で留意すべきことの例：共分散構造分析の結果



CMIN=27.490
DF=8
P=.001
GFI=.991
AGFI=.976
RMSEA=.050

因果係数はβ＝.79と高いが，χ2＝27.490，p＝．001と統計的に有意なため，モデルとして妥当ではない

測定の妥当性に関して統計解析で留意すべきことの例：最尤推定法による回帰分析の結果



CMIN=.000
DF=0
P=¥P
GFI=1.000
AGFI=¥AGFI
RMSEA=¥RMSEA

通常，前スライドに示している測定変数の総計を求め，このような回帰分析結果から得られた因果係数がβ＝.57と高いため，妥当なモデルとして解釈してしまうが，前スライドからも明らかなように，このような分析結果からは誤った解釈を導出してしまうという事に留意する必要がある．

A②の例

統計解析が困難なデータに対するブール代数学を用いた分析結果

case	地域スポーツ指向	企画主体	行政関与あり	大変参加したい	参加したい	どちらともいえない	あまり参加したくない
ア	1	0	0	0	0	1	0
イ	1	0	0	0	0	0	1
ウ	0	1	0	0	1	0	0
エ	1	1	0	0	0	1	0
オ	1	1	0	1	0	0	0
カ	0	0	0	0	1	0	0
キ	0	0	0	0	0	0	1
ク	0	0	1	0	0	0	1
ケ	0	1	1	0	1	0	0
コ	1	1	1	1	0	0	0

case	地域スポーツ指向	企画主体	行政関与あり	大変参加したい
	A	B	C	T
ム	1	1	0	0
オ	1	1	0	1
ム	1	1	0	1

T=ABc　大変参加したいの要件は，地域スポーツ指向，企画主体であり，行政関与ありではない．

case	地域スポーツ指向	企画主体	行政関与あり	参加したい
	A	B	C	T
ウ	0	1	0	0
カ	0	0	0	1
ケ	0	1	1	1

T=aB(c+aB0
T=aB(c+C)
T=aB　参加したいの要件は，地域スポーツ指向でなく（競技スポーツ指向であり），企画主体である

case	地域スポーツ指向	企画主体	行政関与あり	どちらともいえない
	A	B	C	T
イ	1	0	0	1

T=Abc　どちらともいえないの要件は，地域スポーツ指向であり，企画主体でなく，行政関与ありではない．

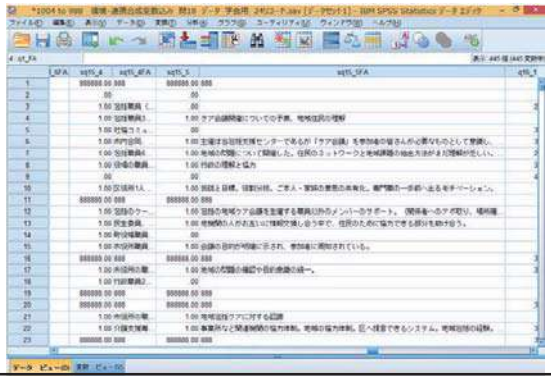
case	地域スポーツ指向	企画主体	行政関与あり	あまり参加したくない
	A	B	C	T
ア	1	0	0	1
キ	0	0	1	1
ク	0	0	1	1

T=ABC+aBC
T=bC(A+a)
T=bC　あまり参加したくないの要件は，企画主体ではなく，行政関与ありである．

後藤（2010）をもとに潮谷作成

B①の例

テキストマイニングによる分析が可能なデータ



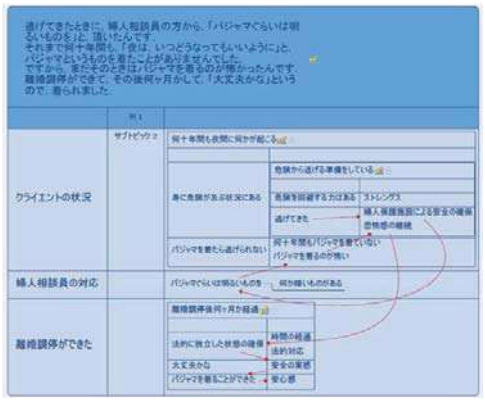
B②の例

文字の量が少ないため，テキストマイニングによる分析には適さないデータ

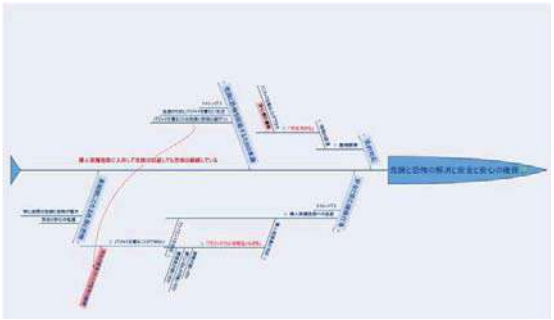
逃げてきたときに、婦人相談員の方から、「パジャマぐらいは明るいものを」と、頂いたんです。それまで何十年間も、「夜は、いつどうなってもいいように」と、パジャマというものを着たことがありませんでした。ですから、まだそのときはパジャマを着るのが怖かったんです。離婚調停ができて、その後何ヶ月かして、「大丈夫かな」というので，着られました。

後藤（2010）より引用
（原データは，内閣府男女共同参画局編『配偶者からの暴力に関する事例調査――夫・パートナーからの暴力被害についての実態調査』pp.30-31，2002．）

Xmindを活用した内容分析（その１）



Xmindを活用した内容分析（その２）



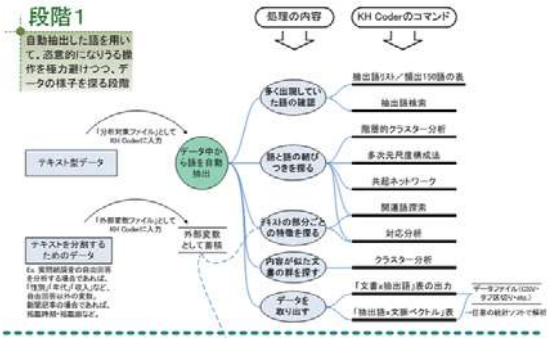
Xmindを活用した内容分析（その３）



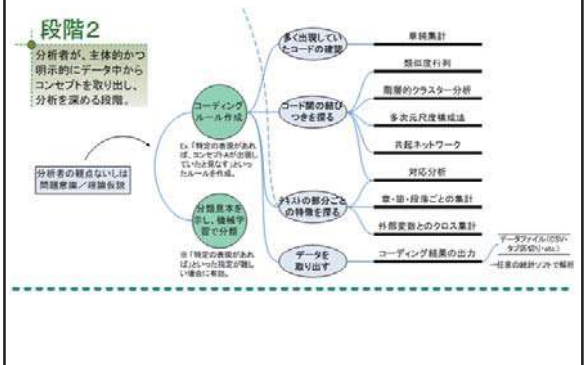
KHCoderを用いたテキストマイニング



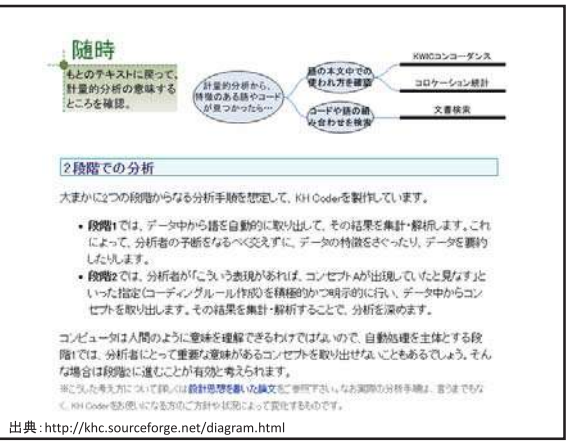
KHCoderを用いたテキストマイニング



出典：http://khc.sourceforge.net/diagram.html



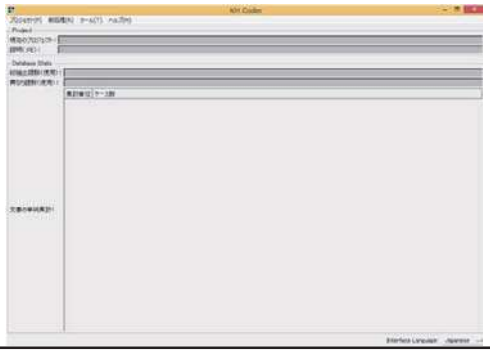
出典：http://khc.sourceforge.net/diagram.html



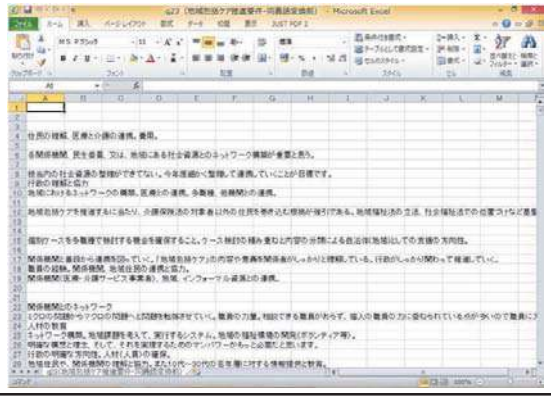
出典：http://khc.sourceforge.net/diagram.html

KHCoderを用いた分析の実演

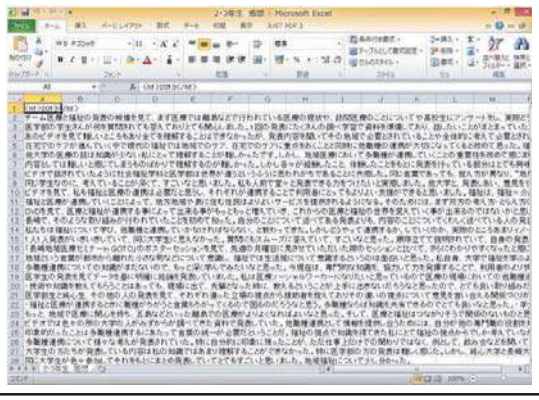
http://khc.sourceforge.net/からKHCoderのダウンロードとインストール



分析に使用するデータ



分析に使用するデータ



3　共修科目（NICE キャンパス長崎）

3 共修科目（NICE キャンパス長崎）

⑴ **目　　的**

長崎大学と長崎純心大学が連携して共修科目である「NICE キャンパス長崎」の科目を15コマ設定することにより，学生時よりキャリアデザインについて他職種学生と共に学ぶことにより，互いをよく理解し，尊重できる専門職，職種を越えて価値観を共有できる人材の育成を目指す.

※「NICE キャンパス長崎」は，平成13年度からスタートした単位互換制度であり，長崎県内全ての大学，短期大学及び高等専門学校が参加している.

「NICE」の名称は，Nagasaki Intercollegiate（大学間）Credit（単位）Exchange（互換）の頭文字である.

単位互換制度は，各大学等が提供している授業科目（コーディネート科目，教養科目，専門科目）の中から，希望する科目を履修し，科目開設大学で単位を修得すれば所属大学の単位として認定される制度である.

⑵ **科 目 名**　「地域から世界へ輝く女性たちとそのサポート」（単位　2単位）

本科目は，今，地域・世界の最前線の現場で活躍する先輩方を中心に，多方面からの講義を聞き，Vision をもつ大切さ・キャリアデザイン・ワークライフバランスについて考える講義である.

⑶ **開講場所**　長崎大学薬学部

⑷ **開講日時**　平成26年 4 月 9 日～平成26年 7 月16日毎週水曜　16：30～18：00

⑸ **受 講 生**

長崎純心大学　人文学部・現代福祉学科 4 年	9 人
人文学部・現代福祉学科 3 年	9 人
人文学部・人間心理学科 3 年	2 人
人文学部・人間心理学科 2 年	6 人
小　計	26人
長崎大学　薬学部・薬科学科 3 年	1 人
医学部・医学科 1 年	13人
歯学部歯学科 1 年	1 人
教育学部・小学校教育コース 1 年	4 人
環境科学部・環境科学科 1 年	2 人
多文化社会学部・多文化社会学科 1 年	1 人
小　計	22人
合　計	48人

⑹　授業計画表及び長崎純心大学受講生数

期日	テーマ及び講師	数
4月9日	「地域」「女性」そして「輝き」について―プロローグ― 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　教授　永田　康浩	22
4月16日	調査研究を通じた地域社会とのつながり 長崎大学原爆後障害医療研究所講師　林田　直美	26
4月23日	ワークライフバランスが築く働く人の未来 長崎大学病院メディカル・ワークライフバランスセンターセンター長　伊東　昌子	24
4月30日	プロとして海外医療援助活動へ参加する意味とは 特定非営利活動法人　国境なき医師団日本　会長　黒﨑　伸子	25
5月7日	人のいのちを繋ぐこと～臓器移植って何だろう～ 長崎県臓器移植コーディネーター　竹田　昭子	24
5月14日	「カエルの星」をめざして～我が家編～ 長崎みなとメディカルセンター市民病院　外科医　南　　恵樹	23
5月21日	発達障碍児の理解と対応～マスコミ報道との闘い～ 長崎短期大学保育学科　教授　川原ゆかり	19
5月28日	“男も女も自分らしく生きる”～男女共同参画社会の実現に向けて～ 長崎県男女共同参画推進センター長　梅津　圭子	22
6月4日	キャリア・プランをデザインしよう～崩壊した終身雇用制度　Ⅰ 一般社団法人若者自立支援長崎ネットワーク代表理事　浜　　民夫	22
6月11日	キャリア・プランをデザインしよう～崩壊した終身雇用制度　Ⅱ 一般社団法人若者自立支援長崎ネットワーク代表理事　浜　　民夫	20
6月18日	看護師におけるキャリアアップ～男性看護師編～ 長崎医療センター　看護師　原　健太朗・本田和也	24
6月25日	女性医師のキャリアアッププランの提案 長崎医療センター　産婦人科　部長　安日　一郎	22
7月2日	魅力あるキャリアデザインを描くために～介護福祉士編～ 社会福祉法人日輪会特別養護老人ホームかたふち村　アドバイザー　中道　聖子	23
7月9日	魅力あるキャリアデザインを描くために～医療ソーシャルワーカー編～ 長崎みなとメディカルセンター市民病院ソーシャルワーカー　宮川　江利	23
7月16日	総合討論－エピローグ－ 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　教授　永田　康浩	23

⑺ NICE キャンパス感想文（一部）

平成 26 年 7 月 2 日

NICE キャンパス長崎　「地域から世界へ輝く女性たちとそのサポート」
第 13 回　魅力あるキャリアデザインを描くために～介護福祉士編～

所属大学	長崎純心大学		
学部・学科	現代福祉学科		
学　年	4	学生番号	2011000**6
フリガナ	マツイ アカネ		
名　前	松井　茜		

① 今日の講義の感想を教えてください。
1. かなり良かった　2. 良かった　3. 普通　4. 良くなかった

② 本日の講義の面白かった点を教えて下さい。
ミクロ、メゾ、マクロの視点が相互に関わりあうことで社会福祉士の方による関係にとって、これまで学んだ、実際よりダンチ上回る知識と技術はもちろんのこと、対人援助職として、援助を行う際にはクライエントが相談と考慮し、クライエントとその方々の思いをくみとる技術も「そのもの」感じて取り組んでいる事だと思いました。そのことは、なかなか難しいと感じましたが、大切だと学んだ事を有効に活用していき、専門職としての役割を果たしていきたいと思いました。クライエントや地域の、それぞれの抱える問題に対応して実践していきたいです。

③ 本日の講義で理解できなかった点を教えて下さい。

④ 今後の講義に期待することがあれば教えてください。

来週 7 月 9 日は　宮川　江利先生の
「魅力あるキャリアデザインを描くために～医療ソーシャルワーカー編～」です。

平成 26 年 7 月 9 日

NICE キャンパス長崎　「地域から世界へ輝く女性たちとそのサポート」
第 14 回　魅力あるキャリアデザインを描くために～医療ソーシャルワーカー編～

所属大学	長崎純心大学		
学部・学科	人文学部　現代福祉学科		
学　年	4	学生番号	2012005**1
フリガナ	イワタ　マリア		
名　前	岩田　真里亜		

① 今日の講義の感想を教えてください。
1. かなり良かった　2. 良かった　3. 普通　4. 良くなかった

② 本日の講義の面白かった点を教えて下さい。
クライエントの希望・必要に応えていくためには、ただクライエントの言い分を傾ければよいというものではなく、それに応えるために必要な知識とそれを活用することのできる技術が必要なのだと思う。また、家族・クライエント・医療チーム・地域をつなぐことのできる力も必要だと感じた。MSW は地域包括支援センターや施設、行政等で働いている社会福祉士とどこが異なり相談を受けつけているが、クライエントのニーズをうけだし、人と環境の双方に働きかけるという点では変わりないものだと思う。疾病、治療、退院という"普通"とは違う状況の中で、じっくりとクライエントの側に寄り添ってくれる MSW の存在は、沢山の人の助けになっていると思う。MSW の相談窓口にもっと多くの人が訪れれば…と思った。

③ 本日の講義で理解できなかった点を教えて下さい。　よいだ…と思った。
特にありません

④ 今後の講義に期待することがあれば教えてください。
特にありません。

来週 7 月 16 日は　永田　謙治先生の　「総合討論－エピローグ」です。






写真３- １　NICE キャンパス長崎

4　平成26年度
第２回 長崎地域医療セミナー in GOTO

4　平成26年度 第２回 長崎地域医療セミナー in GOTO

⑴ **目　　的**

本セミナーは，地域医療を志す学生に対し，医療を通じた地域との早期の関わり合いを提供し，離島やへき地で貢献できる医療人の育成を目指します.

⑵ **対　　象**　長崎大学医学部医学科　１，２，３年生　医学ゼミ受講者

⑶ **期　　日**　平成26年８月22日（金）～24日（日）

⑷ **場　　所**　長崎県五島市富江町　五島市富江支所ホール

⑸ **主　　催**　長崎大学，長崎医療セミナー実行委員会

⑹ **共　　催**

五島市，五島医師会，長崎県五島中央病院，長崎純心大学医療・福祉連携センター

⑺ **概　　要**

① **第１日目**

開会挨拶及びセミナー趣旨説明

長崎大学　地域医療学分野　教授　前田 隆浩氏

五島市長歓迎挨拶

五島市長　野口 市太郎氏

学生実行委員長挨拶

長崎大学　医学部　医学科　３年　上原 裕規氏

講義①「二次離島での医療について」

五島市伊福貴診療所　所長　中野 文耕氏

・厳しい自然環境と過疎が進む二次離島での地域医療の状況

実習①「伊福貴診療所実習」

五島市伊福貴診療所　所長　中野 文耕氏

実習②「黄島出張診療所実習」

五島市黄島出張診療所実習　看護師　北川 郁子氏

・出張診療所には看護師１人が常駐

ウェルカムレセプション

・他大学生との交流



写真４-１　第１日目の様子

② **第２日目**

講義②「地域医療学入門」

長崎大学　離島・へき地医療学講座　助教　小屋松 淳氏

・地域医療の概念

講義③「家庭医療学」

徳州会地域家庭医療プログラム　レジデンシーディレクター

地域家庭医療総合センター長　佐野 潔氏

・総合診療，家庭医療

・家庭医療総合診療の専門性

・家庭的アプローチ　他

ワークショップ①「地域で必要とされる包括ケアとは～医療・保健・福祉の連携～」ディスカッションセッション

実習③「救急現場での対応」

長崎大学病院　救命救急センター　准教授　山下 和範氏

・地域医療と BLS（Basic Life Support）

・胸骨圧迫と AED の操作実習

講義④「特別講演　いのちを受けとめる町づくり～在宅ホスピスのススメ～」

医療法人にのさかクリニック　院長　二ノ坂 保喜氏

・バングラデシュの緩和ケア

・在宅ホスピスは支えるケア

・在宅ホスピスの仲間たち

・にのさかクリニックの紹介（コミュニティケアの一つとして）　他

ワークショップ②「発表準備」

グループ別（A班～F班）

懇親会

・他大学生，教員との交流





写真４-２　第２日目の様子

③ **第３日目**

講義⑤「地域包括ケアとは」

長崎純心大学医療・福祉連携センター　センター長・教授　潮谷 有二氏

・社会政策と社会ニード

・社会保障制度の変遷と福祉政策

・介護保険法等の改正と地域包括ケアシステム　他

ワークショップ③「地域で必要とされる包括ケアとは～医療・保健・福祉の連携～」プレゼンテーションセッション

総括

長崎大学　地域医療学分野　教授　前田 隆浩氏

実習④「地域体験実習」

・３つの五島体験コース



写真４-３　第３日目の様子

⑻ **参 加 者**

① **引率教官等**

潮谷 有二センター長，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教

永友 貴之入試広報課長

② **長崎純心大学参加学生**

現代福祉学科４年　出雲 幸奈，岩田 真里亜，加藤 小百合

現代福祉学科３年　桑原 彩愛，戸口 四郎，芳田 彩夏

人間心理学科２年　鈴田 紘子

⑼ 感想文（自由記述）

地域医療セミナーに参加した長崎純心大学生に対して，以下の 3 点について感想文を求めた.

1　セミナーに参加しての感想，有意義であったプログラム
2　今後希望するプログラム
3　他大学，他学科で学んでいる学生との理解・連携を深めるには，どのようなアクションが考えられるか

本報告では，その一部を掲載する.

1　セミナーに参加しての感想，有意義であったプログラム

私は, 本セミナーに参加し, 医療・福祉の分野で活躍しておられる先生方の講義やグループでのワークショップを通して，医療分野の視点，福祉分野の視点を学び，他職種について理解するための一つの方法を学ぶことができた.

これまで他職種と一緒に働いたり，同じ授業を受講したりする中で，多職種連携の難しさはある程度わかっていたが，その理由についてはあまり考えたことがなかった．しかし，本セミナーで医学部生や他学科の学生と意見を交換する中で，言葉の捉え方にずれがあることに気づき，そこから，他の様々な違和感がどうして起こっていたのかということについても気づくことができた．たとえば福祉を学ぶ私たちが想定する「地域」は，人間が生活する場所，生活圏域を指しているが，医学部の学生のそれは，離島や僻地を指している．また,「多職種連携」の意味や,「多職種」の指すものがなんなのかわからないという意見が医学部生の中から聞かれたことも私にとっては驚きであった.

「地域」というたった一つの言葉の理解の相違によって，話し合いがなかなか進まなかったことからだけ考えても，多職種が連携するためには，他職種野視点を理解しつつ，自らの職種が持つ視点をしっかり持って伝えていくことも重要だと感じた．私は，なかなか自分の考えを述べることができないが，今回のセミナーを通して，理解してもらうことの重要性も学ぶことができたように思う．今後も，ここで学んだことを忘れずにいかしていきたいと思う.

2　今後希望するプログラム

ワークショップや講義を聞いていると福祉を学んできている学生と医療を学んでいる学生には「地域」の概念として大きく違いがあったように感じられました．そのほかのワードに関しても何か違いがあるかもしれません．そういった職種の概念の違いに着目できる講義というものも面白いのではないかと思いました．また，地域包括ケアとして，多くの職種が連携しあって地域を支えているという現状で主に，医療・福祉・保健という大きな枠組みの職種が連携していると思います．今回，長崎純心大学を研修メンバーとして迎え入れていただいたように，保健分野に関しても他大学の生徒との意見交換を行えたらより一層，地域包括ケアについての学びを深めていけるのではないかと思います.

3　他大学，他学科で学んでいる学生との理解・連携を深めるには，どのようなアクションが考えられるか

今回のセミナーでは，多職種連携をキーワードとして，医療と福祉について学んできた．これから，他大学や他学科との交流を深めたり，連携をスムーズに行うようにしていくためには，このようなセミナーを開催していくことが大切であると考える．普段は，自分たちが学んでいる領域の講義しか受けないため，どうしても知識が偏ってしまい，結果として他領域との連携が上手くいかないのだと思う．他分野の知識を得るためには，大学で受ける講義だけでなく，福祉以外の分野について学ぶことがてきるセミナーや，勉強会に参加していくことが必要だと考える．そこで得た知識を踏まえながら，自分の専門領域に活かしていくことができるようにしていきたい．

なお，これらの感想文を立命館大学の樋口 耕一（2004）氏が開発したKH Coderによってテキストマイニングを試みてみた．

7人の参加者の感想文をKH Coderによって形態素分析した結果，表4-1に示すように自由記述の基本となるデータの総抽出語数は5,933語，異なり語数は789語，使用語（分析対象となっている語数）は601語，文は184文，段落は35段落であった．

表4-1　抽出語の基本統計量

総抽出語数（使用）	5,933（2,274）	
異なり語数（使用）	789（　601）	
文書の単純集計	文　ケース数	184
	段落　ケース数	35
	H 2	21
	H 1	1

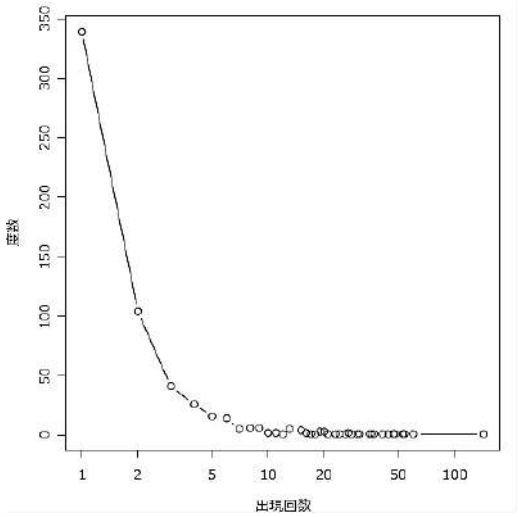


図4-1　抽出語の出現回数別度数

抽出語の出現回数別に何種類の語が用いられていたのかを視覚的に捉えるために，X軸に抽出語の出現回数を対数軸で表し，Y軸に抽出語の度数をプロットした結果，図4-1に示すように出現回数10回前後から抽出語の度数（種類）が少なくなっているということが明らかになった．このことから，自由記述で高頻度に用いられた語は，出現回数が10回以上の特定の語であるということを確認することができた．

次に，表4-2に示すように，品詞の種類に関係なく，頻度の多い順に上位150語の抽出語リストを作成して検討を行った結果，「思う」が60回，「地域」が53回，「セミナー」が48回，「医療」が47回，「学ぶ」が41回の頻度で用いられており，これらの語が感想文において多く使用されていることが明らかになった．

さらに，図４-２に示すように，媒介中心性を用いた共起ネットワークを作成し，線による共起関係について観察を行った結果，「深める」，「大学」，「交換」，「意見」，「地域」，「ワークショップ」，「講義」といった語が媒介中心性となっており，「職種の連携について理解を深める」，「交流を深める」，「意見を交換する」，「地域での医療や福祉を学ぶ」，「考える必要」，「行う必要」といったことを視認することができ，これらのことを３日間の地域医療セミナーを通して学生が感じたことと推察することができた．

表４-２　頻出上位150語の抽出語リスト

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	60	多く	7	ある程度	3
地域	53	方々	7	すべて	3
セミナー	48	ニーズ	6	ケース	3
医療	47	一つ	6	意味	3
学ぶ	41	患者	6	移行	3
学生	37	議論	6	違い	3
連携	36	支援	6	気づく	3
職種	35	実際	6	気持ち	3
福祉	31	充実	6	貴重	3
考える	30	専門	6	講演	3
参加	27	他	6	仕事	3
理解	26	多い	6	姿勢	3
分野	24	問題	6	指す	3
感じる	23	離島	6	支える	3
人	21	たくさん	5	実現	3
ケア	20	サービス	5	実践	3
今後	20	学習	5	取り入れる	3
包括	20	含める	5	述べる	3
意見	19	考え	5	初めて	3
講義	19	今	5	詳しい	3
深める	19	社会	5	心理	3
今回	18	受ける	5	診る	3
プログラム	17	深まる	5	進める	3
大学	16	積極	5	想定	3
機会	15	対象	5	長崎	3
大切	15	内容	5	提供	3
知る	15	聞く	5	発見	3
必要	15	領域	5	発表	3
学科	13	テーマ	4	普段	3
行う	13	違う	4	僻地	3
持つ	13	医学	4	保健	3
先生	13	学び	4	目指す	3
有意義	13	関わる	4	良い	3
交流	12	挙げる	4	キーワード	2
それぞれ	11	研修	4	ギャップ	2
自分	11	考え方	4	サークル	2
ワークショップ	10	高齢	4	サイド	2
視点	10	最も	4	システム	2
アクション	9	在宅	4	ホスピス	2
グループ	9	時間	4	メンバー	2
重要	9	自身	4	ワーク	2
様々	9	従事	4	委員	2
医学部	8	将来	4	飲む	2
感想	8	少し	4	可能	2
関係	8	伝える	4	課題	2
生活	8	島	4	会議	2
全体	8	得る	4	解決	2
知識	8	話	4	改めて	2
活動	7	話し合い	4	開講	2
交換	7	あり方	3	開催	2

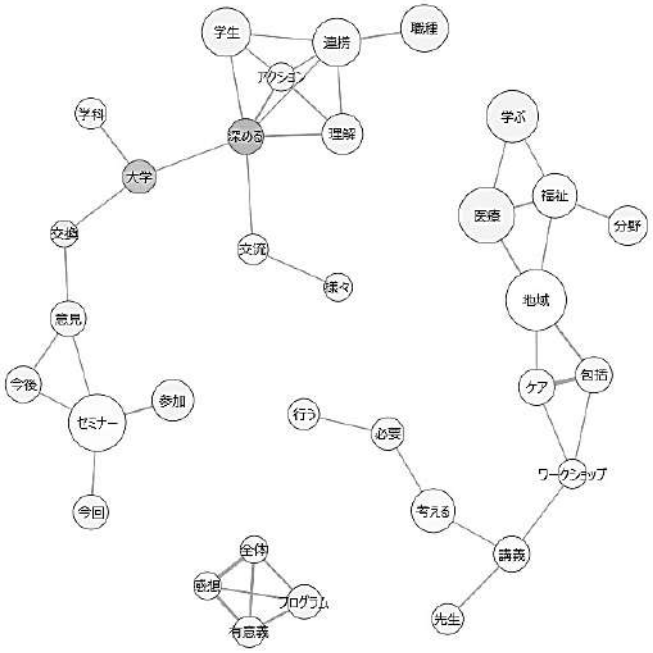


図４-２　抽出語の共起ネットワーク

5　地域包括ケアシステムに関する学会等への参加

5 地域包括ケアシステムに関する学会等への参加

（1） 地域医療フォーラム2014

① **テーマ** 「地域医療の未来への展開～多様な取り組みを共有し発展させる～」
② **日　時** 平成26年９月14日（日）10：00～19：30
③ **場　所** 秋葉原ダイビル（東京都千代田区外神田）
④ **主　催** 自治医科大学
⑤ **後　援** 総務省，厚生労働省，文部科学省，全国知事会，公益社団法人日本医師会，公益社団法人全国自治体病院協議会，公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会，全国地域医療教育協議会
⑥ **概　要**

開会

永井 良三氏（自治医科大学学長）

全体会Ⅰ「『小山市の取り組み』についての報告と課題の検討」

コーディネーター　梶井 英治氏（自治医科大学地域医療学センター長）

・報告①　フォーラム実行委員からの報告
安田 是和氏（自治医科大学附属病院長）

・報告②　市行政からの報告
猿山 悦子氏（小山市保健福祉部健康増進課緑の健康づくりの森推進室長）

・報告③　拠点病院からの報告
島田 和幸氏（地方独立行政法人　新小山市民病院理事長）

・報告④　とちぎ地域医療支援センターの取り組みについて
渡辺 晃紀氏（とちぎ地域医療支援センター事務局長）

全体会Ⅱ「参考となる全国の事例の紹介」

コーディネーター　梶井 英治氏（自治医科大学地域医療学センター長）

・発表①　秋田県の事例について
藤本 幸男氏（青森県健康福祉部次長）

・発表②　鹿児島県の事例について
前田 隆浩氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）

・発表③　新潟県の事例について
内田 健夫氏（医療法人社団　内田医院理事長）

・発表④　岡山県の事例について
内藤 和世氏（京都市立病院長）

分科会「小山市の取り組みからの発展～多様な取り組みから学ぶ～」

・第１分科会「秋田県の事例をもとにした検討」
座長　藤本 幸男氏（青森県健康福祉部次長）
　　対馬 逸子氏（西北五地域医療研究会代表）

・第２分科会「鹿児島県の事例をもとにした検討」

座長　前田 隆浩氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座
地域医療学分野教授）
大脇 哲洋氏（鹿児島大学大学院医歯薬学総合研究科
離島へき地医療人育成センター教授）

・第３分科会「新潟県の事例をもとにした検討」
座長　内田 健夫氏（医療法人社団　内田医院理事長）
今村 聡氏（公益社団法人　日本医師会副会長）
井口 清太郎氏（新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座特任教授）

・第４分科会「岡山県の事例をもとにした検討」
座長　内藤 和世氏（京都市立病院長）
佐藤 勝氏（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座教授）

全体会Ⅲ

・分科会からの報告（各10分）
・全員参加型ディスカッション（80分）

総括

北波 孝氏（厚生労働省医政局地域医療計画課長）

閉会

前田 隆浩氏（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座地域医療学分野教授）

⑦ **参加者**

潮谷 有二教授，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教



写真５-１　地域医療フォーラム

（２） 新潟大学医学部地域医療臨床実習視察

① **期　日**　平成26年10月20日（月）～24日（金）

② **場　所**　新潟県立小出病院（新潟県魚沼市日渡新田）他

③ **協　力**　新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座
井口 清太郎特任教授，吉嶺 文俊特任准教授，小川 洋平特任講師，
黒川 允特任助教，佐藤 瞳技術補佐員，松山 景子技術補佐員
新潟県立小出病院　布施 克也院長，上村医院　上村 伯人院長　他

④ **概　要**

第１日目

・井口教授による実習オリエンテーション

・布施院長による禁煙教育打合せ
・新潟大学「生活環境と健康についての聞き取り調査」住民説明会に同行





写真５-２　第１日目の様子

第２日目
・新潟大学医学部実習生とともに，以下の実習施設を訪問
・社会福祉法人魚沼福祉会「ディサービスセンターひまわり」
　青木 繁　センター長（介護支援専門員）による概要説明と介護実習視察
・社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会「在宅介護支援センター湯之谷」
　大平 妙子　管理者（主任介護支援専門員）による概要説明
　Ａ（92歳・女性）氏宅を訪問（月１回のモニタリング）
　Ｂ（66歳・男性）氏宅を訪問（サービス担当者会に同席）
　Ｃ（92歳・男性）氏宅を訪問（月１回のモニタリング，訪問看護と同席）





写真５-３　第２日目の様子

第３日目
・井口教授による新潟大学医学部地域医療臨床実習の概要説明
・ランチョンカンファレンス（新潟大学医学部とのテレビ会議）を参観
・魚沼市立中学校禁煙教育を参観
・地域医療魚沼学校視察（概要説明会）
・内科病棟回診見学
・地域医療魚沼学校視察（医療従事者学習会）



写真５-４　第３日目の様子

第４日目

・魚沼基幹病院職員集合研修会へ参加

・講演Ⅰ「魚沼基幹病院に期待するもの」

　新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座　特任教授　井口 清太郎氏

・講演Ⅱ「麻酔管理とは」

　新潟大学総合病院麻酔科教授　紙谷 義孝氏

・講演Ⅲ「魚沼基幹病院救急センターの使命」

　新潟大学総合病院地域救命救急センター助教　山口 征吾氏

第５日目

・新潟大学医学部地域医療実習総括



写真５-５　第５日目の様子

⑤　**参加者**　宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教

（3） 2014年度全国社会福祉教育セミナー

① **テーマ**「生活困窮・地域自立生活支援をめぐる社会福祉教育の拡がりと核心」
② **期　日**　平成26年11月１日（土）～２日（日）
③ **場　所**　日本福祉大学美浜キャンバス（愛知県知多郡美浜町奥田）
④ **主　催**　（一社）日本社会福祉教育学校連盟，（一社）日本社会福祉士養成校協会
（一社）日本精神保健福祉士養成校協会
⑤ **後　援**　文部科学省，厚生労働省，法務省，（社福）全国社会福祉協議会，
（公社）日本介護福祉士養成施設協会，（公社）日本社会福祉士会，
（公社）日本精神保健福祉士協会，（公社）日本医療社会福祉協会，
認定社会福祉士認証・認定機構，ソーシャルケアサービス従事者研究協議会他
⑥ **概　要**

第１日目

・開会
・基調講演　「地域自立生活支援とコミュニティソーシャルワーク」
大橋 謙策氏（東北福祉大学大学院教授・日本福祉大学客員教授）
・シンポジウム
「生活困窮者自立生活支援の政策と実践－社会福祉教育への期待－」
シンポジスト　熊木 正人氏（厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長）
勝部 麗子氏（豊中市社会福祉協議会事務局次長）
新保 美香氏（明治学院大学教授）
コメンテーター　和田 敏明氏（ルーテル学院大学教授）
コーディネーター　原田 正樹氏（日本福祉大学教授）





写真５-６　社会福祉教育セミナー第１日目

第２日目

・分科会
第１分科会「スクール（学校）ソーシャルワーカーの活用をめぐる動向とさらなる実践力の向上に向けて」
司会者　潮谷 有二氏（長崎純心大学教授）
基調講演者兼コーディネーター　山野 則子氏（大阪府立大学教授）

報告者

幸重 忠孝氏（幸重社会福祉士事務所代表）

藤本 一人氏（名古屋市教育委員会子ども応援室）

内藤 敏也氏（文部科学省初等中等教育局児童生徒課長）

佐藤 博氏（厚生労働省社会・援護局生活困窮者地域福祉課自立支援室
地域支援対策専門官）





写真５-７　社会福祉教育セミナー第１分科会

第２分科会　～　第８分科会　　－省略－

・特別シンポジウム

「社会福祉学を学ぶ学生が習得すべき基本的素養と福祉マインド－日本学術会議社会学委員会社会福祉学分科会提言・報告－」

コーディネーター

白澤 政和氏（日本学術会議会員･桜美林大学大学院教授, 日本福祉大学客員教授）

報告者　岩崎 晋也氏（法政大学教授）

牧里 毎治氏（関西学院大学教授）

野口 定久氏（日本福祉大学教授）

○　閉会

⑦　**参加者**　潮谷 有二教授，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教

（４）　第20回 長崎県介護老人保健施設研究大会

①　**テーマ**　「地域包括ケアシステム構築の中での老健の役割－様々なニーズに対応できる専門性とは－」

②　**日　時**　平成26年11月４日（火）13：00～17：30

③　**場　所**　長崎ブリックホール国際会議場（長崎市茂里町）

④　**主　催**　一般社団法人長崎県老人保健施設協会

⑤　**後　援**　長崎県，長崎市

⑥　**概　要**

開会　開会宣言

田川 雅浩氏（一般社団法人　長崎県介護老人保健施設協会　副会長）

主催者挨拶

土井 庸正氏（一般社団法人　長崎県介護老人保健施設協会　会長）

来賓挨拶

長崎県知事　中村 法道氏
長崎市長　　田上 富久氏

市民公開講座

・テーマ：「これからの地域包括ケアシステムの在り方」
・講　師：潮谷 有二氏（長崎純心大学人文学部現代福祉学科　教授
　　長崎純心大学医療・福祉連携センター　センター長）
　　宮野 澄男氏（長崎純心大学医療・福祉連携センター　准教授）
・座　長：田川 雅浩氏（一般社団法人　長崎県介護老人保健施設協会　副会長）





写真５-８　市民公開講座

長崎県老人保健施設協会専門部研究発表

・看護・介護部　座長　白崎 有子氏（中の里　介護主任）
　県北地区代表　溝上 祥子氏（サン　看護長）
　県央地区代表　大澤 真理氏（真寿園　介護主任）
　県南地区代表　山下 幸一郎氏（三原の園　介護福祉士）
・栄養・給食部　座長　毛利 千鶴氏（コスモスガーデンさくらの里　管理栄養士）
　県北地区代表　大石 尚代氏（長寿苑　管理栄養士）
　県央地区代表　森屋 有紀氏（さざなみ　管理栄養士）
　県南地区代表　北田 悟氏（エスポアールそとめ　管理栄養士）
・リハビリテーション部　座長　澤田 由井子氏（サクラ　作業療法士）
　県北地区代表　池田 聖香氏（さざ・煌きの里　理学療法士）
　県央地区代表　小川 謙一氏（恵風園　理学療法士）
　県南地区代表　當麻 俊久氏（中の里　理学療法士）
・支援相談員・介護支援相談員　事務部　座長　伊藤 大輔氏（松寿園　支援相談員）
　県北地区代表　三輪屋 静氏（サクラ　支援相談員）
　県央地区代表　田中 拓朗氏（老健おばま　支援相談員）
　県央地区代表　谷口 元就氏（東長崎ナーシングホーム　支援相談員）





写真５-９　専門部研究発表（左），閉会（右）

閉会

石田 一美氏（一般社団法人　長崎県介護老人保健施設協会　副会長）

参加者：潮谷 有二センター長，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教

2014.11.4　長崎県介護老人保健施設研究大会

これからの地域包括ケアシステムの在り方について

－介護老人保健施設の在り方を視野に入れて－

長崎純心大学人文学部現代福祉学科
長崎純心大学大学院人間文化研究科
教授　潮谷有二

※資料については，厚労省公表のものを含む

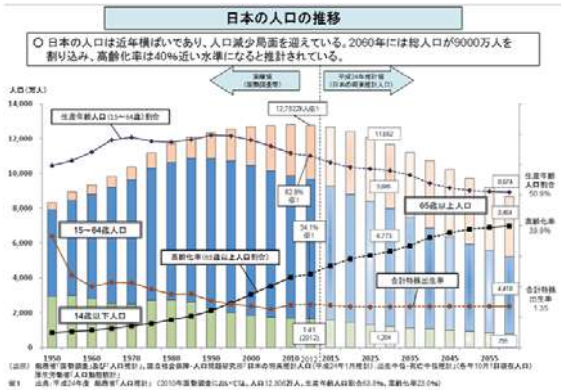
自己紹介

①現職：長崎純心大学人文学部現代福祉学科教授，長崎純心大学大学院人間文化研究科教授，長崎純心大学現代福祉研究所所長，長崎純心大学医療・福祉連携センター長（文部科学省平成25年度　未来医療研究人材養成拠点形成事業）．
②略歴：1967年大分県別府市生まれ．1993年日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科修了（修士：社会福祉学），社会福祉士．株式会社地域計画設計，仙台大学体育学部健康福祉学科助手，長崎純心大学人文学部現代福祉学科専任講師，助教授，厚生労働省社会・援護局総務課社会福祉専門官（2002年4月1日から2008年3月31日）を経て，2008年4月より現職．主な担当科目は，現代社会と福祉，社会保障，社会調査の基礎，主な研究分野は社会福祉，特に最近の研究関心は福祉人材論，福祉システム論．
③著書：『認知症高齢者が安心できるケア環境作り：実践に役立つ環境評価と整備手法』（児玉らと共編著）彰国社, 2009.『改定版新版社会福祉』（京極らと共編著）チャイルド本社, 2005.『社会調査の基礎』（後藤らと共編著）中央法規出版, 2009.『社会調査の基礎』（杉澤らと共編著）ミネルヴァ書房, 2010.『対論　社会福祉学　3　社会福祉運営』（分担執筆）中央法規出版, 2012.『社会福祉士　相談援助実習第２版』（分担執筆）中央法規出版，2014．ほか．

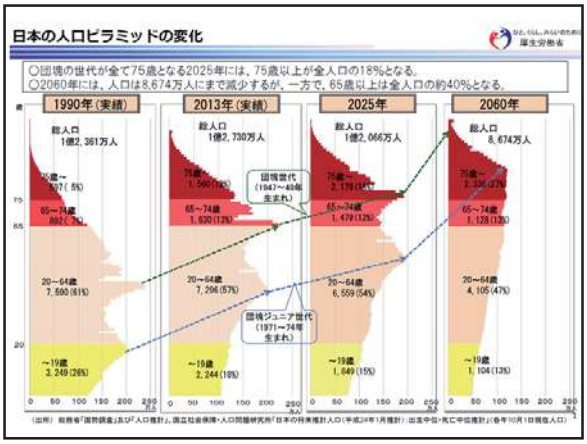
④社会的活動：

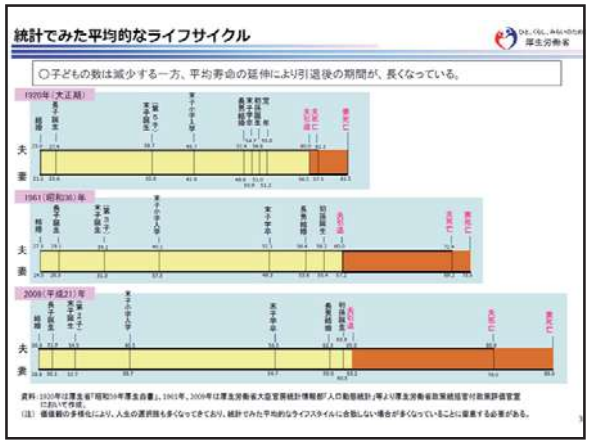
平成14年4月～平成20年3月31日	毎日社会福祉顕彰審査委員　（財団法人　毎日新聞東京社会事業団）
平成19年4月～平成20年3月31日	高級事務レベル社会福祉行政研修・運営委員会委員　（社団法人　国際厚生事業団）
平成20年4月～現在	社団法人　日本社会福祉士養成校協会　事務局長代理（平成26年4月より一般社団法人）
平成20年度	社会福祉士及び介護福祉士国家試験の在り方に関する検討会構成員　（厚生労働省　社会・援護局）
平成20年度	スクール（学校）ソーシャルワーカー養成関連事業企画準備委員会委員　（社団法人　日本社会福祉士養成校協会）
平成21年度	専門社会福祉士研究委員会委員　（社団法人　日本社会福祉士会）
平成21年3月～平成21年9月	今後の精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会ワーキングチーム構成員　（厚生労働省　社会・援護局障害保健福祉部）
平成22年度	平成22年度　専門社会福祉士認定制度準備委員会委員　（社団法人　日本社会福祉士会）
平成23年度～現在	社会福祉推進事業評価委員会委員　（厚生労働省　社会・援護局）
平成23年10月30日～現在	認定社会福祉士認証・認定機構　運営委員（平成24年度より，理事）
平成25年 4月15日～現在	教科用図書検定調査審議会臨時委員　（文部科学省　初等中等教育局）
平成25年 5月26日～現在	社会福祉法人幸生会　理事・評議員
平成25年10月28日～現在	社会福祉法人南高愛隣会　評議員
平成26年 9月25日～現在	長崎県地域包括ケアシステム構築支援委員会委員

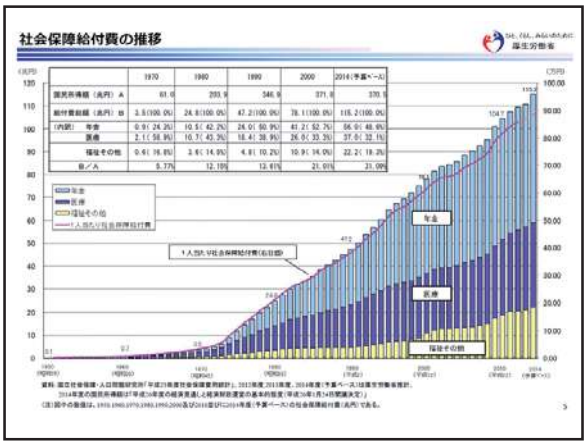
社会保障を取り巻く状況

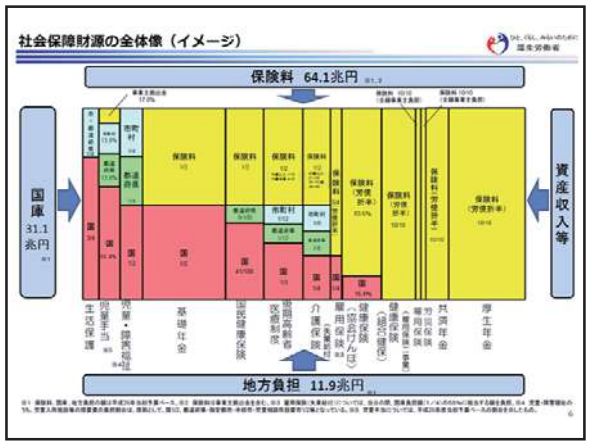


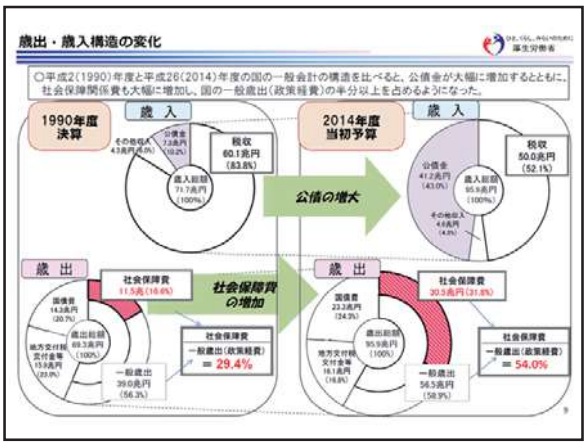
出典：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/07.pdf











我が国の社会保障制度の展望と今後の視点

○ 高齢化による社会保障給付の増大を、人口が減少する中でどのように賄っていくかが今後の大きな論点

1. 少子化への対応

→① 社会保障の配分（高齢者、少子化・子育て）をどのように考えるか
② 働き方の改革による仕事と生活の調和の実現
③ 社会で子育てを支える仕組みの充実

2. 高齢化への対応

・ 平均寿命の伸長により、高齢化率は今後、一層増加するとともに、医療や介護をより必要とする75歳以上高齢者は一層早いスピードで増加

→① 高齢者の負担（保険料、税、一部負担）をどのように考えるか
② 医療や介護を必要としない高齢者の増加　←予防の観点
③ 年金収入に依存しない高齢者の増加　←高齢者の労働の観点

3. 人口減少（労働力人口の減少）への対応

→① 社会保障を支える世代の負担の配分（保険料、税）をどのように考えるか
② 死亡した高齢者が残した資産を、社会保障を支える財源として考えられないか
③ 若者や女性、高齢者の労働市場参加の実現
④ 海外からの労働力の受入れをどのように考えるか

これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書（2008年3月31日）の論点

地域で課題となっていること①

＜孤立死の防止＞ 死亡後長期間発見されない孤立死が各地で発生し、社会問題化。単身高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の増加、支援を望まない単身者の増加等、様々な要因が考えられる。
⇒ 単身者の地域からの孤立の防止

＜徘徊死・不明者＞ 認知症高齢者等が徘徊し、行方不明や死亡に至るケースがみられる。地域の理解不足などもあり、発見・保護に時間がかかることが原因の一つと考えられる。
⇒ 地域の人々による認知症の理解と早期発見

＜高齢者虐待の発見＞
・市町村等が対応する高齢者虐待相談・通報件数増加（H21年度23,404件⇒H22年度25,315件（+8.2%））。
・被虐待者自ら訴えることは少なく、また、虐待されている自覚がない者も少なくない。
⇒ 孤立している介護世帯等の早期発見と支援

＜児童虐待の発見＞
・児童相談所の児童虐待に関する相談件数は増加の一途
（H21年度44,211件⇒H22年度55,152件速報値（+24.7%））
・虐待が行われた家族の特徴として、核家族で、30代の親に多く、「経済的な困難」、「虐待者の心身の状況」、「ひとり親家庭」が指摘されている（こども未来財団「児童虐待相談のケース分析等に関する調査研究＜主任研究者：丸山浩一全国児童相談所長会会長＞結果報告書（平成21年3月）」）。
⇒ 子育てへの心理的負担感軽減のための支援

＜障害者の地域移行＞ 平成23年度末までの見込みとして、福祉施設から地域への移行は2.1万人。
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、入院中の精神障害者を19.6万人（H17）から15万人（H26）に削減する目標を提示。
⇒ 地域の受け皿づくり

地域で課題となっていること②

＜消費者被害＞　近年、高齢者・障害者の消費者被害が増加。特に、一人暮らしの高齢者が格好の標的になっている。被害にあった自覚のない人も多い。
⇒ **身近な相談者、生活変化を察知できる関係が必要**

＜災害時要援護者＞　近年の風水害や地震では犠牲者の多くを高齢者が占めており、高齢者、障害者更には、日本語のわからない外国人などの災害時要援護者の避難支援等が課題となっている。
⇒ **災害時に力を発揮する日常的なつながりや支えあう活動の必要**

＜時々、ちょっとしたことの手助けに困る人々＞　一人暮らし高齢者や障害者には、ゴミだし、電球の交換のような「時々」「ちょっとしたこと」の手伝いを頼める相手がなく困っている人々がいる。
⇒ **制度の外にあるニーズへの対応が必要**

＜軽度者や一時的な要支援者＞　要支援・要介護にならない軽度障害、病気や怪我による一時的な要支援状態等は制度の対象にならないため、買物や外出支援などのニーズ充足が困難。
⇒ **制度の谷間にある者への対応が必要**

＜重なり合う問題＞　要介護の親と障害のある子の世帯など、ひとつの世帯に問題が重なる場合に、必要なサービスを組み合わせてひとつの世帯に責任をもって関われていない。

地域における「新たな支え合い」を求めて～住民と行政の協働による新しい福祉～

（これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書　2008年3月31日）

○ 公的な福祉サービスは、分野ごとに整備され、高齢者福祉や障害者福祉の分野では飛躍的に充実
○ しかし、地域には多様な課題がある
- 制度では拾いきれないニーズや制度の谷間にある者への対応
- 問題解決能力が不十分で、公的サービスをうまく使えない人への対応
- 公的な福祉サービスでの総合的な対応の不十分さから生まれる問題
- 社会的排除や低所得の問題
- 「地域移行」という要請

○ 少子高齢化が進む中、地域の多様な課題の全てに公的福祉サービスだけで対応することは困難

○地域では、安心、安全の確保、次世代をはぐくむ場が求められている。 ○住民の意欲の自己実現の高まり

○ 多様な生活課題に対応するため、地域福祉をこれからの福祉施策に位置づける必要

地域における「新たな支え合い」（共助）の領域を拡大、強化することが求められている

- 基本的なニーズは公的福祉サービスが対応する原則
- 「新たな支え合いは」自立した個人が主体的に関わり、支えあうもの
- 市場・行政・非営利がそれぞれの弱点を補い合う

市町村の役割

- 従来の福祉の枠にとらわれず、地域の生活課題を受け止める総合的なコミュニティ施策
- 住民の地域福祉活動のための基盤を整備
- 分野を限定しない一元的対応のできる体制（公的サービスの見直しや運用の弾力化）
- （住民では対応が難しい）困難な問題に対処できる専門的対応
- 低所得者への支援

地域福祉の意義と役割

- 地域における「新たな支えあい」（共助）の確立
- エンパワメントとしての支援
- 幅の広い福祉概念　＊　生活課題とは、地域での普通の暮らしを妨げるもの
- 方法や対象をあらかじめ限定することなく、生活課題に幅広く柔軟に対応
- 住民主体の場
- 様々な関係者のネットワークで受け止める
- 活発な住民の地域福祉活動が地域のつながりを強化。地域福祉は地域社会再生の軸になりうる

地域福祉を推進するために必要な条件とその整備方策

- 住民主体を確保する条件があること
  - 住民の意思を反映させる仕組みを整備（施策の形成、地域福祉計画の策定など）
- 地域の生活課題発見のための方策があること
  - 重要なのは、見えにくい地域の生活課題をどのように見つけるか
  - 地域の住民による、生活の中や多様な活動を通じて、地域の生活課題の発見
- 適切な圏域を単位としていること
  - 地域の生活課題を発見できる顔のみえる環境づくり
  - 市町村の中で重層的に圏域を設定
- 地域福祉を推進するための環境
  - 情報の共有　・　活動の拠点　・　活動資金　・　地域福祉のコーディネーター
- 核となる人材
  - 安定的かつ継続的な地域福祉活動には、活動の核となる人材が必要
  - 様々な分野から見出す（PTAや青少年団体等）
  - 若い世代への働きかけ

住民の福祉活動を支援するための市町村が一定の圏域に整備
○専門的な対応が必要な事例への対応
○ネットワークづくり
○地域に必要な資源の開発

留意すべき事項
- 多様性を認め画一化しない
- 地域の負の側面
- 関係者間の積極的な情報共有

社会保障制度の変遷と90年代以降の福祉政策

社会保障制度の変遷

昭和20年代 戦後の混乱・生活困窮者の緊急支援	戦後の緊急援護と基盤整備（いわゆる「救貧」） 昭21 生活保護法制定 昭22 児童福祉法制定 昭23 医療法、医師法制定 昭24 身体障害者福祉法制定 昭25 制度審勧告（社会保障制度に関する勧告）
昭和30・40年代 高度経済成長・生活水準の向上	国民皆保険・皆年金と社会保障制度の発展（いわゆる「救貧」から「防貧」へ） 昭33 国民健康保険法改正（国民皆保険） 昭34 国民年金法制定（国民皆年金） 昭36 国民皆保険・皆年金の実施 昭38 老人福祉法制定 昭48 福祉元年 （老人福祉法改正（老人医療費無料化）、健康保険法改正（家族7割給付、高額療養費）、年金制度改正（給付水準引上げ、物価・賃金スライドの導入）） 安定成長への移行と社会保障制度の見直し
昭和50・60年代 高度経済成長の終焉・行財政改革	昭57 老人保健法制定（一部負担の導入等） 昭59 健康保険法等改正（本人の給付、退職者医療制度） 昭60 年金制度改正（基礎年金導入、給付水準適正化、婦人の年金権確立） 医療法改正（地域医療計画）
平成以降 少子化問題・バブル経済崩壊と長期低迷	少子高齢社会に対応した社会保障制度の構造改革 平元 ゴールドプラン策定 平2 老人福祉等福祉8法の改正（在宅福祉サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化） 平6 エンゼルプラン、新ゴールドプラン策定 年金制度改正（厚生年金の定額部分の支給開始年齢引上げ等） 平9 介護保険法制定 平11 新エンゼルプラン策定 平12 介護保険開始 平15 次世代育成支援対策推進法制定・少子化社会対策基本法制定 平16 年金制度改革（世代間公平のためのマクロ経済スライドの導入等） 平17 介護保険改革（予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスの創設） 平18 医療制度改革（医療費適正化の総合的な推進等）

社会福祉の制度改革に伴う課題

●社会福祉事業法の改正
→社会福祉法
●児童福祉法の改正
●介護保険法の制定・改正
●障害者自立支援法の制定・改正
→障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）
●子どもの貧困対策の推進に関する法律の制定
●生活困窮者自立支援法の制定
●生活保護法の改正
○社会福祉法人の見直し

●組織
●人材

尊厳の保持
利用者本位
自立支援
地域福祉

組織：社会福祉法人、NPO法人など
人材：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保育士など

平成19年12月 5日：社会福祉士及び介護福祉士法等の改正
平成19年 8月28日：（新）福祉人材確保指針告示
平成22年：保育士養成課程の見直し
平成22年：精神保健福祉士法の見直し
平成23年：介護福祉士制度の見直し（医療行為としての喀痰吸引関係）

介護保険制度を巡るこれまでの経緯

	1997年（平成9年）	12月	介護保険法成立
第1期	2000年（平成12年）	4月	介護保険法施行
第2期	2003年（平成15年）	4月	介護報酬改定（改定率▲2.3%：在宅サービスの充実等）
	2005年（平成17年）	6月	介護保険法等の一部を改正する法律（※1）成立
		10月	改正法（※1）の一部施行（施設給付の見直し）
第3期	2006年（平成18年）	4月	改正法（※1）の全面施行 （地域包括支援センター、予防給付、地域密着型サービス創設等） 介護報酬改定 （改定率▲0.5%：予防重視型システムへの対応、地域密着型サービスの創設）
	2008年（平成20年）	5月	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（※2）成立
第4期	2009年（平成21年）	4月	介護報酬改定（改定率プラス3.0%：介護従事者の処遇改善等）
		5月	改正法（※2）の全面施行（業務管理の体制整備、サービス確保対策等）
	2011年（平成23年）	6月	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（※3）成立・公布、一部施行（介護療養病床の転換期限の延長、介護福祉士資格取得方法の見直しの延期等）
第5期	2012年（平成24年）	4月	改正法（※3）の全面施行（定期巡回・随時対応サービス等の創設、介護職員等によるたんの吸引等の実施、保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の取崩し等）

平成17年の介護保険制度見直しの概要と基本的視点

・明るく活力ある超高齢社会の構築　・制度の持続可能性　・社会保障の総合化

・軽度者の大幅な増加 ・軽度者に対するサービスが状態の改善につながっていない	・在宅と施設の利用者負担の公平性	・独居高齢者や認知症高齢者の増加 ・在宅支援の強化 ・医療と介護との連携	・利用者によるサービスの選択を通じた質の向上	・低所得者への配慮 ・市町村の事務負担の軽減
予防重視型システムへの転換	施設給付の見直し	新たなサービス体系の確立	サービスの質の確保・向上	負担の在り方・制度運営の見直し
○新予防給付の創設 ○地域支援事業の創設	○居住費用・食費の見直し ○低所得者に対する配慮	○地域密着型サービスの創設 ○地域包括支援センターの創設 ○居住系サービスの充実	○介護サービス情報の公表 ○ケアマネジメントの見直し	○第1号保険料の見直し ○保険者機能の強化

平成23年介護保険法等の改正と地域包括ケアシステム

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等
① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上
① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底。事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等
○ 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進
① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進
① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和
○ 各都道府県の財政安定基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】1、2については公布日施行、その他は平成24年4月1日施行。

◎地域包括ケアシステムとは

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「概ね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。

（地域包括ケア研究会報告書より）

◎地域包括ケアの規定

介護保険法第5条第3項

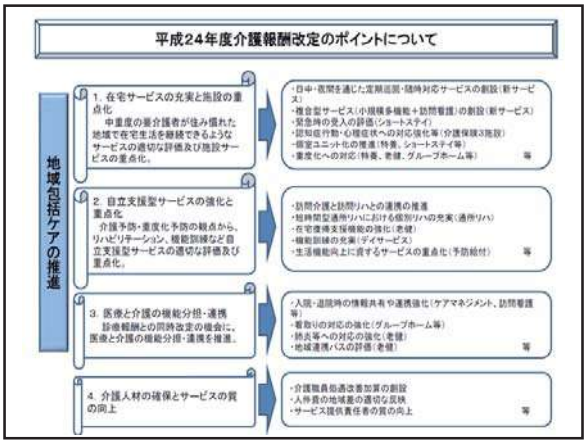
国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必要。

①医療との連携強化
・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施
②介護サービスの充実強化
・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化
③予防の推進
・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）
・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ



平成24 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
『持続可能な介護保険制度及び 地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』

目次（一部抜粋）

地域包括ケア研究会 i
はじめに iii
＜第一部＞地域包括ケアシステムの理念 1
1. 地域包括ケアシステムの「5 つの要素」 2
■住まいと住まい方 3
■生活支援 3
■介護・医療・予防 3
■本人と家族の選択と心構え 3
■まとめ 4
2. 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム 4
■費用負担者による区分 4
■時代や地域とともに変化する「自助」「互助」「共助」「公助」 5
■まとめ 6

＜第二部＞地域包括ケアシステムを構築するために 7
1. 地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向 7
■地域のすべての住民 7
■本人（高齢者） 8
■介護者 9
■市町村 10
■都道府県 11
■国 12
■介護事業者 13
■民間企業、NPO、地域の諸団体 15
2. 住まい、生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムの構築 15
■低所得・低資産高齢者の住まいの確保 16
■生活支援の重要性 17
■生活支援を担う地域資源の確保 17
■生活支援の主体と財源 19
■「都市部」と「都市部以外の地域」における資源確保のアプローチの違い 20
3. 医療・介護の連携 21

1. 地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向

■地域のすべての住民

- 本報告書では、介護保険の文脈から高齢者に焦点を当てた議論を行っているが、地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供を含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである。専門職、介護事業者、行政だけでなく、本人（高齢者）や家族、町内会等の住民組織、コンビニや商店、郵便局など様々な地域の諸主体、すなわちすべての住民が関わり、「自助」「互助」「共助」「公助」を組み合わせて、「住まい」「生活支援・福祉サービス」「医療」「介護」「予防」の面で相互に支えあうことによって実現する。
- このような、包括的な仕組みを地域に構築するためには、地域包括ケアシステムを高齢者介護の問題と限定するような考え方から脱却することがまず重要である。実際、高齢者が地域での生活を送る中で利用するサービスは、介護サービスに限定されるわけではなく、若年層も含め誰もが利用する一般的な生活関連サービスが数多く含まれている。
- 地域包括ケアシステムをより広い視点からとらえる社会的な姿勢は、子どもの頃から、生涯教育の観点から意識付けを行っていく上でも重要である。ただし、そうした意識をもつ個人が地域の中にいても、一人ひとりの思いや意欲だけでは、活動が地域的に広がることは期待できない。こうした地域住民に対する中長期的な意識付けや、地域の中に存在する個人の意欲の組織化は、一義的には市町村の役割であることを改めて確認し、市町村が施策として積極的に取り組み、社会全体の運動につなげていくことが重要である。

出典：平成24 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）『持続可能な介護保険制度及び 地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業　報告書』p. 7.

■介護事業者

＜事業者・専門職＞

＜効果的・効率的なサービスの提供のあり方＞

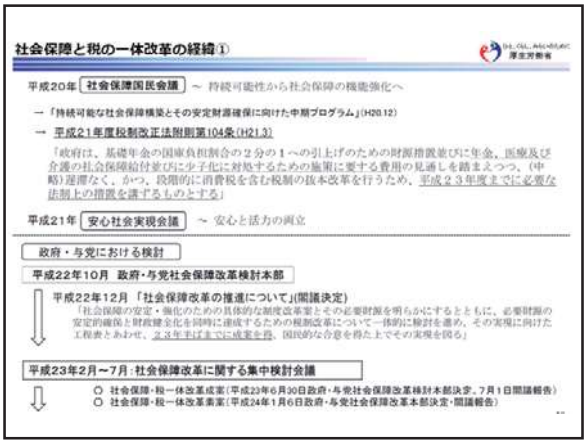
＜地域内の施設資源の有効活用＞

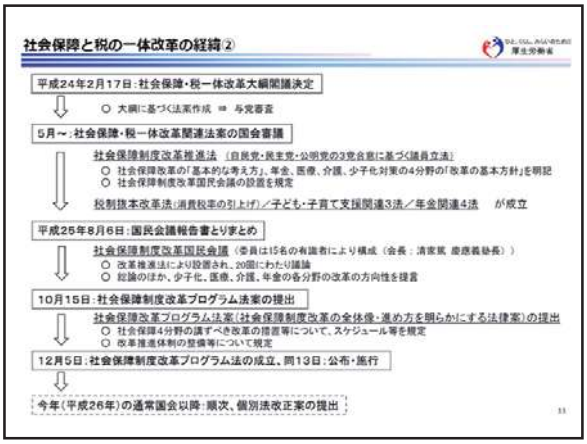
- 介護保険施設は、地域包括ケアシステムの確立の過程で、入所サービスの機能のみならず、地域支援機能を強化することが重要になるのではないだろうか。24時間にわたり要介護者の生活を複数の専門職によって包括的に支え、また必要に応じて医療と緊密な連携を取るという意味で、その提供範囲は、施設内に限定されているものの、地域におけるケアの提供者として重度の要介護者を中心に地域の介護サービス提供の重要な役割を担っている。また、介護老人保健施設はリハビリテーションの職員を擁しており、機能的にも在宅復帰を担ってきたことから、その機能を地域包括ケアシステムにおいて活用し、在宅生活の継続や拡大を具体的に支援することが可能であろう。
- 地域包括ケアシステムの構築には、地域の様々な主体の参加が必要であり、介護保険施設の人材やノウハウの集積を活用した居宅サービス支援等をより積極的に行うことにより、地域の拠点としての機能を発揮していくようにすべきではないだろうか。たとえば、病院からの退院時に在宅復帰を前提として1ヶ月程度のアセスメント入所を行うことで、多職種により一日の生活のリズムを把握し、より円滑に在宅復帰を進めるといった取組をさらに推進することも考えられるのではないだろうか。
- また、介護保険施設は、夜間・深夜も含め、もともと24時間のサービス体制を有しており、介護職と医療職が一体的にサービスを提供してきた。こうした施設のノウハウを活用して、たとえば施設が定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの在宅サービスに積極的に参入するといったことが期待される。

＜介護サービスの質の評価のあり方＞

出典：平成24 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）『持続可能な介護保険制度及び 地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業　報告書』pp. 13-14.

社会保障と税の一体改革と地域包括ケアシステム





「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定・国会提出，同年12月5日成立，同年12月13日公布，施行) 抜粋

(医療制度)
第四条　政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。)第七条第一項に規定する医療保険各法をいう。第七項第二号ニにおいて同じ。)による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度(同項において「医療保険制度等」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。
2　政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする。
3　政府は、健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進することにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保するため、情報通信技術、診療報酬請求書等を適正に活用しながら、地方公共団体、保険者(高齢者医療確保法第七条第二項に規定する保険者をいう。)、事業者等の多様な主体による保健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進その他必要な措置を講ずるものとする。
4　政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム(地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。)を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
一　病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項
イ　病院又は診療所(以下このイにおいて「病院等」という。)の管理者が、当該病院等が有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設
ロ　イに規定する制度により得られる病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構想を実現するために必要な方策

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定・国会提出，同年12月5日成立，同年12月13日公布，施行) 抜粋

ハ　次に掲げる事項に係る新たな財政支援の制度の創設
(1)　病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービス(介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスをいう。次条第二項において同じ。)の充実
(2)　地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進
ニ　医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し
二　地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善
三　医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し
5　政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。
6　政府は、第四項の措置を平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。
7　政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
一　医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項
イ　国民健康保険(国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。)に対する財政支援の拡充
ロ　国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料(地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。)の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策
ハ　健康保険法等の一部を改正する法律(平成二十五年法律第二十六号)附則第二条に規定する所要の措置

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定・国会提出，同年12月5日成立，同年12月13日公布，施行) 抜粋

二　医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項
イ　国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減
ロ　被用者保険等保険者(国民健康保険法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第百二十三条第一項の規定による保険者としての全国健康保険協会を除く。)をいう。以下この口及び次条第四項において同じ。)に係る高齢者医療確保法第百十八条第一項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額(国民健康保険法附則第十二条第一項に規定する標準報酬総額をいう。次条第四項において同じ。)に応じた負担とすること。
ハ　被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し
ニ　国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ
三　医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項
イ　低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し
ロ　医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し
8　政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。
9　政府は、第七項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定・国会提出，同年12月5日成立，同年12月13日公布，施行) 抜粋

10　政府は、この法律の施行の際現に実施されている難病及び小児慢性特定疾患(児童福祉法第二十一条の五に規定する医療の給付の対象となる疾患をいう。以下この項において同じ。)に係る医療費助成について、難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度(以下この項において「新制度」という。)を確立するため、新制度の確立に当たって、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
一　新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とすること。
二　新制度の対象となる疾患の拡大
三　新制度の対象となる患者の認定基準の見直し
四　新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し
11　政府は、前項の措置を平成二十六年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」（平成25年10月15日閣議決定・国会提出，同年12月5日成立，同年12月13日公布，施行） 抜粋

（介護保険制度）

第五条　政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2　政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一　地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ　在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ　多様な主体による新意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ　認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

二　前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し

三　一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し

四　介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し

五　介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し

六　介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3　政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

4　政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第百五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

平成26年度社会保障関係費（予算）と地域包括ケアシステム

平成26年度　厚生労働省予算案（一般会計）社会保障関係費の内訳

【平成25年度予算額と平成26年度予算案の社会保障関係費の比較】

（単位：億円）

	平成25年度予算額（A）	平成26年度予算案（B）	増△減額（C）（B）－（A）	増△減率（C）／（A）
社会保障関係費	289，397	302，251	12，854	4．4%
年金	104，279	107，166	2，887	2．8%
医療	105，587	111，990	6，403	6．1%
介護	24，916	26，257	1，340	5．4%
福祉等	52，630	55，016	2，386	4．5%
雇用	1，985	1，822	△162	△8．2%

［計数整理の結果、異動を生ずることがある。］

【平成26年度予算案の社会保障関係費の内訳】



（注１）平成25年度予算額は当初予算額である。

（注２）計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

平成26年度における「社会保障の充実」（概要）

（単位：億円）

事項		事業内容	計（注1）	国分	地方分
子ども・子育て支援の充実		待機児童解消の推進と地域の子ども・子育て支援の充実（「待機児童解消加速化プラン」の推進、保育緊急確保事業の実施）	2,915	1,348（注3）	1,568
		社会的養護の充実	80	40	40
		育児休業中の経済的支援の強化	64	56	8
医療・介護の充実	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 （1）消費税財源の活用による診療報酬の改定 （2）新たな財政支援制度の創設（※）	353 544	249 362	105 181
		地域包括ケアシステムの構築 （認知症に係る地域支援事業の充実等）	43	22	22
	医療保険制度の改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612
		高額療養費制度の見直し	42	37	5
	難病・小児慢性特定疾患への対応	難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立 等	298	126	172
年金制度の改善		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	10	10	0
合計			4,962	2,249	2,713

※　医療提供体制改革のための新たな財政支援制度（基金）については、上記に加え、公費360億円の上乗せ措置を別途実施。その結果、基金規模は合計804億円。

（注１）金額は公費（国及び地方の合計額）である。

（注２）計数は、それぞれ四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

（注３）「保育緊急確保事業」の国分（1,043億円）は内閣府、保育所運営費の国分（304億円）は厚生労働省に計上。

平成26年介護保険法等の改正と地域包括ケアシステム

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案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1．新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2．地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

①医療保険に関する都道府県知事に、病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3．地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化　※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業

②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

③低所得者の保険料軽減を拡充

④一定以上の所得のある利用者の自己負担を２割へ引上げ（ただし、月額上限あり）

⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4　その他

①診療の補助のうち特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ

③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年４月以降など、順次施行。

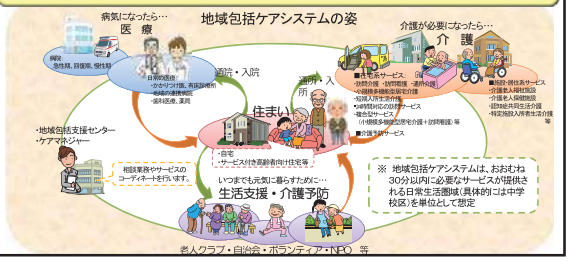
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。

○ 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

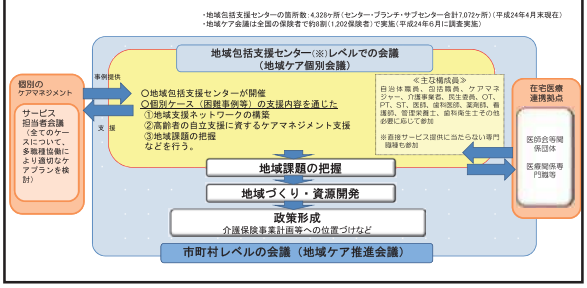


地域ケア会議の推進

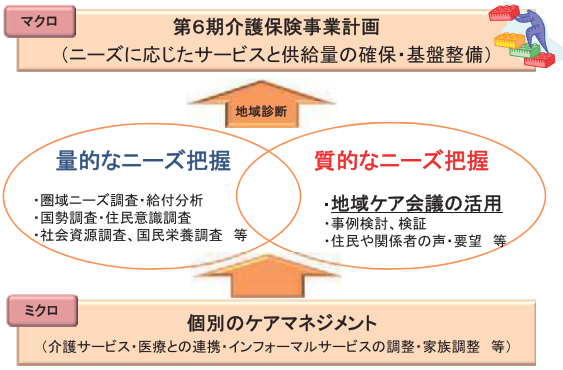
○「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。

○ 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。

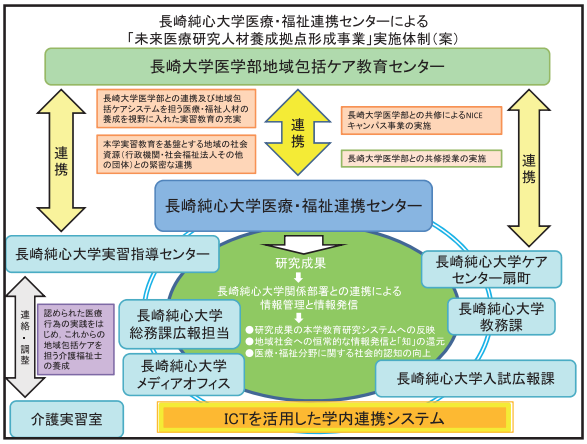
○ このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

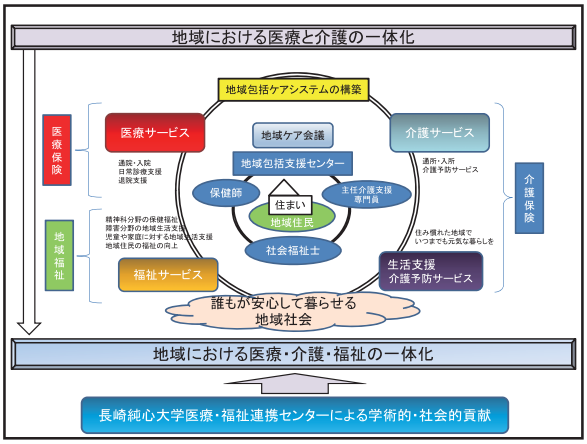


「ミクロ」と「マクロ」をつなぐツールとしての「地域ケア会議」



長崎純心大学医療・福祉連携センター
未来医療研究人材養成拠点形成事業の実施体制



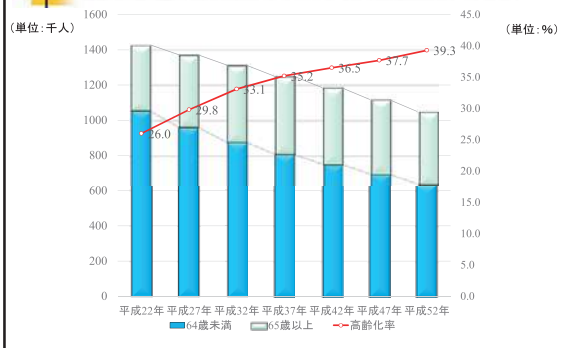


2014.11.4　長崎県介護老人保健施設研究大会

長崎県内における取組状況について
−地域包括支援センターを中心に−

長崎純心大学医療・福祉連携センター
准教授　宮野　澄男

長崎県の人口と高齢化率の推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013.3）」

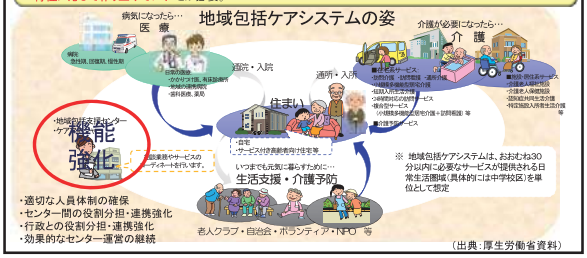
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。

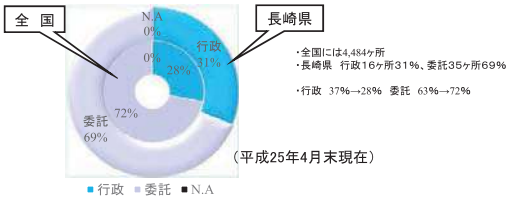
○ 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



（出典：厚生労働省資料）

長崎県内の地域包括支援センター設置状況

長崎市	19	佐世保市	9	島原市	1	諫早市	5
大村市	1	平戸市	1	対馬市	1	松浦市	1
対馬市	1	壱岐市	1	五島市	1	雲仙市	1
南島原市	1	長与町	1	時津町	1	東彼杵町	1
川棚町	1	波佐見町	1	小値賀町	1	佐々町	1
上五島町	1						



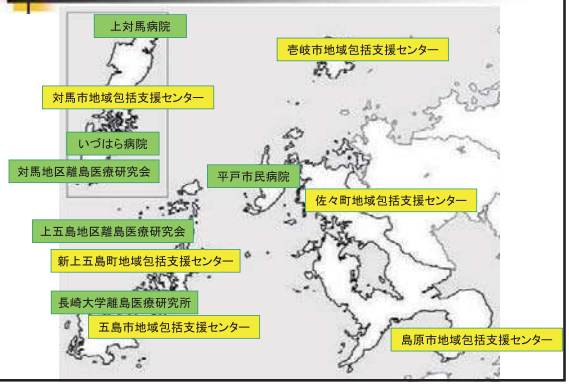
・全国には4,484ヶ所
・長崎県　行政16ヶ所31%、委託35ヶ所69%

・行政　37%→28%　委託　63%→72%

（平成25年4月末現在）

（出所：三菱総合研究所（2014）『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書』等）

長崎県内における地域包括ケア施設訪問



佐々町地域包括支援センターの取り組み

○ **地域概要**（平成25年4月末現在）

町総人口	13,766人
65～74歳人口	1,551人
75歳以上人口	1,651人
高齢化率	22.1%
介護認定者数	539人

○ **地域包括支援センター職員配置**

保健師　2人、看護師　2人、介護福祉士　1人
主任介護支援専門員　2人、介護支援専門員　2人
介護認定調査員　2人　　計11人

（出所：佐々町地域包括支援センター視察資料）

佐々町地域包括支援センターの取り組み

介護保険料5,990円は、長崎県内ワースト１位
（全国でも23位/1,566市町村）

- 権利意識で利用されることなく
- 住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護サービスを必要な人には必要なだけ利用してもらいたい。
- できないことの「お手伝い」ではなく、できていることの「継続」と改善可能なことを「増やす」ことに力点をおきたい。

給付の適正な利用

介護予防を含む地域支援体制の確立

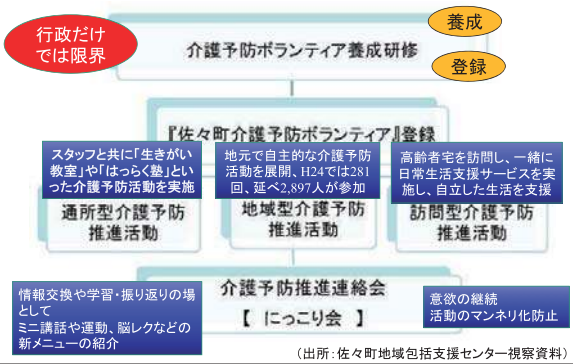
佐々町の高齢者を支える地域支援体制図

地域包括ケアとは、高齢者の視点からの地域づくり



（出所：佐々町地域包括支援センター視察資料）

佐々町介護予防ボランティア



（出所：佐々町地域包括支援センター視察資料）

佐々町の地域ケア会議



個別ケースの検討に主眼を置き地域課題の発見機能までを扱う

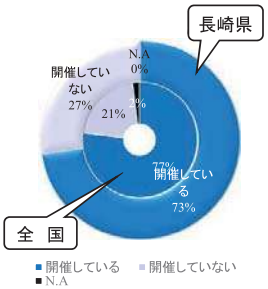


○出席者
担当介護支援専門員、介護サービス事業所の担当者、施設サービス計画書担当者、保険者（地域包括支援センター、介護保険担当）

○開催日時
毎週木曜日　13:15～14:45予定
3件程度を予定
（1件あたり30分程度）

（出所：厚生労働省資料及び佐々町地域包括支援センター視察資料）

地域ケア会議の開催状況



長崎県保険者別開催状況

	保険者数
未実施	4（19.0%）
個別ケア会議	8（38.1%）
地域ケア推進会議	9（42.9%）

（出所：長崎県長寿社会課資料）

（出所：医療・福祉連携センター全国悉皆調査）

島原市地域包括支援センターの取り組み

○ 地域概要（平成25年4月末現在）

市総人口	48,077人
高齢者人口	14,187人
高齢化率	29.5%
介護認定率	27.8%

○ 地域包括支援センター職員配置
保健師　5人、社会福祉士　4人、
主任介護支援専門員　4人、介護支援専門員　1人
センター長　1人　　計15人

（出所：島原市地域包括支援センター視察資料等）

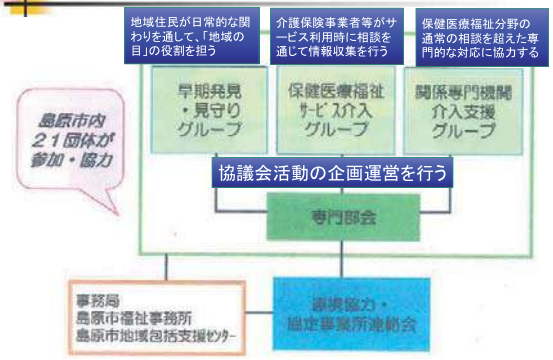
島原市の地域包括ケアシステムのイメージ

- 持家率が80%と高く、最後まで自宅でと希望される方が多い。
- 自宅を基本とした上で、医療や介護のサービスの質の確保や連携が行える体制をつくる。
- 住み慣れた地域で互いに支え、支えられるような関係を築くために“見守りネットワーク”を拡大していく。



（出所：島原市地域包括支援センター視察資料）

島原市高齢者等見守りネットワーク協議会



（出所：島原市地域包括支援センター視察資料）

島原市の高齢者等見守りネットワーク



「見守りネットワークづくり支援マニュアル」の作成

見守り声かけ模擬訓練の講座を開催

・五島市高齢者見守りネットワーク連絡会
・高齢者見守りネット ワーク（どがんねっと）
壱岐市はいかい高齢者SOSネットワーク

（出所：島原市地域包括支援センター視察資料）

島原市の地域ケア会議

○ 開催日：定例（第3水曜日　15:00～）

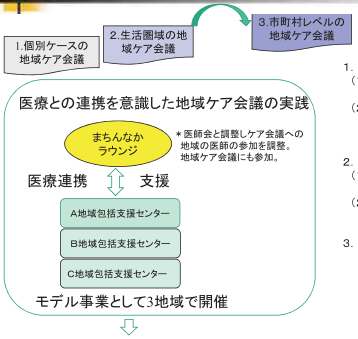
○ 構成員：固定メンバー
島原市地域広域市町村圏組合（保険者）、保健師、民生委員、老人クラブ、市地区社協、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、訪問看護師、訪問介護員、理学療養士、作業療養士、弁護士、地域包括支援センター三職種

○ 目　的：
① 構成員よりの情報提供
② 社会資源の共有
③ 事例検討
④ 地域課題の把握



（出所：島原市地域包括支援センター）

長崎市と「まちんなかラウンジ」との連携による地域ケア会議モデル事業



地域ケア会議

1. 個別ケース会議
（1）参加者：
関係機関（多職種）、医師
（2）内容：
困っている個別ケースの具体的検討
（主に医療との連携）

2. 生活圏域の地域ケア会議
（1）参加者：
圏域内の多職種・多機関
（2）内容：
圏域毎の地域包括ケアの検討等

3. 長崎市レベル
地域ケア会議実践例から得られた課題、必要なサービス、連携について協議
・全市的な医療と介護連携の検討
・介護保険事業計画に反映
・市としての地域包括ケアシステムの方向性を検討

（出所：藤井外科院長（長崎市医師会副会長）　藤井　卓先生・長崎市高齢者すこやか支援課）

長崎大学離島医療研究所の取り組み

・平成16年5月1日、長崎大学に離島・へき地医療学講座が開講され、同時に離島における活動拠点として長崎県五島中央病院内に離島医療研究所が開設された。

・スタッフ：教授1人（兼務）、助教2人、実習助手2名
学生担当2人、事務補佐等3人

・主な活動内容
① 地域医療教育
② 地域医療研究
・地域疫学研究
・地域医療情報に関する研究
③ 離島・へき地診療支援



離島医療研究所　医療・保健実習の実施施設



（出所：長崎大学離島医療研究所視察資料）

第2回長崎地域医療セミナー　in GOTO

・平成26年8月22日（金）～24日（日）
・五島市富江町
・長崎大学医学部生24人、長崎純心大学生7人
　他大学医・歯学部生5人
・講義、ワークショップ、実習

多職種協働を体験

共通言語を増やす





秋田大学の全国シンポジウムで発表
・島を訪ね、多職種の卵たちと学びあった2泊3日のセミナー
・ワークショップを通じて、地域包括ケアを知識から行動へ！

地域包括ケアシステム構築

地理、人口規　模、文化、気候
、風土、産業、交通など

＋ 関係機関等との連携

地域によって状況は異なる

社会資源：少
連携：強

社会資源：多
連携：強

社会資源

－ 195の地域包括
ケアシステム ＋

社会資源：少
連携：弱

社会資源：多
連携：弱

長崎県には195の中学校区がある

－

（5） 第３回 全国シンポジウム 日本の国情・２次医療圏の実情を熟考して，理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2014

① **テーマ** 「世界の視点から，日本の国情に合ったパフォーマンスレベルの医学教育／研修保証を考える－多職種連携教育／研修（Interprofessional education）から職種を超えた連携教育／研修（Transprofessional education）充実のために－」

② **日　時** 平成26年11月15日（土）12：00～18：00

③ **場　所** 秋田キャッスルホテル（秋田市中通）

④ **主　催** 秋田大学医学部，秋田大学医学部附属病院

共　催 全国地域医療教育協議会，あきた医師総合支援センター，秋田医学会

後　援 秋田県，秋田県医師会，秋田県歯科医師会，秋田県薬剤師会，秋田県看護協会，秋田県病院協会，秋田県病院薬剤師会

⑤ **概　要**

学生ポスターセッションー学生の視点から医学教育改革を推進する　2014ー

・秋田大学「『すべての医師＝教育者』の理想に向けた医学生チューターの展開」
・秋田大学「１年次英語医療面接 OSCE の意義を学生の視点から考える」
・秋田大学「１年次医学科・保健学科 PBL 合同セッション－多職種連携教育の充実に向けた学生視点からの提言－」
・鹿児島大学「鹿児島大学地域枠制度による地域医療マインド形成」
・鹿児島大学「これまでの地域枠実習で見えてきたこと」
・長崎大学／長崎純心大学「第２回長崎地域医療セミナー IN GOTO　島を訪ね，多職種の卵たちと学んだ２泊３日～セミナー概要～」
・長崎大学／長崎純心大学「第２回長崎地域医療セミナー IN GOTO　地域包括ケアを知識から行動へ～ワークショップをきっかけに～」



図5-1　学生ポスター

・長崎大学「地域で多職種連携を体験し考えてみよう！平戸の地域医療夏合宿，地域に出よう！地域で学ぼう！」



写真５-10　学生ポスターセッション

主催者挨拶・来賓挨拶

澤田 賢一氏（秋田大学学長）

堀井 啓一氏（秋田県副知事）

小山田 雍氏（秋田県医師会長）

基調講演１　　座長　伊藤 宏氏（秋田大学医学部長）

「医学教育の現状と課題2014」

平子 哲夫氏（文部科学省高等教育局医学教育課　企画官）

基調講演２　　座長　羽渕 友則氏（秋田大学医学部附属病院長）

「これからの卒後臨床研修と専門医制度2014」

松崎 淳人氏（厚生労働省医政局医事課　課長補佐）

基調講演３　　座長　前田 隆浩氏

（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座
地域医療学分野教授　全国地域医療教育協議会代表世話人）

「21世紀型社会のケアと医学教育…疾病転換とケアサイクル論からの提案」

長谷川 敏彦氏（文部科学省科学技術・学術政策研究所客員研究官
前　日本医科大学医療管理学教室　主任教授）

シンポジウム

「世界の視点から，日本におけるパフォーマンスレベルの医師・医療者研究者育成教育／研修保証を考える－各分野横断的に必要な実践力修得へ－」

座長　長谷川 仁志氏（秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授）
大脇 哲洋氏（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
国際島嶼医療学講座地域医療学分野教授）

・「これからの家庭医療を考える英国短期訪問プロジェクトで学んだ医療・多職種連携のしくみ」増山 由紀子氏（医療生協さいたま大井協同診療所　所長　日本医療福祉生協連家庭医療学開発センター　福島県立医科大学大学院地域・家庭医療学専攻）

・「医学教育の国際化におけるこれからの看護教育－ニューヨーク看護師からの提言－」手塚 ロンダ リン氏（赤十字ボランティア極東代表　ニューヨーク看護師）

・「ネーティブ英語模擬患者による英語医療面接教育が日本の医学教育に及ぼす期待－各大学医学部における私たちの取組から－」芦田 ルリ氏（東京医科大学英語教室講師）

・「マイアミ大学・ハーバード大学における臨床実習経験から日本の医学教育システム

を考察する」網谷 真理恵氏（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　離島へき地医療人材育成センター　特任助教）

・「進む東南アジアの医学教育展開　日本への提言」Loreto B. Feril, Jr 氏（福岡大学医学部解剖学講座　講師）

・「日本における Clinician−educator の養成とその役割について考える」尾原 晴雄氏（沖縄県立中部病院総合内科　医長　内科研修プログラム副ディレクター）

・「ハーバード大での教員経験からみる日本の国情と医学・医療教育改革へのヒント」志賀 隆氏（東京ベイ・浦安／市川医療センター　センター長補佐　救急科部長　地域医療振興協会シミュレーションセンター長）



写真５-11　シンポジウム

特別講演　日本におけるチーム医療教育・研修充実のために

座長　加賀谷 豊氏（東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター教授　東北シミュレーション医学教育研究会　会長）

「The future of Medical Education is now! Using simulation for team training－医学教育の未来：シミュレーション教育による高いレベルのチーム医療育成のために－」

Benjamin W Berg 氏

（ハワイ大学医学部 SimTiki シミュレーションセンター　教授）

⑥ **参加者**　潮谷 有二教授，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教

出雲 幸奈（長崎純心大学現代福祉学科４年），加藤 小百合（同４年）

戸口 四郎（同３年）

（6） 日本社会福祉学会 第62回秋季大会

① **テーマ**　「社会福祉は日本の未来をどう描くのか」

② **期　日**　平成26年11月29日（土）～30日（日）

③ **場　所**　早稲田大学早稲田キャンパス（東京都新宿区）

④ **概　要**

第１日目

・若手研究者のためのワークショップ

テーマ「研究法の違いによる研究の可能性と限界～多様なアプローチを学ぶ～」

研究計画発表者

「研究計画の立案と分析」有村 大士氏（日本社会事業大学）
「高等教育における福祉専門職の卒後教育の課題－アンケート調査を用いた量的研究方法によるアプローチ」畑 亮輔氏（北星学園大学）
「ナラティブ・データを対象とした質的研究～テキストマイニングとナラティブ分析～」荒井 浩道氏（駒澤大学）
「高等教育における卒後教育の課題－介護福祉士のキャリア発達プロセス・要因に基づく研修体系の構築を目指した研究デザイン－」鈴木 俊文氏（静岡県立大学短期大学部）

・開会式
・学会賞授賞式
・大会校企画シンポジウム
テーマ：「未来から求められる社会福祉の貢献を考える」
シンポジスト
木村 隆夫氏（日本福祉大学福祉経営学部・東海司法福祉研究会代表）
炭谷 茂氏（社会福祉法人恩賜財団済生会理事長・元環境事務次官）
佐藤 滋氏（早稲田大学理工学部・日本建築学会元会長）
白澤 政和氏（桜美林大学大学院・日本社会福祉学会前会長）
司会
田中 英樹氏（早稲田大学・日本精神障害者リハビリテーション学会会長）



写真５-12　秋季大会第１日目

第２日目
・口頭発表Ａ
・口頭発表Ｂ（地域福祉４分科会）
発表Ⅰ「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要（その１）－関係機関等との連携状況に焦点を当てて－」（吉田 麻衣助教）
発表Ⅱ「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要（その２）－地域ケア会議と業務状況に焦点を当てて－」（奥村 あすか助教）



写真５-13　秋季大会第２日目口頭発表Ｂ

なお，発表資料は，長崎純心大学医療・福祉連携センターホームページに掲載している．（http:www.n-junshin.ac.jp/study/research/）

⑤　**参加者**　潮谷 有二教授，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教

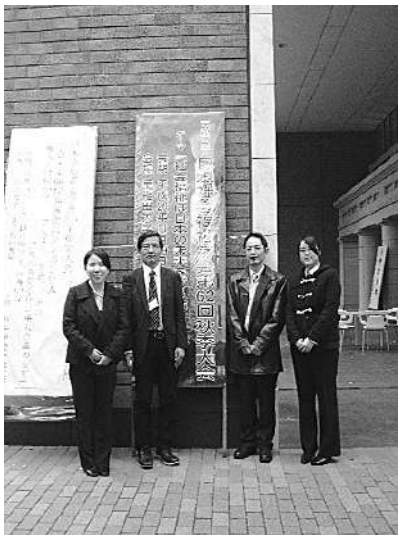


写真５-14　秋季大会参加者

（7）『地域を支え地域を科学する総合診療医の養成』プロジェクトシンポジウム

①　**テーマ**　「病院総合診療の未来を見つめて」

②　**日　時**　平成26年12月21日（日）13：00～16：30

③　**場　所**　岡山大学鹿田キャンパスＪホール（岡山市北区鹿田町）

④　**主　催**　岡山大学医療教育統合開発センター GIMcenter

⑤　**概　要**

主催者挨拶・病院長挨拶

谷本 光音氏（岡山大学医療教育統合開発センター　GIMcenter 部門長）

槇野 博史氏（国立大学法人岡山大学　理事・岡山大学病院長）

本プロジェクトの概要説明

事業推進責任者

片岡 仁美氏（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座　教授）

特別講演「中規模病院での新たな総合内科の立ち上げを経験して－地域病院の活性化をいかに導くか－」

藤谷 茂樹氏（東京ベイ・浦安市川医療センター　センター長）

GIM シンポジウム

座長

大塚 文男氏（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科総合内科学　教授）

シンポジスト

「地域に開かれた総合診療・救急診療の中で総合診療医を育てる」福岡 敏雄氏（公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院主任部長）

「総合診療専門医の育成と病院総合－家庭医の立場から－」松下 明氏（岡山家庭医療センター　奈義ファミリークリニック　所長）

「病院総合診療の未来を見つめて」菅波 由有氏（岡山市立総合医療センター　岡山市立市民病院総合内科　医長）

「１から始める総合診療科」太田 茂氏（福山市民病院内科　医長）

閉会挨拶

中瀬 克己氏（岡山大学医療教育統合開発センター　GIMcenter 部門　教授）

⑥ **参加者**　宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教





写真５-15　プロジェクトシンポジウム

（8） リサーチマインドを持った総合診療医の養成 第２回合同公開フォーラム

① **テーマ**　「今後の日本に求められる総合医養成の課題と展望」

② **日　時**　平成27年１月30日（金）10：00～16：30

③ **場　所**　千里ライフサイエンスセンター（大阪府豊中市新千里東町）

④ **主　催**　大阪大学

後　援　社団法人日本老年医学会，一般社団法人日本プライマリー・ケア連合学会

⑤ **概　要**

主催者あいさつ

金田　安史氏（大阪大学大学院　医療系研究科長）

特別講演「未来医療研究人材養成拠点形成事業　リサーチマインドを持った総合診療医の養成」

講演者　文部科学省高等教育局　医学教育課長　寺門 成真氏

座　長

セッション１：地域医療に貢献する総合診療医養成の課題と展望

座　長　生坂 政臣氏（千葉大学附属病院　総合診療部　教授・副病院長）
竹村 洋典氏（三重大学大学院医学系研究科　家庭医療学　教授）
発表者　吉本 尚氏（筑波大学　医学医療系　地域医療教育学　講師）
生坂 政臣氏（千葉大学附属病院　総合診療部　教授・副病院長）
竹村 洋典氏（三重大学大学院医学系研究科　家庭医療学　教授）
片岡 仁美氏（岡山大学　地域医療人材育成講座　教授）
新納 宏昭氏（九州大学　臨床教育研修センター　教授）

セッション２：拠点形成事業の進捗と展望

座　長　大野 岩男氏（東京慈恵会医科大学　総合診療内科　教授）
山城 清二氏（富山大学附属病院　総合診療部　教授）
発表者　松向寺 孝臣氏（東北大学　総合地域医療教育支援部　講師）
鈴木 翼氏（新潟大学　医師キャリア支援センター　特任助教）
山城 清二氏（富山大学附属病院　総合診療部　教授）
藤戸 善伸氏（札幌医科大学　地域医療総合医学講座　助教）
赤津 裕康氏（名古屋市立大学　地域療養医学　特任教授）
松島 雅弘氏（東京慈恵会医科大学　臨床疫学研究部　教授）

セッション３：超高齢社会に対応する総合診療医養成の課題と展望

座　長　廣瀬 昌博氏（島根大学　地域医療政策学講座　教授）
永田 康浩氏（長崎大学　地域包括ケア教育センター　教授）
発表者　山中 崇氏（東京大学医学部在宅医療拠点　特任准教授）
小黒 亮輔氏（大阪大学　卒後教育開発センター　特任助教）
廣瀬 昌博氏（島根大学　地域医療政策学講座　教授）
相良 郁子氏（長崎大学　地域包括ケア教育センター　助教）

シンポジウム：今後の日本に求められる総合医および本事業の継続性について

座　長　楽木 宏美氏（大阪大学大学院医学系研究科　老年・腎臓内科学　教授）
前野 哲博氏（筑波大学　総合診療グループ長）
シンポジスト　新木 一弘氏（南魚沼市ゆきぐに大和病院　内科医長）
大内 尉義氏（日本老年医学会理事長・虎の門病院　院長）
太田 秀樹氏（医療法人アスムス理事長）
梶井 英治氏（自治医科大学　地域医療学センター長）

閉会のあいさつ

楽木 宏美氏（大阪大学大学院医学系研究科　老年・腎臓内科学　教授）

⑥ **参加者**　潮谷 有二センター長・教授，宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，
吉田 麻衣助教



写真５-16　合同公開フォーラム

（9） 第55回 医学教育セミナーとワークショップ

① シンポジウム

テーマ　“多職種連携”が発揮できる教育をめざして－４年間の事業成果と今後の課題－

日　時　平成27年１月31日（土）13：00～17：30

場　所　岐阜大学サテライトキャンパス（岐阜市柳戸）

概　要

○　開会挨拶

○　シンポジスト発表

・鈴木 英雄氏（筑波大学　医学群医学教育企画評価室）
「筑波大学での多職種連携教育の取り組み－problem & solutions－」

・阿部 恵子氏（名古屋大学大学院医学系研究科　地域医療教育学講座）
「名古屋大学における継続的多職種連携教育の取り組み：IPEG から模擬患者参加型 IPE・患者参加型 IPE への段階的プログラムの構築」

・今福 輪太郎氏（岐阜大学　医学教育開発研究センター）
「岐阜大学における多職種連携教育の取り組み－IPE 学生セミナーの開催から正規授業での実現に至るまで－」

・長谷 由紀子氏（広島大学大学院　医歯薬保健学研究科）
「劇場型『多職種連携口腔衛生管理』のための教育プログラムの開発」

・下司 映一氏（昭和大学　保健医療学部教育推進室）
「昭和大学での多職種連携医療教育の取り組み」

・Mary　Lee 氏（タフツ大学医学部・タフツメディカルセンター教育改革特別顧問／東京大学　医学教育国際研究センター）
「Challenges of undergraduate interprofessional education:the Tufts experience」
（卒前教育で多職種連携をどう教えるか：タフツ大学の取り組み）

・吉村 学氏（地域医療振興協会　揖斐郡北西部地域医療センター）
「ごちゃまぜ IPE～５年間の取組報告と今後の可能性～」

・古屋 聡氏（山梨市立牧丘病院）
「お口から連携へ」

・市橋 亮一氏（総合在宅医療クリニック）
「総合在宅医療クリニックでの多職種連携医療の取り組み」

○　休憩・展示（ポスター）見学

○　グループワーク

○　全体交流会

○　閉会

② **ワークショップ**

WS-1　複雑性の視点で多職種での事例検討を振り返る

・日時：平成27年2月1日（日）9：00～12：30

・企画：春田 淳志氏・飯岡 緒美氏（東京大学），小島 愛氏（王子生協病院），後藤 道子氏・吉田 和枝氏・森 洋平氏（三重大学），吉見 憲二氏（早稲田大学），吉本 尚氏（筑波大学）

・概要：本WSでは，複雑性の異なる事例検討を多職種で実体験し，その後に振り返ることで「複雑性」という視点で多職種連携のグループダイナミクスを円滑に進めるファシリテーターの役割を理解する．

WS-2　大教室＆半日で実施可能！
Team-based learning（TBL）を活用したInterprofessional education（IPE）

・日時：平成27年2月1日（日）9：00～12：30

・企画：前野 貴美氏・鈴木 英雄氏・稲田 晴彦氏・堤 円香氏（筑波大学），富田 美加氏（茨城県立医療大学）

・概要：本WSでは，専門職連携教育Interprofessional education（IPE），（TBL）について理解を深めた上で，筑波大学・茨城県立医療大学が合同で実施しているプログラムの一部を体験する．

WS-3　多職種連携教育の研究計画を洗練させる

・日時：平成27年2月1日（日）8：45～12：30

・企画：鈴木 康之氏・西城 卓也氏・今福 輪太郎氏・Phillip Evans氏（MEDC），片岡 竜太氏（昭和大学）

・概要：本WSでは，IPE研究を始めようとするものを対象に，文献検索やリサーチクエションを立てるプロセス，また研究アプローチの基本を共に学び，その後，各自で研究計画を立てるワークを行う．

③ **参加者**　宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教



写真5-17　医学教育セミナー

(10)　第７回 全国シンポジウム「地域推薦枠医学生の卒前・卒後教育をどうするか？」

① **テーマ**　「地域推薦枠医学生・医師の教育・キャリア形成に地域医療支援センターが果たす役割」

② **日　時**　平成27年２月20日（金）13：30～16：30

③ **場　所**　JP タワーホール＆カンファレンス（東京都丸の内）

④ **主　催**　鹿児島大学病院　地域医療支援センター，鹿児島大学大学院医歯学総合研究科地域医療学分野／離島へき地医療人育成センター

⑤ **概　要**

開会挨拶

金田 安史氏（大阪大学大学院　医療系研究科長）

基調講演

「医療法に位置づけられた地域医療支援センターへの期待」

廣澤 友也氏（厚生労働省医政局地域医療計画課課長補佐）

発表Ⅰ

「岡山県地域医療支援センターの役割」

岩瀬 敏秀氏（岡山県地域医療支援センター岡山大学支部助教）

発表Ⅱ

「一般社団法人　しまね地域医療支援センターの取組～地域医療支援センターが果たす役割～」

勝部 琢治氏（一般社団法人　しまね地域医療支援センター　主任主事）

発表Ⅲ

「とちぎ地域医療支援センターの取組」

渡辺 晃紀氏（栃木県保健福祉部医療政策課とちぎ地域医療支援センター専任医師）

発表Ⅳ

「三重大学における地域枠学生を含む卒前・卒後教育の課題と取組み」

櫻井 洋至氏（三重大学大学院医学系研究科肝胆膵・移植外科　医学・看護教育センター准教授）

討論

⑥ **参加者**　宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教



写真５-18　全国シンポジウム

(11)　第２－４回 研究セミナー

① **趣　旨**　日本保健福祉学会では，保健医療，福祉領域の専門職，学生，研究者のスキルアップを目的とし，研究方法に関する１コース４回のセミナーを開始している．第４回は「尺度開発」をテーマに開催する．

② **日　時**　平成27年２月28日（金）10：00～16：30

③ **場　所**　日本社会事業大学　研究棟（東京都清瀬市）

④ **主　催**　日本保健福祉学会

⑤ **概　要**

開会挨拶

教育担当理事　延原 弘章氏（埼玉県立大学　教授）

講義１「尺度開発」　講師　有村 大士氏（日本社会事業大学・准教授）

講義２「因子分析とは」　講師　徳田 律子氏（東北文化学園大学・准教授）

演習１「SPSS を用いた演習と結果の見方」　講師　徳田 律子氏
（東北文化学園大学・准教授）

演習２「尺度開発の方法－主因子法と最尤法を活用して－」
講師　有村 大士氏（日本社会事業大学・准教授）

閉会挨拶　日本保健福祉学会会長　安梅 勅江氏（筑波大学・教授）

⑥ **参加者**　宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教，吉田 麻衣助教





写真５-19　研究セミナー

(12)　文部科学省『大学間連携共同教育推進事業』選定取組 彩の国連携力育成プロジェクト中間報告会

① **テーマ**　４大学の学生は何を学んだか？
～地域住民の暮らしを支える連携力のある専門職をめざして～

② **日　時**　平成27年３月７日（土）13：00～15：45

③ **場　所**　さいたま市産業文化センター　ホール（さいたま市中央区）

④ **主　催**　埼玉県立大学，埼玉医科大学，城西大学，日本工業大学

⑤ **概　要**

開会のことば

三浦 宜彦氏（埼玉県立大学　学長）

第１部　彩の国連携力育成プロジェクトで学生は何を学んだか

・彩の国連携力育成プロジェクトの概要と実施状況

新井 利民氏（埼玉県立大学　社会福祉こども学科　准教授）

・参加学生がふり返る IPW 実習（2014）

≪参加学生≫

金子 嘉幸（埼玉県立大学　社会福祉こども学科）

池田 のぞみ（埼玉医科大学　医学科）

松本 佳祐（埼玉医科大学　医学科）

奥野 真由（城西大学　医療栄養学科）

江幡 弥愛子（日本工業大学　生活環境デザイン学科）

≪施設ファシリテーター≫

齋木 実氏（鶴ヶ島在宅医療診療所　副院長）

≪連携大学教員≫

大嶋 繁氏（城西大学　薬学科　准教授）

勝木 祐仁氏（日本工業大学　生活環境デザイン学科　准教授）

第 2 部　彩の国連携力育成プロジェクトの意義と可能性

・各大学から見た彩の国連携力育成プロジェクトの意義

大部 令絵氏（埼玉県立大学　大学間連携共同教育推進事業　特任助教）

柴﨑 智美氏（埼玉医科大学　地域医学・医療センター　准教授）

細谷 治氏（城西大学　薬学科　准教授）

勝木 祐仁氏（日本工業大学　生活環境デザイン学科　准教授）

・評価委員会による中間評価報告

・意見交換

・今後の課題と展望

田口 孝行氏（埼玉県立大学　理学療法学科　教授）

・閉会のことば

萱場 一則氏（埼玉県立大学　副学長）

⑥ **参加者**　宮野 澄男准教授，奥村 あすか助教



写真５-20　彩の国連携力育成プロジェクト

6　長崎県内地域包括ケア施設視察

6 長崎県内地域包括ケア施設等視察

（1） 佐々町地域包括支援センター

① **日　時**　平成26年２月12日（水）16：00～17：40

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

佐々町の概要

佐々町の人口は2013（平成25）年４月末現在で13,766人，高齢者人口3,202人，高齢化率22.1％であった．佐々町地域包括支援センターは佐々町住民福祉課内に設置された直営型で，保健師２名，看護師２名，介護福祉士１名，主任介護支援専門員２名，介護専門員２名，介護認定調査員２名の計11名の職員が配置されていた．

佐々町では539名の高齢者が介護認定を受けているが，介護保険料は5,990円で長崎県内第１位，全国でも第23位の金額の高さであった．そのため，佐々町地域包括支援センターでは町民から預かっている高い保険料が権利意識で使用されることなく，しかも必要な人には必要なだけの介護サービスを十分に適切に使用されることを課題としていた．

地域支援体制

地域包括ケアに対する佐々町の基本的な考え方は，高齢者の視点からの地域づくりであって，地域と人とじっくりふれあって，「地域力」を最大限に引き出すことであるとしていた．したがって，佐々町地域包括支援センターではできないことへのお手伝いではなく，できることへの継続とさらに改善可能なことを増やすことに力点をおく自立支援への取組を展開していた．そのために，介護予防を含む地域支援体制の確立が急務として図６-１に示すような体制を構築していた．

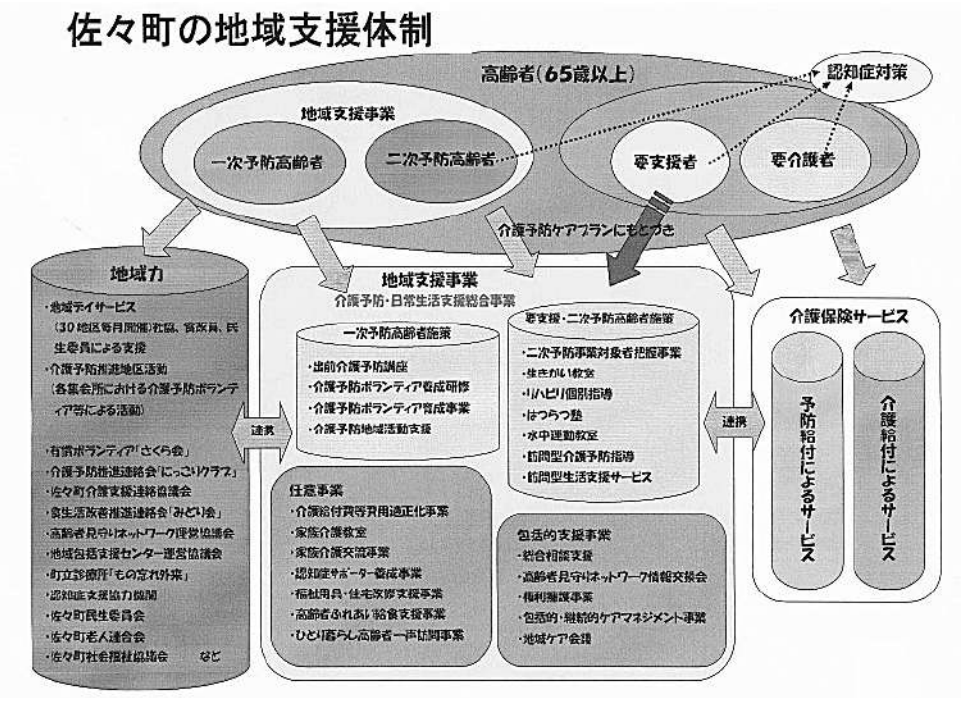


図６-１　佐々町の地域支援体制

出所：佐々町地域包括支援センター視察資料

自立支援への取組

佐々町地域包括支援センターが第一に取り組んだことは，介護認定新規申請事前点検の徹底（介護保険制度・地域支援事業の説明）と認定者で介護サービスの利用のない高齢者訪問であった．そのため，介護認定申請の窓口は申請受付窓口ではなく介護相談窓口であるというスタンスをとり，これまでわずか５分で終わった申請手続き事務的に処理するのではなく，申請者の相談にのり，介護保険制度の説明や地域支援事業の説明を十分に行うとともに，介護予防事業へとつなぐ取り組みを展開していた．さらに，佐々町では介護認定者の２割がお守り代わりに介護保険を申請しているという実態があったため，不安から介護保険申請に至るケースに対しては定期訪問による介護予防を兼ねた見守り支援を積極的に展開していた．このように，佐々町地域包括支援センターでは介護予防と一般高齢者との間にあるサービスを受けていない高齢者（サインを出している高齢者）にしっかり関わっていくことが介護予防や適切な訪問活動を重要視していた．

この他にも，佐々町地域包括支援センターでは介護予防を目的とした生活機能向上プログラムを実施する「生きがい教室」（週１回町内３地区，午前は運動や口腔体操などの集団活動，午後は健康麻雀やカラオケなどの個別活動），介護予防を主とした高齢者の趣味活動の場である「はつらつ塾」（水中運動教室や３Ｂ体操，おとこ料理クラブなどの日替わりメニュー）なども展開していた．

介護予防ボランティア養成

佐々町地域包括支援センターでは，特色あるさまざまな取り組みを積極的に展開していたが，地域支援事業を支えるためには，「地域力」が大きいと考えていた．しかし，「地域力」を生かすには，行政だけでは限界があるとして，佐々町地域包括支援センターでは介護予防ボランティアの養成に力を入れ，図６-２に示すような組織を立ち上げていた．

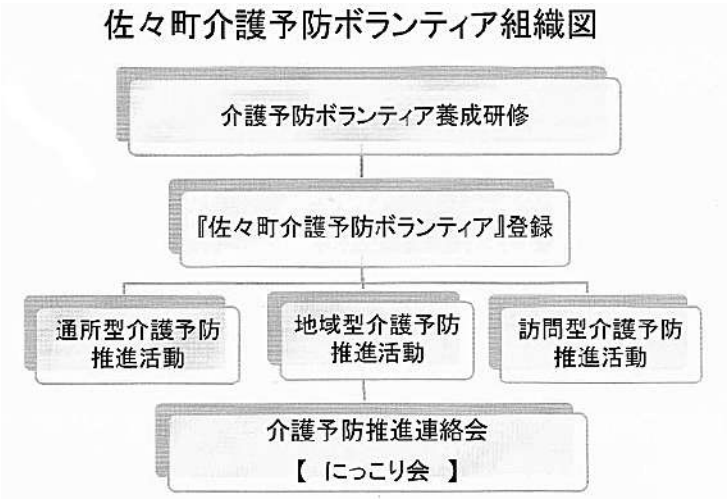


図６-２　佐々町介護予防ボランティア組織図

出所：佐々町地域包括支援センター視察資料

佐々町地域包括支援センターでは，介護予防ボランティアによる地域活動の利点として，

・地域の実情に合わせた教室が展開できる．
・教室終了後のフォローがしやすいので，継続参加や見守り体制の構築につながる．
・地域ごとに最寄りの会場で実施されるので，参加しやすい．

・他市町からの転入者の地域参加へのきっかけとなり，地域交流の場となっている．
・教室の開催により，地域内で介護予防活動の理解が深まる．
などを挙げていた．

また，行政から介護ボランティア養成への支援策として，
・教室初回時に，職員が開催目的や介護予防についての説明の場を設ける．
・その後も，教室が円滑に運営されるよう，状況に応じて運動指導やボランティへの支援を実施する．
・体力測定やアンケート集計を実施する．
・教室の開催状況や相談支援などボランティアとの連絡調整をする．
などを講じていた．

このような行政の支援を受けながら，介護予防ボランティアは地区集会所を活用した介護予防活動に対する地域内への声かけ，参加呼びかけを実施したり，介護予防教室のメニューの検討や教室の運営にも参画したりしていた．平成24年度における介護予防ボランティアの実施回数は281回，参加実人数261人（延べ人数2,897人）にも上っていた．さらに，介護予防ボランティアは日常生活において，住民による生活支援があれば自立した生活が送れる高齢者を訪問し，日常生活動作を一緒に行うことにより地域の支え合いのもと自立した生活を送るように支援する訪問型生活支援サービスにも参加していた．

なお，地域包括支援センターでは介護予防ボランティア育成の課題として，
・ボランティアの介護予防推進への意欲の継続
・地域活動メニューのマンネリ化，参加継続につながる内容伝達
・ボランティアへの継続的・定期的活動支援
・地区の活動評価必要
などを挙げていた．

認知症対策

佐々町地域包括支援センターでは，軽度・重度に関わらず転倒骨折を含む廃用症候群と認知症への対策が急務であるとしていた．そこで，佐々町地域包括支援センターでは認知症になっても安心して過ごせる地域づくりを目指して，認知症連携担当者を配置（看護師・ケアマネジャー）して佐々町立診療所（毎週水曜日，もの忘れ外来）と連携を図るとともに，佐々町認知症サポーター養成講座，高齢者見守りネットワーク情報交換会などの取り組みを展開していた．

地域ケア会議

介護予防を含む地域支援体制の確立の一つに，地域ケア会議の開催がある．佐々町地域包括支援センターでは，地域ケア会議の位置づけを地域課題の検討よりも個別ケースの検討に主眼を置き，厚生労働省から示された五つの機能のうち地域課題の発見機能までを扱うとしていた．そのため，毎週木曜日午後に，３件程度を予定（１件あたり30分程度）し，地域ケア会議の構成員は，担当介護支援専門員，介護サービス事業所の担当者，施設サービス計画書担当者，保険者（地域包括支援センター，介護保険担当）からなっていた．



図6-3　佐々町の地域ケア会議

出所：厚生労働省資料及び佐々町地域包括支援センター視察資料から再構成

多職種の視点で事例検討をすることで,「この方らしくとは？秘めた可能性は？」などケアマネジャーのスキルアップを目指していた．なお，佐々町地域包括支援センターでは介護関係者のスキルを，要望解決型プランの提示だけではなく，介護の専門家として将来を予測し，自立支援に向けての目標設定・方法を提案できることとしていたため，専門家のアドバイスを受けながら自立支援型ケアマネジメント支援・生活行為評価を導入していた．地域ケア会議を通して,個々の事例の積み重ねから地域全体の課題を探り,佐々町独自の新しいサービスが生み出されるきっかけづくりの場としたいとしていた.

（2）　国民健康保険　平戸市民病院

① **日　時**　平成26年２月13日（水）９：40～12：10

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

概要

平戸市民病院がある平戸市紐差地区は平戸市の中心街から約20km離れた地区で，医療経営上不採算地区であり，民間診療機関が存立しにくいところであった．しかし，医療提供機関が生活基盤としては不可欠であったところでもあった．昭和60年，ワンポイントのつもりで国保紐差病院の院長として赴任した押淵徹院長は，この地で医師としての使命を果たすことが地域住民の生活向上に貢献することになると考え，地域包括医療（ケア）を基本理念とした保健・医療・福祉を包含した地域医療活動を展開してきた．本報告は，押淵徹院長の28年間の実践を要約したものである.

地域医療の実践

押淵院長は，介護力を強化するためには青・壮年期からの健康づくりが何よりも大切で,

そのことが高齢者になっても要介護者にならない元気老人の創出につながるとの信念を持っていた．そのためには何よりも介護予防が重要であると考え，昭和62年から地域における健診活動に取り組んだ．当時，夏期になると，病院は各地区（小離島も含む）の集会場（公民館など）に出向き，出張集団検診を積極的に展開した．併せて個別健診，夜間健診なども実施していた．昭和62年当時，障害をかかえた高齢者の自立支援に対する関わりで，生活習慣病，骨関節疾患等の合併症がリハビリテーションの阻害因子となり，入院期間の長期化，寝たきり・車椅子生活，在宅復帰困難になることをよく経験した．そこで地域に出向いての健康教室等を通して住民への啓発活動を続けたとのことであった．当時，通所系の福祉サービスがない時代だったので，昭和63年に現在のデイケア，デイサービスと外来医療・リハビリテーションをミックスしたような「ミニステイ（宿泊外来)」を始め，送迎（車椅子利用者にも対応できる）サービス，入浴サービス（寝たきりも対応）を行い，在宅療養者の支援を行った．また，地域支援事業として糖尿病教室，食生活改善事業，男の料理教室，いきいき健康教室，子育て療育支援事業，地域リハビリテーション指導者養成事業，地域療育支援事業なども進んで導入したとのことであった．



写真６-１　地区公民館や漁船をチャーターしての出張健診
出所：国民健康保健平戸市民病院視察資料



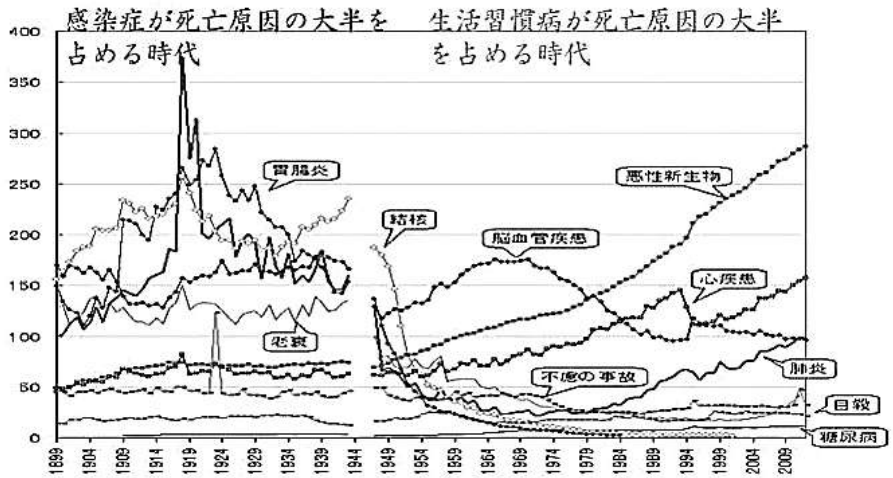
写真６-２　いち早く高齢者教室等を開催

出所：国保平戸市民病院視察資料

総合診療専門医について

「今なぜ，総合診療専門医か」という問いに押淵院長は以下のように語った．図６-４は，わが国の主要死亡原因の長期推移を示したものである．これを見ると，死亡原因は大きく二つの時期に区分できる．一つは感染症が死亡原因の大半を占める時代である．この時代の医療は，治して社会復帰を計ることに主眼が置かれていたといえる．もう一つは生活習慣病が死亡原因の大半を占める時代である．この時代の医療は，治ることのない疾患を終生持ち続ける人たちに提供される医療が求められるようになったといえる．このように超高齢社会に求められる医療とは，生活習慣病対策を主眼とする（治らない～治せない）医療であり，生活習慣病を持ちながら社会活動を営む国民を支える寄り添う医療である．

主要死因別死亡率（人口10万人対）の長期推移（～2012年）



（注）1994年の心疾患の減少は，新しい死亡診断書（死体検案書）（1995年１月１日施行）における「死亡の原因欄には，疾患の終末期の状態としての心不全，呼吸不全等は書かないでください．」という注意書きの事前周知の影響によるものと考えられる．2012年は概数．

（資料）厚生労働省「人口動態統計」

図６-４　超高齢社会における医療

出所：国保　平戸市民病院視察資料

そこでは，治療（CURE）は当然であるが，加えて生活面での支え＝互助，共助，公助を加味して病気を持ちながらも社会活動ができるよう「支える医療」が求められるようになった．社会的支援（互助・共助・公助）には，多くの職種（保健師・看護師・理学療法士・作

業療法士・言語聴覚士・ケアマネジャー・社会福祉士等）が関わることが重要で，それが実現したとき質の高い支援が展開されるといえる．したがって，生活習慣病の時代に求められる医師像とは，生活習慣病の特徴を知り治療に臨む全人的な視野を持った総合診療専門医が求められる．押淵院長は総合診療専門医とは，「一般的な診療において，日常よくみられ，且つ頻繁に関わる疾病又は外傷に対する初期対応と必要に応じ社会的要因にも配慮しつつ，保健予防・介護福祉を包括した全人的な対応一般」と定義したいとした．

平戸市民病院の地域包括ケアシステム

地域医療とは，地域社会の特性（自然環境，社会環境）を踏まえ，その地域住民の生活を支えるために必要な医療を提供することである．住民の生活現場に求められる医療を指す．時代・地域・季節・環境などさまざまな要因があり，求められる医療にも違いがある．

平戸市民病院の目指す地域医療は，離島，へき地，中山間地など医療提供体制が未整備なところで地域医療を展開することであった．押淵院長は，「地域医療の愉しさは，市民の生活背景を考慮した医療ができること，医療の成果を行政政策に反映できる充実感・達成感があること，地域づくりに貢献できる満足感を得られること」などを挙げられた．

図６-５に患者の流れ，平戸市民病院，国保総合施設「サンケア」の役割分担，関係機関との連携などを示した平戸市民病院地域包括ケアシステム図を掲げている．

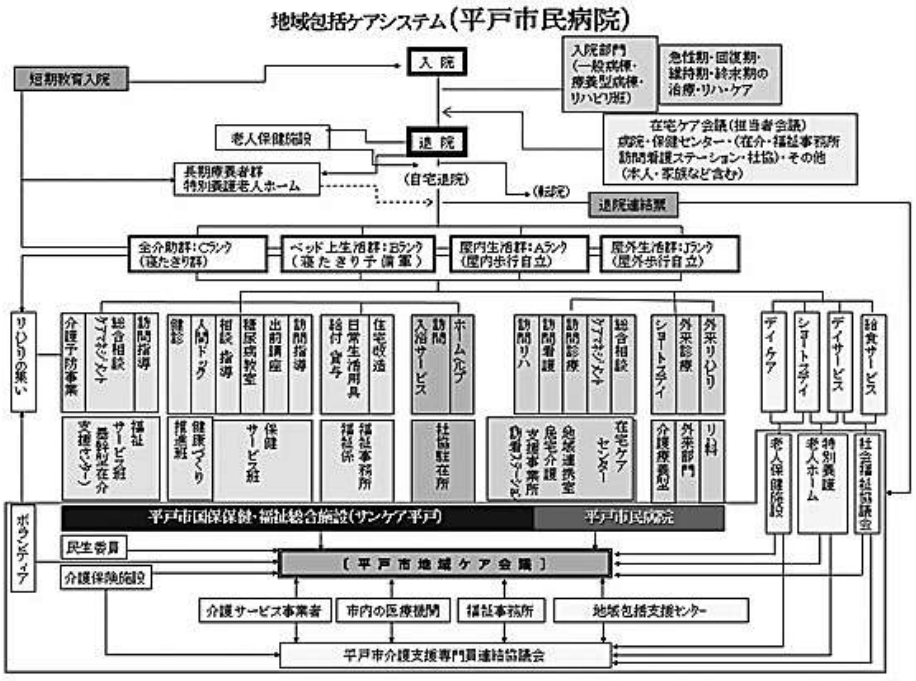


図６-５　平戸市民病院地域包括ケアシステム
出所：平戸市民病院視察資料

（3） 島原市地域包括支援センター

① **日　時**　平成26年２月19日（水）13：00～17：00

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

概要

島原市は長崎県の南東部にある島原半島の東部に位置する．島原市の総人口は平成25年４月末現在で48,077人，高齢者人口は14,187人，高齢化率は29.5％と長崎県の高齢化率よりも高い状況にあった．島原市の介護保険事業は島原半島の三市（雲仙市・島原市・南島原市）で広域連合を組み，共同で運営されている．なお，島原市地域包括支援センターは島原市医師会に委託運営されていた．

島原市の65歳以上の人口14,187人を１次予防（元気高齢者），２次予防（心身機能の低下がある高齢者），３次予防（要支援者・要介護者）でカテゴリーで分類すると，１次予防高齢者は全体の68.6％，9,026人を占めていた．２次予防事業対象者は7.8％，1,660人，３次予防高齢者は介護保険の認定を持つ高齢者で24.2％，3,499人であった．

島原市における地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの基本要素とされる住居について島原市では持家率が８％と高く，そのため最後まで自宅で過ごすことを希望する高齢者が多い．そこで，島原市地域包括支援センターでは，図６-６に示すように自宅を基本とした上で，生活上の安全・安心・健康を確保するために，医療や介護の量的な充足はもとより，サービスの質や他の要素との連携ができることを目標としていた．また，介護予防についても，高齢者は自身のペースで生きがいを持った生活が送れることを目標としていた．

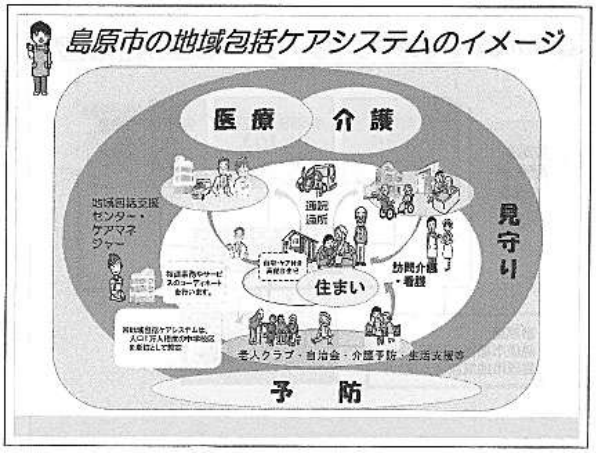


図６-６　島原市における地域包括ケアシステム

出所：島原市地域包括支援センター視察資料

島原市高齢者等見守りネットワーク協議会

島原市地域包括支援センターでは平成23年度に島原市高齢者等見守りネットワーク協議会を設置し，高齢者を地域で支え合う取り組みを実施してきた．その設置目的は，高齢者等への地域での見守り支援者を増やすこと，高齢者等の孤独死及び高齢者に対する虐待を防止すること，高齢者等が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるようにすることの三

つであった.

同協議会事務局は地域包括支援センター内に置かれていた．図６-７は島原市高齢者等見守りネットワーク協議会の組織図であるが，協議会には三つの部会が設けられていた．一つ目は，民生委員や町内会・自治会などが地域住民と協働して高齢者を見守り，日常的な関わりを生かした「地域の目」の役割を担う早期発見・見守りグループであった．二つ目は，介護支援専門員をはじめとする介護保険事業者等から構成され，各種サービスの利用時に高齢者に接し相談を通じて情報収集を行う保険医療福祉サービス介入グループであった．三つ目は，保健医療福祉分野の通常の相談を超えた専門的な対応が必要とされる場合に協力を得る関係専門機関介入支援グループであった．さらに各グループから選出された７名からなる専門部会が設置され，年５回協議会活動の企画運営を行うことになっていた．また，見守りネットワークが実効あるものにするため，高齢者と接することが多い事業所から構成されている連携協力・協定事業所連絡会が組織され，地域の情報収集を図っていた．なお同協議会では，市民向けのパンフレットの配布等による広報活動も行っていた.

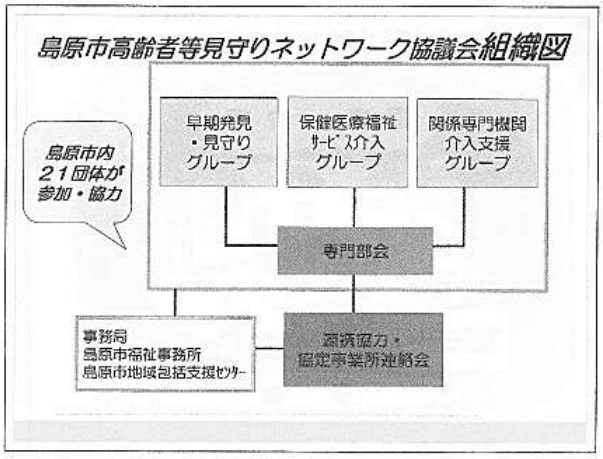


図６-７　高齢者等見守りネットワーク協議会組織図

出所：島原市地域包括支援センター視察資料

図６-８に島原市高齢者等見守りネットワーク図を示しているが，その特徴は，高齢者に直接接することの多い事業所と高齢者支援に関わることの多い機関との二重構造になっていることであった.

さらに，この見守りネットワークには多くの外部団体が参加協力をしており，21団体に上っていた．同協議会では高齢者等見守りネットワーク講座を年２回開催するとともに，誰もが気軽に参加できるよう「見守りネットワークづくり支援マニュアル」を作成していた．また，同協議会では見守り支援者を増やすため，島原市内７ヶ所の生活圏域ごとに，見守り・声かけ模擬訓練の講座を開催していた．午前中の講義では市内の状況や認知症に関する知識を得たり，ロールプレイによる声かけの方法を実施したりしていた．午後からは実際に路上に出て，高齢者役や支援者役になって模擬訓練を行っていた.

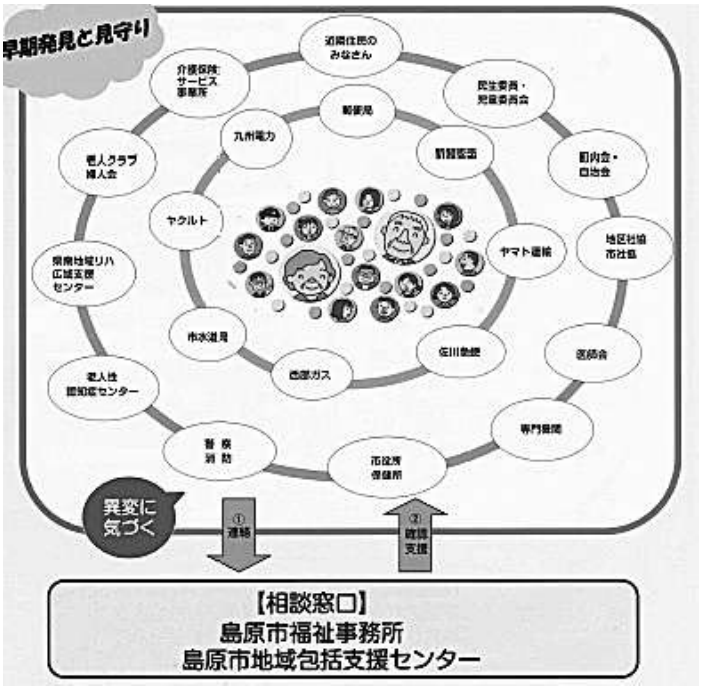


図６-８　島原市高齢者等見守りネットワーク

出所：島原市地域包括支援センター視察資料

認知症サポータの養成

高齢者が多い島原市では，行政や関係機関，地域包括支援センターだけでの支援は不可能であると考え，高齢者が認知症になっても安心して生活できるように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る地域の応援者を増やす試みとして認知症サポーター養成講座にも平成20年度から取り組んでいた．５年間で75回の養成講座を開催し，2,012人を養成するなど地域で高齢者を見守る目を増やす努力を続けていた．

島原市地域ケア会議

島原市地域包括支援センターでは，多職種協働による島原市地域ケア会議を毎月第３水曜日の15：00～から定例的に開催することにしていた．また，そのメンバーは固定されており，島原市地域広域市町村圏組合（保険者），島原市福祉保健部福祉班（保健師），島原市保険・健康増進グループ（保健センターの保健師），弁護士・法テラス（弁護士），島原市民生委員協議会連合会（民生委員会長），島原市老人クラブ連合会（老人会），島原市地区社会福祉協議会（市地区社協会長），島原半島介護支援専門員連絡協議会（ケアマネ），長崎県島原病院（医療ソーシャルワーカー），医療法人ウイング高城病院（精神保健福祉士），ストレスクリニックウイング（精神保健福祉士），島原市医師会訪問介護ステーション（訪問看護師），島原半島訪問介護員連絡協議会（訪問介護員），地域リハビリ広域支援センター（理学療法士），長崎県南保健所（作業療法士）が構成メンバーであった．なお，地域包括支援センターからは，所長（主任介護支援専門員）の他に，三職種（主任介護支援専門員３名，保健師５名，社会福祉士４名）が参加することになっていた．このようにあらかじめ開催日及びメンバーを固定することによって，地域ケア会議の定例開催を実現していた．

島原市における地域ケア会議の目的は，構成員よりの情報提供，社会資源の共有，事例検討，地域課題の把握の四つであった．なお事例検討では，検討の視点を明確に示しており，多職種による議論の焦点化が図られていた．また，事例検討後は，個票を回収するなどの個

人情報の管理にも配慮されていた．地域ケア会議を定期的に重ねており，互いの顔が見える中で会議が進められていたため，個別ケースの支援検討だけでなく，事例検討から地域の課題を見出し解決に向けて，地域代表者を含めた各構成委員が連携して地域の課題を検討する場となっていた．



写真６-３　島原市地域ケア会議
出所：島原市地域包括支援センター視察資料

（４）　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島医療研究所

① **日　時**　平成26年３月４日（水）10：00～12：30
② **訪問者**　宮野 澄男准教授
③ **内　容**

概要

平成16年５月１日，長崎大学に自治体初となる寄附講座（離島・へき地医療学講座）が開講され，同時に離島における活動拠点として離島医療研究所が長崎県五島中央病院内に開設された．教授１人（兼務），助教２人，実習助手２人，学生担当２人，事務補佐等３人のスタッフが配置されており，主な活動内容としては，地域医療教育，地域医療研究（地域疫学研究，地域医療情報に関する研究），離島・へき地診療支援の三つであった．

地域医療教育実習

長崎大学の地域医療教育は，図６-９に示すように二つのステップから構成されている．ステップ１は，長崎大学病院や長崎市民病院など地域中核病院での実習教育である．ステップ２は離島における実習教育で，下五島，上五島，対馬の三つのコースが準備されていた．しかも図６-10に示すように医療機関だけではなく，デイサービスセンターや高齢者総合ケアセンターなどの介護・福祉施設も含まれていたことが大きな特徴である．離島実習では，多職種連携を直接体験することを通して地域包括ケアを学ぶことができるようなプログラムを構築していた．

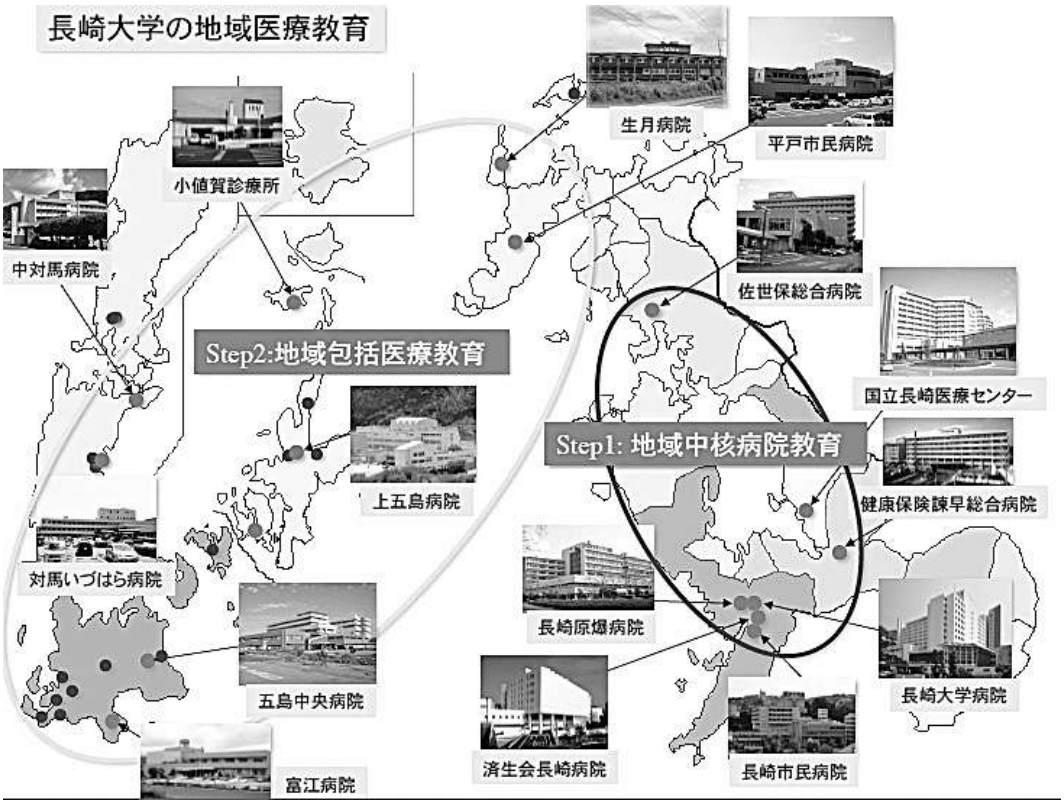


図６-９　長崎大学の地域医療教育

出所：長崎大学離島医療研究所視察資料

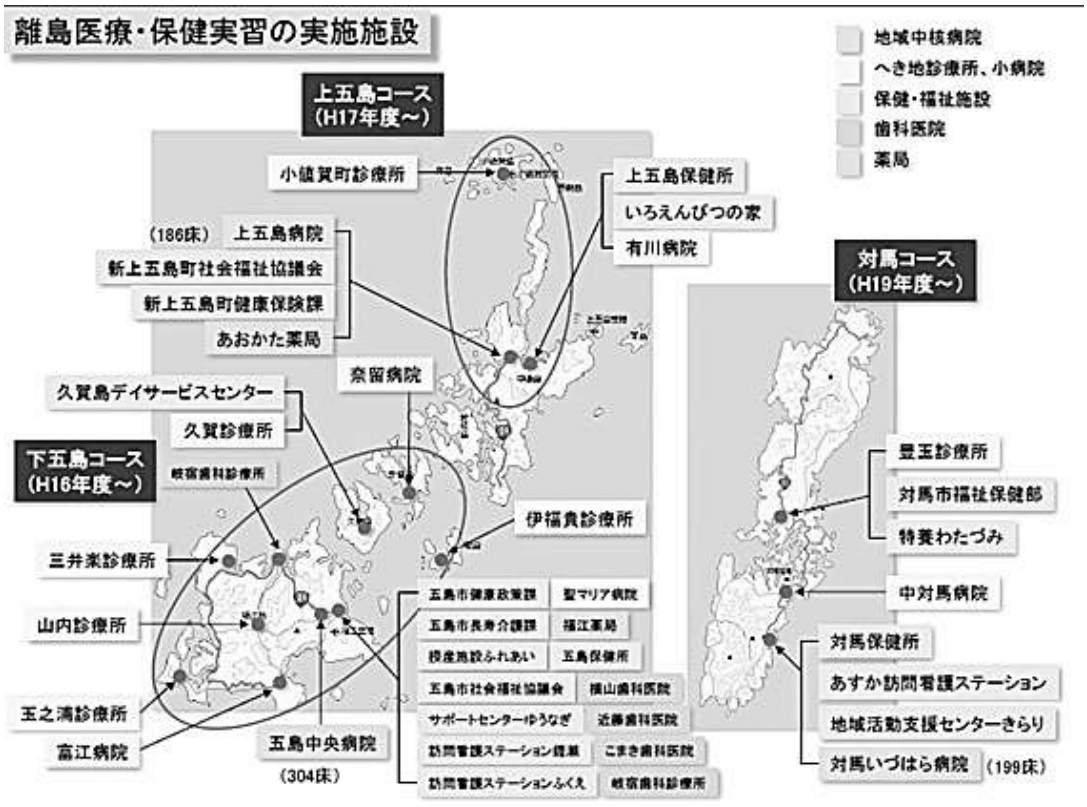


図６-10　離島医療・保健実習の実習施設

出所：長崎大学離島医療研究所視察資料

（5） 五島市地域包括支援センター

① **日　時**　平成26年３月４日（水）13：00～15：00

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

概要

五島市の人口は平成25年３月末現在で40,648人，高齢者人口13,678人，高齢化率33.6％であった．五島市地域包括支援センターは五島市長寿介護課内に設置された直営型で，本所の他にサブセンター（各支所市民生活課）が６ヶ所，ブランチ（在宅介護支援センター）が10ヶ所であった．五島市地域包括支援センターには主任介護支援専門員１人，社会福祉士２人，保健師２人，介護支援専門員４人，委託介護支援専門員７人の職員が配置されていた．

五島市民の３人に１人が高齢者，高齢者の４人に１人が介護認定者という状況の中で，介護保険料5,920円は長崎県で２番目に高い額であった．また平成22年度の１人当たり介護給付費は375,625円で長崎県ワースト１位となっていた．そのため，五島市地域包括支援センターでは，「高齢者が元気で生きがいをもって暮らせるまち」を目指して以下のような取り組みを進めていた．

・健康づくりをしよう　　…　みなさんの健康づくりを支援します
・地域みんなで支え合おう　…　仕組みづくりをします
・介護保険事業を健全にやりくりします

健康づくり

五島市で介護や支援が必要になるキッカケの多くは，転倒骨折や関節炎，慢性の膝や腰の痛みであった．そこで，五島市地域包括支援センターでは元気なうちから転ばないために筋力を鍛えたり，日々体の調子を整えるために，生活の中に適度な運動を取り入れて継続する介護予防教室を開講していた．開講していた介護予防教室としては，以下のような教室があった．

・転倒骨折予防教室：転倒予防に効果的な筋力アップ運動を行う．
・自彊術教室：硬くなった関節をほぐし，歪んだ骨格を矯正し血液の流れを良くする体操を行う．
・３Ｂ体操教室：道具を使って音楽に合わせて体を動かす．
・たっしゃか体操教室：温水プールで，水の浮力を利用した水中体操を行う．
・男の料理教室：いざというときのために，手軽で簡単な調理をする．

地域みんなで支え合う仕組み

五島市地域包括支援センターは，一人暮らしや頼れる人がいないという高齢者が安心して生活できる取り組みとして図６-11に示すような「五島市高齢者見守りネットワーク連絡会」を設置していた．この連絡会は各団体等の見守り活動の連携を深め，高齢者の異変の早期発見・早期対応ができる体制の確立を目指すため立ち上げられたものであった．

また，複数の事業所と「高齢者見守り支援協力協定」を結んで，高齢者の異変等に素早く対応する体制をとっていた．見守り協力事業所としては，五島ヤクルト販売株式会社，新聞販売所事業所（朝日新聞，長崎新聞，読売新聞，毎日新聞），九州電力五島営業所のメンバーとなっていた．さらに，商店などには「高齢者見守り協力店」のステッカーを配布し，高齢



図６-11　五島市高齢者見守りネットワーク及び高齢者見守り協力店ステッカー

出所：五島市地域包括支援センター視察資料

者の見守り活動への協力を依頼していた.

その他に，高齢者が認知症になっても地域で安心して暮らせるまちを目指して，認知症を正しく理解してもらう「認知症サポーター」の養成講座を開催しており，約670名の方が認知症サポーターの講座を受講していた．併せて広報誌を活用して，身近な地域の人々の「さりげない見守り」の大切さを呼びかけ，異変の早期発見などへの協力を依頼していた.

（6）　新上五島町地域包括支援センター

① **日　時**　平成26年３月５日（水）14：00～15：30

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

概要

新上五島町の人口は平成26年１月末現在で21,582人，高齢者人口7,541人，高齢化率は34.9%，認定者率は21.8%という状況にあった．新上五島町地域包括支援センターは新上五島町福祉長寿課に設置された直営型で本所のみであった．新上五島町地域包括支援センターには主任介護支援専門員１人，社会福祉士１人，保健師２人，看護師２人，委託介護支援専門員１人の職員が配置されていた.

新上五島町では，主な高齢者施策として介護予防教室，認知症対策，地域見守りなどの事業を展開していた.

介護予防教室

新上五島町では，介護が必要な状態になることを防ぎ，住み慣れた地域で元気で自立した生活を送れるよう以下のような介護教室を開催していた.

・ステップアップくらぶ：温水プールを利用した運動器機能向上の教室を週２回（27回）実施，10名参加.

・フラダンス教室：フラダンスを利用した運動機能向上の教室を週１回（14回）実施，17名参加．終了後は自主サークルとして継続.

・スクエアステップ教室：スクエアステップを利用した運動機能向上の教室，319名参加．終了後は自主サークルとして継続.

・演歌体操教室：演歌体操による運動機能向上の教室を週１回（14回）実施，18名参加.

・みるみる元気塾：運動機能向上を主とし，栄養改善・口腔ケア・うつ，認知症予防プログラムを実施する複合型プログラムによる教室を週１回（27回）実施,14名参加．終了後は自主サークルとして継続.
・高齢者の運動機能向上モデル事業：すこやか長寿財団のモデル事業．スクエアステップ教室を開催，156名参加.



写真６-４　介護教室の様子
出所：新上五島町地域包括支援センター視察資料

認知症対策
・認知症研修会：７月に開催，51人の参加.
・認知症サポーター養成講座：年４回開催，44人の参加.
・高齢者虐待防止対策：地域包括支援センターを総合相談窓口として対応している．虐待事案としての相談は11件．これまでの相談受付件数は，一人暮らし高齢者に関する相談が最も多かったが，認知症に関する相談件数が年々増加傾向にある（181件）.

地域見守り
・高齢者見守りネットワーク（どがんねっと）の状況
協力事業所100，ネットワーク地区数7,見守り協力員数44地区ネットワークについては，現在７地区で活動中である．毎月の報告を受け，気になる方については関係機関と連携して対応している.
・悪徳商法対策
町消費生活相談員による研修会を地域ミニディ・老人クラブ等での出前講座として15ヶ所で実施.
・買い物支援事業
登録事業所５ヶ所，登録者数203人（実利用者100人），延配達数1,761.
安否確認を兼ねた事業で，登録事業所から３ヶ月に一度の請求・報告書を受けている.
・地域ミニディサービス事業
高齢者の閉じこもり予防とボランティアの育成を目的に，月２回程度集まり，昼食をはさんで４時間程度，転倒予防，昼食作り，レクレーション等を行い過ごす．地域ボランティアと参加者で協力して運営するが27地区で実施,615名が参加.
・配食サービス事業
買い物や調理が困難な方を対象に行っている（配食数819）.

（7） 上五島地区離島医療教育研究会

① **日　時**　平成26年３月５日（水）17：30～19：15

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

本研究会は，長崎大学離島医療研究所と長崎県上五島病院とが連携して地域医療を進めているものである．当日の参加者は以下のとおりであった．

長崎県上五島病院，長崎県上五島病院訪問看護ステーション，上五島保健所（新上五島町健康保険課），新上五島町こども課保健班，新上五島町福祉長寿課（地域包括支援センター），新上五島町社会福祉協議会，新上五島町離島開発総合センター（新魚目支所）新上五島町新魚目高齢者生活福祉センターやすらぎの里，新上五島町総合福祉センター福寿会館（上五島支所），有川地域福祉センターふれあい（有川支所），若松支所，奈良尾支所，あおかた調剤薬局，長崎大学離島医療研究所，長崎大学地域包括ケア教育センター，長崎純心大学医療・福祉連携センター

研究会は，互いの顔が見える形で進められており，医療機関と介護施設とが職種を超えた連携を展開していた．新上五島町における地域ケア会議の機能を代替えしていた．

（8） 対馬市地域包括支援センター

① **日　時**　平成26年３月10日（水）12：30～14：15

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

概要

対馬市の人口は平成25年３月末現在で33,767人，高齢者人口10,380人，高齢化率は30.7％，認定者率は24.2％，しかも後期高齢者の方が前期高齢者よりも多いという状況であった．対馬市地域包括支援センターは対馬市保険課に設置された直営型で，本所の他にサブセンター（福祉保健センター）が２ヶ所，ブランチ（地域活性化センター）が３ヶ所であった．

対馬市地域包括支援センターには主任介護支援専門員３人，社会福祉士３人，保健師３人，介護支援専門員１人の職員が配置されていたが，南北82km，東西18kmの広い圏域を有するため，本所１，サブセンター２，ブランチ３の体制では地理的に厳しい状況にあった．

介護予防事業等

対馬市では，介護予防１次事業として65歳以上で介護認定を受けていない高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもって，活動的に暮らすことを地域全体で支援するため，独居や閉じこもり等の高齢者を対象に，地区の状況に合わせた健康状態の維持・向上を図る転倒骨折予防教室などの事業を行っていた．平成25年度には19ヶ所で75回，延べ1,385人の利用があっていた．

また，介護認定で非該当となった者で要支援，要介護状態になる可能性の高い２次予防事業対象者を把握し，「運動機能向上」，「栄養改善」，「口腔機能向上」を目的とした通所型介護予防事業を実施していた．平成24年度には2,545人の候補者を把握し，1,721人を決定，48人が利用していた．

（9） 長崎県上対馬病院

① **日　時**　平成26年３月10日（月）16：00～17：15

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

対馬病院は，対馬北部地域の１次医療から，救急医療，また，急性期から慢性期にわたり，上対馬地域の住民にとって必要不可欠な病院であった．本土よりはるかに進んだ超高齢社会，過疎という厳しい現実の中で，病院運営の基本方針として対馬北部の地域住民のニーズに対応しうる中核的医療機関として機能充実を図り，予防・治療・機能回復訓練に及ぶ地域包括医療の担い手として，地域住民とともに健康な町づくりに努めることを挙げていた．

上対馬病院では，在宅医療にも力を入れており，すでに昭和62年から訪問看護を実施していた．現在，病院併設の訪問看護ステーションを中心として，訪問診察・訪問看護・訪問リハビリテーションを行っていた．また，通所リハビリテーション（デイケア上対馬）でも高齢者への支援活動を行うなど，地域の保健・福祉機関と協力して予防・治療・機能訓練及び全人的な地域包括医療を展開していた．

なお，退院に際しては，初めてのケースに限って，主治医，担当看護師，ケアマネ，サービス事業者，家族などを含めた退院カンファレンスを実施していた．



写真６-５　リハビリテーション

出所：長崎県上対馬病院視察資料

(10) 壱岐市地域包括支援センター

① **日　時**　平成26年３月13日（木）10：00～11：00

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

概況

壱岐市の高齢者人口は平成26年１月末現在で9,706人，高齢化率33.3%，要介護(要支援)認定者率は21.8%という状況にあった．壱岐市地域包括支援センターは壱岐市健康保健課内に設置された直営型であり，本所の他に四つのブランチがあった．壱岐市地域包括支援センターには保健師２人，社会福祉士２人，主任介護支援専門員１人，主任看護師１人，看護師２人，介護支援専門員３人の職員が配置されていた．

壱岐市の介護保険料は4,970円となっており，全国的に見ると平均的，県内では７番目に低い額であった．ただ，介護サービス給付費は年々増加傾向にあり，在宅サービスの伸びが全体の伸びとなっている状況にあった．

壱岐市では市広報誌の他に，島内ケーブルテレビや町内有線放送などを活用し，介護予防教室など地域包括支援センターの取組の周知を図っていた．また，体操普及宣伝隊「なごーいきよう隊」なども組織していた．

介護予防教室

壱岐市の介護予防教室としては，以下のような教室が開設されていた．

・ゆうゆうお達者クラブ：運動機能向上，低栄養改善，口腔機能向上を目的とした教室で，市内６ヶ所で週当たり15教室開設している．平成25年度は11月末段階で延べ441人が利用していた（１日当たり6.5人）．

・はつらつ元気塾：市内４会場で12回，運動機能向上のための３Ｂ体操，ヨーガ，太極拳，気功，健康体操，レク運動を行う教室や栄養士，ヘルスメイトによる食生活改善，作業療法士による認知症予防などの教室を実施していた．また，閉じこもり予防として法律講習，交通安全，消費者被害，歌唱，絵手紙，ガーデニングなどの教室も開催していた．



写真６-６　介護教室の様子

出所：壱岐市地域包括支援センター視察資料

壱岐市はいかい高齢者 SOS ネットワーク

壱岐市では，認知症の人が在宅でも安心して暮らせるよう，地域ぐるみで認知症の本人や家族を支援するためのシステムを構築していた．また，そのための連絡協議会を設置していた．その概要は以下のとおりである．

・３つのシステム：登録システム，地域見守りシステム，緊急システム

・対象者：認知症

・協力機関：壱岐保健所，壱岐警察署，壱岐消防署，医療機関，介護保険事業所，バス会社，タクシー会社，フェリーターミナル，郵便局

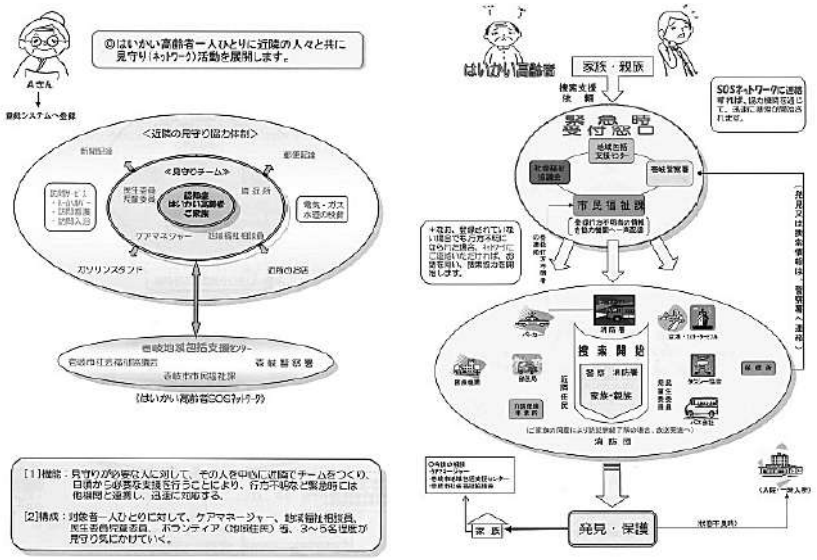


図６-12　壱岐市はいかい高齢者 SOS ネットワーク

出所：壱岐市地域包括支援センター視察資料

(11)　医療法人玄州会居宅介護支援センター

① **日　時**　平成26年３月13日（木）16：00～17：00

② **訪問者**　宮野 澄男准教授

③ **内　容**

玄州会は居宅介護支援センターを中心に，ホームヘルパーステーション，訪問看護ステーション，デイサービスセンター，サービス付き高齢者向け住宅を運営しており，各施設が総合的に機能するよう在宅ケア総合支援センターを開設していた．居宅介護支援センターの母体は医療法人玄州会光武病院であるが，壱岐市では光武病院と医師会が中心となって地域ケア会議の代替え的な多職種連携のための協議会の立ち上げを準備していた．医師，歯科医師，薬剤師，栄養士，行政，社会福祉協議会，サービス事業者などを構成メンバーに想定していた．

7　長崎県外地域包括ケア施設視察

7 長崎県外地域包括ケア施設視察

（1） 板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター

① **日　時**　平成26年２月18日（火）11：00～12：00

② **訪問者**　田中 美喜子助教

③ **内　容**

板橋区概要

2013（平成25）年１月現在，板橋区は人口537,375人，高齢化率21.3％であるが，地区によっては約10年前から20％を越えているところがある．新河岸や西台，高島平団地に至っては，２年後には高齢化率50％を越える見込みである．なお，団地（都営）は１DK～２DKが主であり，独居か高齢のみ世帯である．また，生活保護率３％など，医療につなげる以前の問題が潜在しているとのことであった．今後，医療・介護ニーズの高まりは必至であるため，板橋区にはさまざまな研究機関が視察に来ている状況であった．

おとしより保健福祉センターの概要・事業

1991（平成３）年に開設されているおとしより保健福祉センターは板橋区における高齢者地域包括システム構築の中核として位置づけられ，他職種協働組織であった．ケースワーカー，保健師，理学療法士，作業療法士，言語療法士，介護指導，歯科衛生士，介護保険苦情相談員など配置されている．特徴として理学療法士や作業療法士を配置していたため，アウトリーチ体制ができていた．他の区の総合病院からの協力依頼などを受けて通所・訪問リハビリテーション事業の構想があり，地域リハビリテーションの展開が平成26年度事業の予定となっていた．

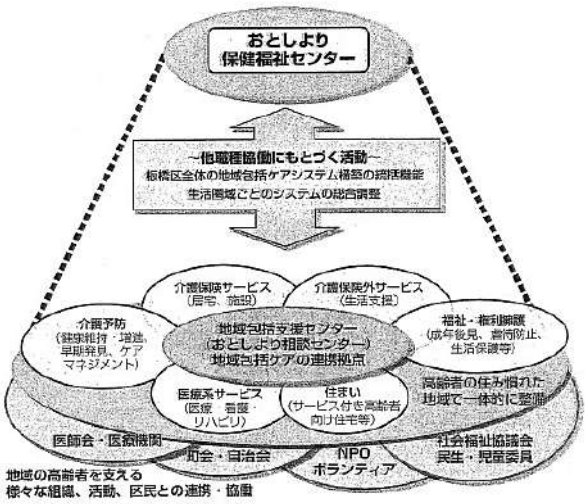


図７-１　いたばし地域包括ケアシステムの構築

出所：板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター

総合相談における医療ニーズについて

おとしより保健福祉センターでは，認知症で医療につながっていない人の対応を切り口に医療との連携を行っている．平成３年から，専門相談員を置いて認知症対応をしているが，古くは総合相談を受けていた福祉事務所の時代からである．現在は，おとしより保健福祉セ

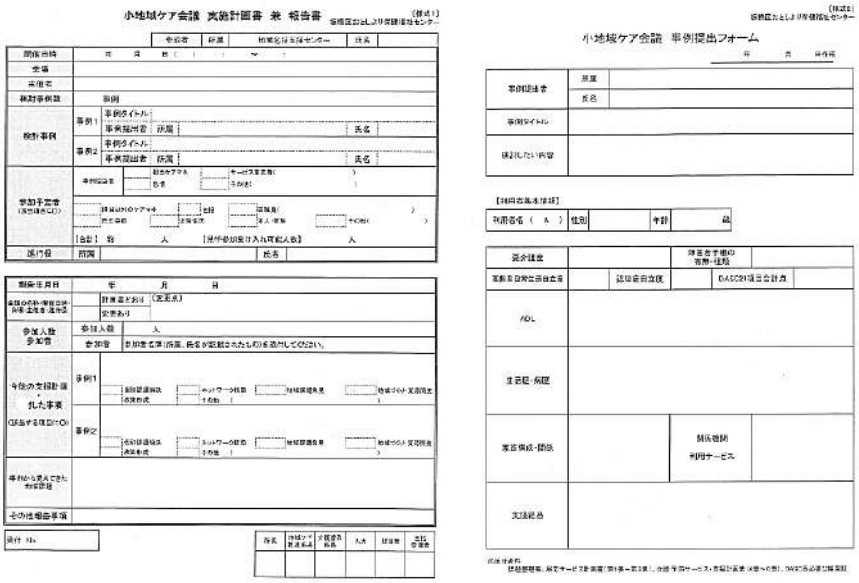
ンターと認知症疾患医療センター（東京都健康長寿医療センター）と東京都の事業としてアウトリーチを実施している．その他，コ・メディカルの人々とも活動している．

地域ケア会議について

板橋区の地域ケア会議は，地域包括支援センター（16ヶ所）で実施している．事例検討が中心であるため，新任の介護支援専門員には収穫があるが，ベテランには物足りないと思われ，いずれ出席しなくなるのではないかという懸念があった．司会はセンター長や主任介護支援専門員である．

会議での事例の一つとして，団地の中でひとり暮らしで認知症のケースがあり治療が必要であったにもかかわらず，医療機関につながるのに６ヶ月もかかったいう事例があった．また，家族との連絡・調整に時間がかかり，支援に遅れが出たため，症状が増悪したという事例もあった．早期発見というが医療へつなげるまでの地域包括支援センターのスキルの問題もあり，地域包括支援センターの医療に対する知識・経験不足が課題としてあるとのことであった．

なお，板橋区は以前より（在宅介護支援センターの時代）地区ネットワーク会議を年２回実施していたため，地域包括支援センターを中心に民生委員や三師会などによる情報交換はなされているとのことであった．


小地域ケア会議 実施計画書 兼 報告書

小地域ケア会議 事例提出フォーム

図７-２　地域ケア会議関係書類様式（一部）

出所：板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター

板橋区介護保険課給付係

板橋区においては二つの大学病院と二つの旧都立病院を含む30以上の病院などがあり，医療資源は潤沢な環境にある．その中で，急性期から在宅療養へ移行する際に，地域包括支援センターでは受け止められないケースをマネジメントする体制が組織されてきていた．

（2） 練馬区福祉部高齢社会対策課高齢調整係（練馬区高齢者相談センター）

① **日　時**　平成26年２月19日（水）10：00～11：00

② **訪問者**　田中 美喜子助教

③ **内　容**

練馬区概要

2012（平成24）年１月現在，練馬区は人口707,903人，高齢者人口138,360人，高齢化率は19.9％であった．なお，65歳以上の高齢者は独居，高齢者のみ世帯が多いとのことであった．

地域包括支援センター本所（直営）と支所の連携について

四つの地域包括支援センター本所（練馬・光が丘・石神井・大泉）が直営であったが，本来は福祉事務所である．ただ，低所得者問題というよりも福祉事務所の総合相談を担う役割から本所（直営）として設置されていた．

また，以前の在宅介護支援センターを当初はブランチとして位置づけていたが，現在ではサブセンターに変更している．本所は，支所の問題解決能力をサポートしていた．ただ，各支所の問題解決能力がそれぞれ異なるため，福祉系大学の学生には知識の習得だけでなく，在宅への意識をもつことや実習における実践的経験を求めたいとのことであった．

総合相談における医療ニーズについて

病床について東京都の認識としては，隣接区の病床も併せ認識している．練馬区においては，順天堂大学病院などができており在宅療養に関して相談窓口を設けている．また，四つの本所管轄地域ごとに１ヶ所（練馬・光が丘・石神井・大泉）につき１人ずつ計４人の看護師が配置されている．この相談員は，どちらかといえば介護に重きが置かれ，クリティカルパス等には関わっていない．以下に相談件数，相談内容などを示しているが，高齢者相談セ

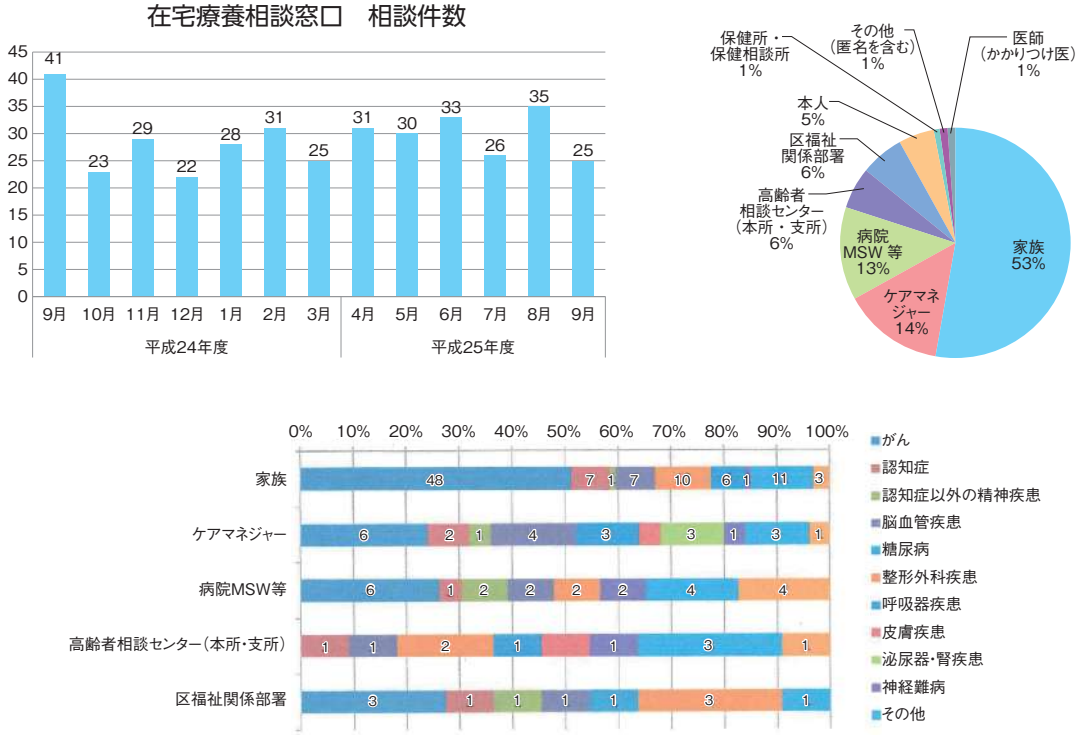


図７－３　練馬区在宅療養相談窓口実績報告

出所：練馬区福祉部高齢社会対策課高齢調整係視察資料

ンター（サブセンター）や在宅療養相談窓口の周知などにより，相談件数は月約30件であった．また，相談内容は病院から在宅への移行についての相談が40％を占めている．介護側からニーズが高まり，医師会の中に在宅療養に関わる後方支援病床ネットワークをつくる予定である．

地域ケア会議について

練馬区における地域ケア会議は，在宅介護支援センター（サブセンター）単位で開催されており，本所（直営）が主導している．サブセンターごとに年６回実施しており，会議内容としてはネットワークづくり，情報交換，事例検討を切り口にしている．事例を積み重ねながら課題を抽象化していく予定であるが，「地域包括ケアシステム」という概念の実現は自治体で様々な形態があり，地域ごとに地域包括ケアを構築していくという共通意識をもつことが必要ではないかということであった．

①　テーマの選定基準・方法	各支所の担当地域ごとの開催であったので，各支所に個別事例をいくつか出していただき，２時間ほどブレーンストームの中で，テーマを絞っていった．
②　取り上げたテーマ	第１回：地域ケア会議全体会（今年度の地域ケア会議の内容についての説明） 第２回：高齢者虐待の個別困難事例を通じて，地域のネットワークの構築を図る 第３回：近隣の気になる高齢者見守りの事例を通じて，町会，商店街などの地域ネットワークの構築を図る 第４回：自宅がごみ屋敷になっている高齢者の事例を通じて，行政と地域のネットワークの構築を図る 第５回：集合住宅における認知症等の事例を通じ，自治会等の地域でのネットワークの構築を図る 第６回：敬老館に通っている高齢者虐待の事例を通じ，敬老館を中心としたネットワークの構築を図る
③　参加者の選定基準・規模	テーマに沿った参加者を設定し，２時間の枠のため，20名超の出席者と傍聴者
④　参加したメンバー （構成メンバー）	第１回：地域ケア会議全体会参加者 第２回：CM，訪問介護，デイサービス職員，民生委員，医師，警察，消防，地域住民，社会福祉協議会職員 第３回：商店の方々，町会，民生委員，デイサービス職員，地域住民第４回：地域住民，民生委員，町会役員，清掃事務所職員，警察，消防，安心安全課職員，土木出張所職員，中部総合保健福祉センター職員 第５回：医師，警察，消防，老人クラブ，管理人，自治会役員，CM 第６回：敬老館関係者（館職員，利用者，地域ボランティア），地域住民，民生委員，社会福祉協議会職員，CM，町会役員

図７-４　練馬区地域ケア会議実践報告（一部）

出所：練馬区福祉部高齢社会対策課高齢調整係視察資料

（３）　富士宮市地域包括支援センター

①　**日　時**　平成26年２月20日（木）13：00～14：00

②　**訪問者**　田中 美喜子助教

③　**内　容**

富士宮市概要

2013(平成25)年３月現在，富士宮市は人口135,492人，高齢者数31,980人，高齢化率23.6％であった．富士宮市地域包括支援センター（直営）の人員配置は，相談業務担当として社会福祉士３名，保健師２名，主任介護支援専門員１名であり，介護予防担当として保健師３名，

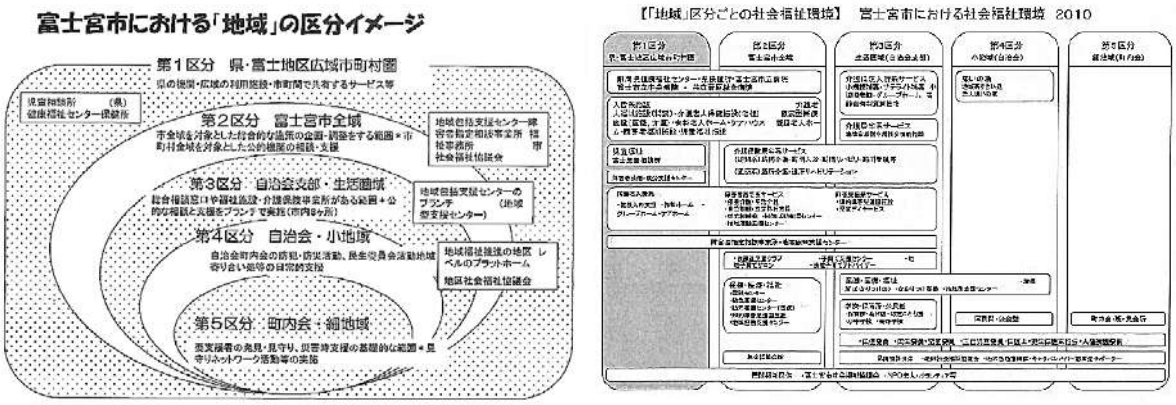


図7-5　富士宮市における「地域」の区分イメージと社会福祉環境

出所：富士宮市地域包括支援センター視察資料

ケアプランナー10名，事務職員１名である．

富士宮市における「地域」の区分イメージは，図7-5に示した通りである．富士宮市は行政が責任をもってネットワークをコントロールする体制づくりを構築していた．利用者が今まで築いてきた信頼関係や人間関係を保ちながら生活するためには，地域の理解が必要であるため，地域型支援センター（９ヶ所）に自治会支部（11ヶ所）が配置されていた．

富士宮市における総合相談支援システムフローについて

「地域包括ケア」という概念整理が果たしてどこまでできているのかが問題で，今までの「在宅」生活と「地域」生活の違いを整理するべきであるとのことであった．「地域」となると，今までのような保健・福祉・医療などの専門職連携，介護ベースの高齢者のみではなく，モデルとしていた医療ベースでは引っ張れないということである．

民・産・官というネットワークづくりも，県・市社会福祉協議会の研修制度が充実しているため（社会福祉に従事している人，社会福祉協議会，一般の方対象というようにさまざまなメニューが準備されている），地域型包括支援センターに入る相談は地域の発見機能から挙がるケースが多い．例えば，金融機関の職員やコンビニエンスストアの店員が研修を受けることで，金融機関における通帳の再発行の際や買い物の際などに認知症高齢者の発見につながる．また，一般の方々も研修を受けることで，独居老人の家の新聞がたまっているとか，

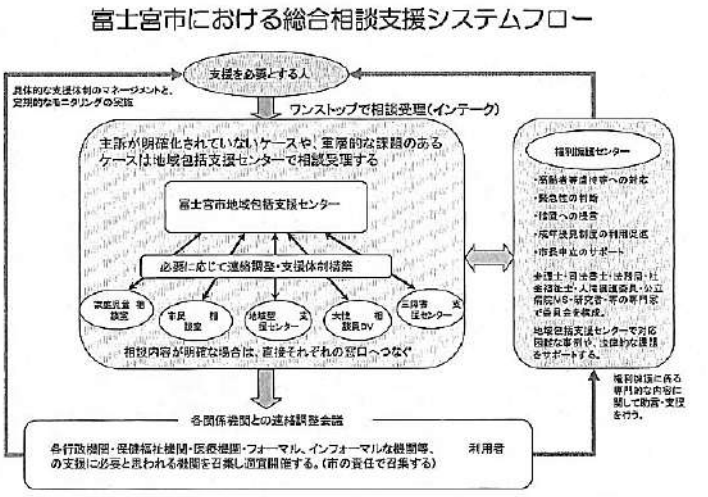


図7-6　富士宮市における総合相談支援システムフロー

出所：富士宮市地域包括支援センター視察資料

犬の鳴き声がしないなどに気を配るなど，見守り・発見機能を持つようになる．小・中・高校生もサポーター講習を受けており，高校生になると認知症などのロールプレイ体験を実施している．住民一人一人がシステムの役割意識をもたせることで，全体のシステムづくりを実現し，地域包括ケアシステムの構築につなげることになるとのことであった．

医療と介護の連携課題について

富士宮市は静岡県の中でも高齢化率が高く，精神（認知症含む）に関する相談が増加している．これをきっかけに医師会と連携をしているが，医師会との連携は６年ぐらいである．最初は，啓発のためのチラシを配ろうとしたら，病院にたくさんの認知症の患者が来て困るなどの意見もあった．地域型包括支援センターが医師会との連携について困難な状況にあるため，地域包括支援センターがマネジメントする必要性がある．

認知症の方は，初対面の人にとって認知症であるということが認識されにくいため，初回のものわすれインテークを実施しているとのことであった．また，多職種によるマインドマップ作成も，20人×６グループ，120名による事例検討を実施した．

富士宮市社会福祉士会と歯科医師会とでは連携があり，例えば，患者チェックリストを作成して虐待や認知症の発見機能を持たせるとともに，地域包括支援センターにつながるような試みをしていた．なお，薬剤師会との連携はこれからであるとのことであった．

地域ケア会議について

総合相談支援業務は個別支援から入るのがで，一つ一つの事例に対応していく中で地域課題を抽出することが必要である．地域ケア会議には，地域包括ケアと地域包括ケアシステムの整理が必要であるため，以下のイメージ図を作成したとのことである．イメージ図７－７において，社会福祉協議会が個別課題を抽出できる地域づくり，見守り支援をし，そこから地域包括センターへ相談があがるというシステムを構築するにあたり，参加関係団体に理解を深めるための研修会を実施している．

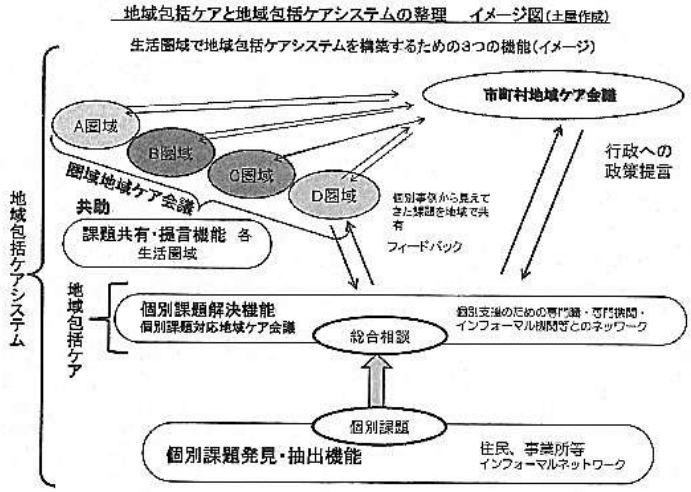


図７-７　地域包括ケアと地域包括ケアシステムの整理

出所：富士宮市地域包括支援センター視察資料

（4） 板橋区医師会在宅医療センター

① **日　時**　平成26年２月21日（金）10：00～11：00

② **訪問者**　田中 美喜子助教

③ **内　容**

板橋区の医師会，社会資源状況

板橋区医師会在宅医療センターは高島平地区に立地している．板橋区の社会資源として，訪問看護ステーションが少なく，看護師を居宅介護支援事業所に置いておく余裕が無くなったという現実に直面した．そのため，板橋区医師会在宅医療センターの訪問看護ステーションの看護師には，介護支援専門員の資格を取得させるようにしている．医師会の中に，地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，訪問看護ステーションがあるものの，以前はそれぞれが独立していて連携がとれておらず，全体統括の必要性があったとのことである．

板橋区医師会は，他職種参加型の研修会や医学会を実施し，①急性期医療，維持期療養，看取り療養における連携システムの構築と教育，②介護支援専門員は介護職・福祉職で，医療的支援に関するサポートの必要性，③自助，共助の限界地域における医療・介護情報の効率的提供の必要性，④災害時の効率的な救援に関する連携とその検討の必要性，⑤区民意識の啓発という課題を抽出していた．



板橋区内の資源（H25.1現在）

	板橋区内数	高島平地域数	備考
病院	42	4	区内に大病院４ヶ所
診療所	391	43	※訪問診療は８ヶ所
訪問看護ステーション	25	3	
居宅介護支援事業所	145	17	
訪問介護事業所	158	23	
通所介護	117	11	
通所リハビリ	13	2	
小規模多機能	3	0	※４月に１ヶ所追加
複合型介護	0	0	
定期巡回・随時対応施設	1	0	※４月に新設
老人保健施設	9	1	
特別養護老人ホーム	13	1	
グループホーム	19	3	
有料老人ホーム	27	2	
地域包括支援センター	16	2	

図７-８　板橋区医師会在宅医療センターの組織及び板橋区内の資源

出所：板橋区医師会在宅医療センター視察資料

在宅医療連携拠点事業について

板橋区医師会は，在宅医療連携拠点事業（平成24年度事業）の全国105ヶ所の一つである．なお，長崎県の場合は長崎記念病院と佐世保市医師会の二つが指定されている．当初，この拠点事業を地域包括支援センターに設置したいという話があったが反対した．地域包括支援センターの業務は過多であり，地域包括支援センターでは在宅医療連携機能が無くなると考え，板橋区では医師会に在宅医療センターを設置し，「療養相談室」を新設した．職員は，在宅看護部長が管理し，介護支援専門員の資格を有している．訪問看護経験のある看護師と介護支援専門員の資格をもつ社会福祉士を配置している．

板橋区医師会における在宅療養相談支援のフローについて

療養相談室に，介護支援専門員，訪問看護経験をもつ人材を置くことで，法人内の横のつながりが構築されている．相談室の実績であるが，専門医や往診医の紹介，病院から退院も

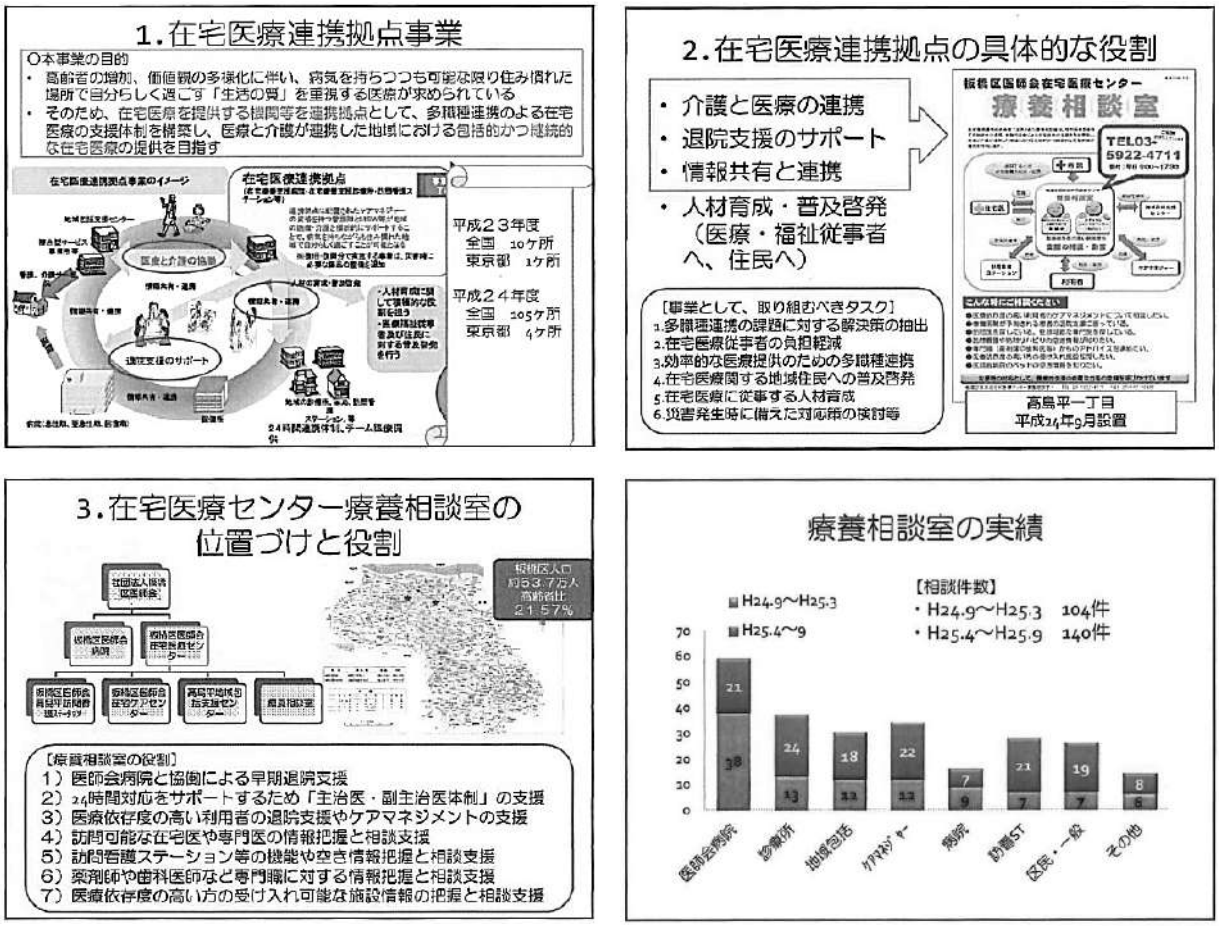


図7-9　板橋区医師会在宅医療センターの組織及び板橋区内の資源

出所：板橋区医師会在宅医療センター視察資料

在宅を始めるに当たって，在宅医紹介の相談など，様々な職種から相談が寄せられている．医師会が作成したスクリーニングシートのチェックにより，在宅療養相談に回ってくるという仕組みづくりをしており，療養相談室は病院から在宅へ帰る時のワンクッション機能を果たしている．ただ，マンパワー不足であり，医療支援体制が必要である．東京都の訪問看護支援事業が実施されているが，板橋区内の訪問看護ステーションの支援を実施している．電話相談など，平成25年度は200件を超えている．

地域ケア会議について

板橋区では，在宅療養ネットワーク懇話会世話人会が開催されていた．この会は医師が主導し，10職種がそれぞれの職種に係る課題を出し合っている．医師会，歯科医師会は普段感じている在宅療養課題を出すが，介護職・福祉職には理解が困難な場合もあるが，開催しながら連携を深めている．

なお，在宅療養ネットワーク懇話会世話人会では専門職が集まるだけでなく，区民への公開講座などを実施している．実際の職種の人がその役につき，寸劇を実施している．板橋区では，地域ケア会議に読み替えられるのではと思われる合議体がすでにあるが，専門職レベルの連携であるとのことであった．



図７-10　在宅療養ネットワーク懇話会と区民公開講座

出所：板橋区医師会在宅医療センター視察資料

8　ドイツ地域包括ケア視察

8 ドイツ地域包括ケア視察

(1) **期　日**　平成26年９月９日（火）～９月24日（水）

(2) **訪問者**　荒木 慎一郎　長崎純心大学人文学部長・教授

(3) **目　的**　ラインラント・ファルツ州「健康と介護2020」会議出席及び資料収集

(4) **概　要**

①　９月11日（木）

・ラインラント・ファルツ州
　厚生労働省（Mnisterium für Soziales, Gesundheit und Demografie）訪問

・将来計画「健康と介護2020」担当者とのインタービュー

②　９月12日（金）

・ラインラント・ファルツ州マインツ市立図書館訪問

・マインツの福祉分野に関する資料収集

③　９月15日（月）

・アイヒシュテット・ベネディクト女子修道会

・ラインラント・ファルツ州の高齢者福祉・高齢者教育の視察

④　９月17日（水）

・ラインラント・ファルツ州「健康と介護2020（Gesundheit und Pflege 2020)」会議

ab 13:00 Uhr　Einlass und Möglichkeit des Ausstellungsbesuchs
14:00 Uhr　Begrüßung
14:05 Uhr　Rede zum Zukunftsprogramm "Gesundheit und Pflege-2020"
14:30 Uhr　Gastbeitrag: "Wie viel Gesundheit brauchen wir wirklich?"
15:00 Uhr　Überleitung zu den Workshops
15:10 Uhr　Kaffeepause
15:40 Uhr　Workshops
　WS 1: "Gute Versorgung braucht qualifizierte Fackkrafte"
　WS 2: "Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle im ländlichen Raum"
　WS 3: "Telematik in der medizinischen und pflegerischen Versorgung"
18:00 Uhr　Ergebniszusammenfassung und politische Schlussfolgerungen
　mit Minister Schweitzer
ab 18:30 Uhr　Ausklang im Foyer mit Umtrunk



写真８- １　「健康と介護2020（Gesundheit und Pflege 2020)」会議

⑤　9月18日（木）

・マインツ大学医学部・認知症サービスセンター訪問

・ラインラント・ファルツ州の高齢者福祉・高齢者教育の視察

⑥　9月19日（金）

・マインツ・カトリック大学社会福祉学部（Katholisce Hochscule Mainz）訪問

・将来計画「健康と介護2020」に対応する人材養成についてのインタービュー

⑦　9月22日（月）

・ラインラント・ファルツ州

厚生労働省（Mnisterium für Soziales, Gesundheit und Demografie）訪問

・将来計画「健康と介護2020」担当者との意見交換

・マインツ大学（Univerdität Mainz）マインツ教会史研究所訪問

・マインツの福祉分野における歴史的・宗教的背景に関する意見交換

ラインラント・ファルツ州・将来計画
「医療と介護－2020」専門家会議報告

長崎純心大学人文学部教授　荒木 慎一郎

〔医療と介護（Gesundheit und Pflege）の訳語について〕
ドイツ語の Pflege は，広義では看護と介護の双方を包括する概念である．たとえば患者の看護は Krankenpflege と呼ばれ，高齢者の介護は Altenpflege と呼ばれる．しかし，日本語の介護とほぼ同義に用いられる場合もある．たとえば介護保険は Pflegeversicherung と呼ばれる．他方，ドイツ語の Gesundheit は健康を意味する．本来，医療よりもはるかに広い概念であり，単語としては，医療と訳すことは適切でない．
Gesundheit und Pflege にどのような訳語を当てるかは難しい問題であるが，本稿では将来計画の内容に即して考え，①将来計画の内容の重点が医療に置かれていること，②高齢者介護もその内容に含まれていること，③看護は概念的に医療に含まれうるという理由から，「医療と介護」という訳語を用いることにする．

1　ラインラント・ファルツ州の概況

ラインラント・ファルツ州は，第二次大戦後，フランス占領下の1946年に，ラインラントとファルツおよびその周辺地域を統合して作られた州であり，ドイツ連邦共和国の南西部に位置する．州の主要な部分はライン川の左岸（西側）に位置し，南はフランス，西はベルギーおよびルクセンブルクと接している．

ライン川が古代ローマ帝国とゲルマン人の自然の国境を成していたため，その時代から植民都市として栄えた町がライン川の左岸に点在する．ラインラント・ファルツ州の州都で，大聖堂を備えたマインツもその一つである．

州の面積はおよそ20,000平方キロメートル，人口は約400万人（2012年）である．ラインラント・ファルツ州は，伝統的にライン川やモーゼル川沿いで営まれてきたブドウの栽培とワインの生産で有名である．ブドウの生産量はドイツ全体の三分の二に達する．しかし州の経済を支えるのは製造業であり，医薬品製造，車両製造，機械工業などが発達している．世界最大の化学メーカー BASF は，本社をラインラント・ファルツ州に置いている．またハイテク企業の数が多いことでも，ヨーロッパ有数である．

高等教育・研究も充実しており，ハイデルベルク大学，ケルン大学，マインツ大学など，世界的に評価されている大学や研究機関が同州に置かれている．

政治的には現在，ドイツ社会民主党（SPD）と緑の党が連立政権の与党となっている．

2　将来計画「医療と介護－2020」

⑴　将来計画の概要

2014年３月に，ラインラント・ファルツ州のシュヴァイツァー厚生労働大臣は，2020年に向けた医療・介護に関する将来計画「医療と介護－2020」を公表した．この計画を作成する動機になったのは「人口動態の変化が医療制度につきつける挑戦」（専門家会議への招待状より），

少子・高齢化の問題である．

ドイツの高齢化率は2013年で21.14％と日本に次いで世界第二位の高さである．少子化も日本に劣らず深刻であり，その一つの指標である合計特殊出生率を見ると，日本とドイツはいずれも1.4で世界179位となっている．

将来計画を簡単に紹介したパンフレットの中で，シュヴァイツァー厚生労働大臣は，計画策定の目的を次のように述べる．

「ラインラント・ファルツ州の全域で，質の高い医療と介護を安定的に提供することは，州政府の重要な目標の一つである．将来計画『医療と介護－2020』は，これまで州政府がイニシアチブをとって行なってきたことをまとめるとともに，医療・介護領域の新しい提案－とくに地方における－を行っている．

住民は，将来故郷において，十分なケアを受けながら健康的に暮らすことを望んでいる．州政府は将来計画を立てることによって，関係者とともにこれに寄与したいと考えている．」

このように将来計画は，少子高齢化が進む中で，質の高い医療・介護を安定的に提供するために作成されたものである．しかしそれは計画（Programm）という言葉が示すよりもはるかに開かれたもので，2020年を一つの目途として医療・介護の領域での様々な取り組み・提案を紹介し，それを基盤に広く関係者とともに議論し，より具体的な計画をともに作成していこうとする呼びかけ的な性格を持つものである．したがって将来計画という名称から，2020年に向けた一貫性のある行動計画のようなものを想像すると，裏切られることになる．

将来計画のこのような性格から，必要とされるのは上意下達的な説明会ではなく，将来計画で紹介された取り組み・提案をたたき台に関係者で議論する場が必要になる．後述するように，2014年９月にマインツで開かれた専門家会議は，まさに計画を具体化するための議論の場として設けられたものである．

⑵　将来計画が必要な理由

ラインラント・ファルツ州は，将来計画の必要な理由をより具体的に，次のように述べる．

「ラインラント・ファルツ州では高齢化と少子化が進んでいる．この人口変動は，ほとんどすべての生活領域に影響を与える．

たとえば将来，介護の必要な老人，認知症の老人が増加する．他方で，医療・介護の分野で働く人の数は減少していく．今日すでに，三分の一の家庭医が60歳以上になっている．その中の多くの医師に関して，誰が後継者になるか決まっていない．政治と社会は考え方を変えて，新しい方向性を見つけなければならない．

州政府は関係者とともに，ここ数年，人口動態の変化がもたらす問題の解決に，分野を越えて包括的に協力してきた．将来計画「医療と介護－2020」は，その際，州の人口変動に対する戦略の一つの礎石となるものである．」

ここに示されているのは，まず大きな人口動態的背景としての①少子高齢化，より具体的に②ホームドクターの高齢化と後継者不足，③認知症高齢者の介護を含めた介護需要の増加の三

つである．

⑶　将来計画の三領域と具体的な取り組み

将来計画が目指すのは，医療・介護といった分野を越えた包括的な協力であり，「介護サービスの提供者，病院，地方自治体，開業医，医療制度の関係者」と協力して，医療的・介護的ケアを地方においても最高水準で保障することである．

将来計画「医療と介護－2020年」の主要な方策は次の三領域で行われる．

①　専門家の確保に関する取り組み
②　地方における分野を越えたケアモデルの開発に関する取り組み
③　遠隔医療の組織の開発と完成に関する取り組み

それぞれの領域で，すでに様々な具体的な取り組みが実施されている．個々の取り組みから，他の医療機関・介護施設等の関係者が応用することのできる認識を得ることが目指されている．

ここで，将来計画の中で示されている各分野の取り組み事例を紹介する．

①　専門家の確保に関する取り組みの事例

ア　家庭医助手制度

ドイツ語では VERAH と呼ばれる家庭医助手制度が新たに導入された．家庭医助手の資格を取得するためには，医療専門職員（Medizinische　Fachangestellte）の資格をもち，現場経験のある者が，200時間の研修を行うことによって取得することが可能である．

職務の例としては，家庭医に代わって往診を行い，検査や傷の手当てをすることが挙げられる．とくに高齢化し，複数の病気を抱えた患者の適切なケアを行うことで，家庭医の負担軽減に寄与する．

この資格はドイツ家庭医連合が与えるものであり，すでにラインラント・ファルツ州で実際に家庭医助手を置く家庭医がある．州政府は家庭医及び家庭医連合とともに，家庭医助手の数を増やすことを目標としている．2014年には，180人が家庭医助手のための研修に参加することが予定されている．

イ　介護専門職員の労働条件の改善

高齢化に伴い，介護専門職員の需要が増加している．魅力的な，よい職場であると介護専門職員が捉える施設においては，明らかに質の高い，熱心な職員を長期に雇用することができる．

州政府は関係者と協力して，魅力的な労働条件を整えるために，2013年12月に「高齢者介護の魅力的な労働条件」という取り組みを開始した．

この取り組みの目標は，入所・通所の高齢者施設が，職員の健康を増進させる労働条件を整えて，魅力的な雇用者となる援助を行うことにある．

データに基づく現状把握，SWOT 分析の実施などを行い，ある施設が他の施設と比べてどの程度魅力的か，どのような長所を持っているかなどを示し，施設が目標をもって改

善を行い，発展していくことができるようにする．

② 地方における分野を越えたケアモデルの開発に関する取り組み

ア ダウン自治体連合における医師の業務を看護・介護職員に委任する取り組み

高齢化は地方における家庭医の需要増加を生み出しているが，十分な家庭医を確保することは困難になっている．専門家は，医師と看護・介護職員の協力をさらに推し進めることが，将来の需要増に対応する不可避の条件であると考えている．

患者の医療的ケアをとくに在宅で行うことのできる質の高い看護・介護職員を増やすことによって，医師の負担を軽減することが可能になる．

最終的にそれは患者の利益になり，地方における家庭医の供給を将来的に保障することにつながる．ダウン自治体連合におけるこの取り組みの目標は，地方の関係者（医師および看護・介護職員等）と協力して，適切なケアモデルを開発することにある．

近年，連邦レベルでは，医師の業務の委任を可能にする法的根拠が整備されている．（例：社会法典Ⅴ第63条第３項Ｃに基づく，医師の業務を看護・介護職員に委任するためのモデル的試行の実施）

③ 遠隔医療の組織の開発と完成に関する取り組み

ア 心臓病患者のための遠隔モニタリング

この取り組みは，心不全・不整脈の患者のケアを州全体で，遠隔医療によって行おうというものである．農村部と都市部でのケアの不均衡に対応するとともに，慢性病患者が増加する状況下で，質の高い，効率のよい治療を行うことを目指す．

ヴェストファルツ病院に設けられた遠隔医療センターは，その地区の心不全・不整脈の患者のケアを行っている．センターは，血圧計やペースメーカー等の装置から転送されて来た患者のデータを遠隔監視する．転送された数値が，前もって定められた限界値を越えたとき，即時に問い合わせを行って，症状をコントロールする．主治医は，病気の経過の記録を継続的に受け取り，それによって，必要に応じた最善の治療が可能になる．また患者自身も継続的なケアと標準化された問診を受けることによって，よりよく病気を理解し，自己責任の意識を高めることができる．

3 将来計画「医療と介護2020」に関する専門家会議

(1) 専門家会議の概要

標記専門家会議は，将来計画「医療と介護－2020」の具体的方策を，医療・介護領域の関係者で話し合うため，2014年９月17日にラインラント・ファルツ州の州都マインツで開催された．会場はライン川沿いのライン・ゴルト・ホールである．



会議はラインラントファルツ州立病院理事長のガース博士の司会のもと，シュヴァイツァー厚生労働大臣の基調講演およびゲストの講演に引き続いて，三つの分科会に分かれて，討論が深められ，最後に再び全体会で総括が行われた．

分科会は，将来計画の三つのテーマ領域に即して，１「よいケアを行うには質の高い専門職が必要である.」２「地方における分野を越えたケアモデル」３「医療・介護的ケアにおけるテレマティクス」の三つに分かれて行われた.

第一分科会ではまず，テーマ１の質の高い専門職の養成について，５人のゲストによる短い講演が行われた．ゲストは介護・看護を専門とする大学教授，家庭医，看護士，国際的専門機関「働きがいのある会社（Great-Place to Work)」のドイツ代表，ベルリン大学病院の看護主任の５名であった.

引き続き５名のゲストによるパネル・ディスカッションが行われ，最後にその他の参加者も加わり全体討論が行われた.

第二分科会では，地方における分野を越えたケアモデルがテーマとして取り上げられた．５人のゲストがテーマに関するそれぞれの実践報告を行い，その後参加者を交えて，「今日聞いたことを自分の地域に応用することができるか」「具体的にどうやって応用するか」「そのためには何が必要か」という三つの観点から討議を行った.

第三分科会では「医療・介護的ケアにおけるテレマクス」をテーマに，遠隔医療の可能性について５人のゲストによる講演，それに引き続き意見交換が行われた.

前述のヴェストファルツ病院で実践されている「心臓病患者のための遠隔モニタリング」について，同病院のシューマッハー博士が実践報告を行った.

２時間20分にわたる分科会での活発な討論の後，再び参加者が一堂に会した全体会で，ガース博士とシュヴァイツァー厚生労働大臣との対話形式で総括が行われ，この専門家会議の成果をそれぞれの地域にもって帰り，将来計画「医療と介護　2020」の歩みの第一歩を記すことが提案された.



以上が専門家会議の全体的な流れであるが，シュヴァイツァー厚生労働大臣の当日の基調講演の録音を翻訳したものを以下に示して，ラインラント・ファルツ州が直面している現在および将来の医療・介護の状況，将来への改革の方向性を確認しておく.

⑵　シュヴァイツァー厚生労働大臣基調講演

ご来場の皆さん，そしてガース博士，こんにちは．ガース博士のただ今のご提案を私は受け取り，皆さんにご議論して頂きたいと思います.

また，このライン・ゴールド・ホールで，医療制度に関わる皆さんと一緒に，これからラインラント・ファルツ州が歩むべき道，将来の医療的ケアの在り方について議論できますことは，まことに素晴らしいことです.

まず，本日マインツに集まってくださった皆さんに，心より感謝を申し上げます．中には，非常に遠いところから，はるばる来て下さった方もいらっしゃると聞いております．もちろんラインラント・ファルツ州の中からも，マインツまで遠い道のりを来られた方もいらっしゃいます．私たちは，皆さんが夜には「来た甲斐があった．いい会だった．家庭や職場で素晴らしい報告ができる」と言えるようなよい一日にしたいと決意しています.

私は皆さんを招待してもてなすだけでなく，将来ラインラント・ファルツ州の医療・介護的ケアがどのような方向に発展するべきだと考えているかについて，一言述べさせて頂きたいと思います．この会議も将来計画の一部であります．と言うのも，私たちは今年の三月に将来計画を公表した時点で，医療政策に関してすべてを言い尽くしたとは，考えていないからです．将来計画はきっかけであり，最初の構想であり，今後長期的に維持していかねばならない理念であります．しかし，この理念のどれも，この計画のどれもが，最終的なものではありません．私たちと一緒に，将来的・長期的な医療的ケアの理念をさらに発展させることが，皆様方すべてに課せられた課題であります．皆さんは挨拶と講演を聞くだけでなく，分科会（ワークショップ）で様々な問題に取り組むことによって，将来計画に参加するのです．

どのように私たちは人口の変動に対応すればよいでしょうか．厚生労働省は人口統計の主管官庁でもあります．私は州の統計局が定期的に提出する人口動向，年齢構成の変化，将来の変動予測をそのまま市町村に持ち込むことをやめました．

もちろん，私はこれらの変動を理解しています．私たちは何年もの間，人口が減ると言い続けてきました．しかしこの主張は，現在の移民の増加によって，弱まっています．しかし確かなのは，私たちが高齢化していくということです．このことを二つの数値によって示してみましょう．それは３と793です．

1956年に，ラインラント・ファルツ州の首相は，100歳のお祝いに３通の手紙を送らなければなりませんでした．当時は100歳まで生きるというのは，極めて稀なことでした．しかしそれ以来，社会保障，医療の供給の分野等で大きな発展がありました．2013年には，100歳を迎える人は793人に増えました．私たちは高齢化社会に生きています．10年から20年経てば，ラインラント・ファルツ州では，60歳以上の人が過半数を，65歳以上の人が三分の一を占めるようになるでしょう．それには様々な挑戦が伴っています．

とくに注目しなければならないのは，将来の労働世界がどうなるかということです．20歳から65歳までの就業人口の減少により，私たちがまだ経験したことのないような変化が起こるでしょう．就業が予想される14歳から25歳までの年齢層は，全人口の12％にも届かなくなるでしょう．

そこから次のような疑問が出てきます．誰が将来，介護をするのでしょうか？誰が家庭医になるのでしょうか？誰が薬剤師になるのでしょうか？誰が子どもを産むのでしょうか？どこから子どもがやって来るというのでしょうか？皆さん，この数値を見れば，私たちが非常に大きな挑戦の前に立たされているのは明らかです．しかし私たちは諦めるわけにはいきません．そこで今日皆さんとこの問題を議論して，一緒に解決策を探ろうと思っているわけです．

今日の会議で連携・協力について，またテクノロジーによる解決について議論されますが，大事なことは，人間がいなければどうしようもないということです．朝起きて，今日は高齢者センターに出勤します，病院や診療所に出勤しますという人がいなければ，また私は人のために自分が学んだことを役立てます，必要に応じて生涯学習で学び直しますという人がいなければ，何もできないのです．

したがって，よい医療的ケアの体制を作ろうとする政策は，常に人間から出発し，人間を常に中心に置かなければなりません．私たちがとくに重要と考える将来の看護・介護の領域においては，どうでしょうか．私たちは看護・介護の問題にあまり注目してきませんでした．しかし私が今述べましたような将来の変化を目前にして，どれほど看護・介護の需要が高まるかを

知っている者は，将来において高い質のケアを保つために，まず看護・介護から出発しなければならないのです．

看護・介護の需要は2030年，2040年まで増加するでしょう．もちろん常に数値の揺れがありますので，確定的なことは言えませんが，50％は需要が高まることが予想されています．

ご存知の通り，ラインラント・ファルツ州には人口の集中する地域があります．今日就労人口の多くは，そこに生活の本拠を持ち，いつかは介護が必要となるでしょう．一方過疎に悩む地域があります．そこでは看護・介護に関して量的な問題はないかもしれません．しかし看護・介護の需要には，量的な問題だけでなく，様々な問題が伴っています．

ラインラント・ファルツ州全体をもう一度見渡してみると，マインツの新興住宅地やコプレンツの中心部の抱える問題が，フーンスリュック，ビルケンフェルト，ヴェストファルツや私の出身地であるジュートファルツの抱える問題と異なるということでは，みんな意見が一致するでしょう．

人口が100人，200人，300人というような町や村が直面する問題は，大都市とは言えなくても，将来多くのことを組織できるインフラを備えた都市の問題とは，全く異なります．

私たちが挑まなければならないのは，住民が今住んでいるところで，将来十分なケアを受けられるようにするということです．私たちが行おうとしていることはすべて，昨年委託した一つの研究に基づいています．その研究が私たちに伝えることは，人間は自分の住んでいるところに住みたいということです．彼らはラインラント・ファルツ人であることで幸せなのです．私はいつも，州の政策がいいからだと言いたい誘惑にかられます．しかし皆さん，気を付けなければなりません．それは間違いなのです．それは特別な生活感情と結びついているのです．

みんな満足しているのだから，私が心配しているようなことはないと人は言います．しかし私が心配しているのは，５年先，10年先のことです．現在のところ，私はケアが不足しているとは感じていません．しかし家庭医，一般医の供給は現在のところ不足していませんが，ほころびが見えるのも事実です．ラインラント・ファルツ州の保険医協会から来る数値によれば，一般の開業医の三分の一が60歳以上であり，それは５年から10年後には大きな問題になるでしょう．この問題を政治でどのように解決すればよいでしょうか．私たちの将来計画の中でこの問題を詳しく扱いたいと思います．

私が述べたような高齢化でケアの問題がどれほど切実になるかということに関しては，触れないでおきましょう．年齢も将来その様相が変わってくるでしょう．現在の60歳は私たちが子どもだった頃の60歳とは，全く異なるものです．

私の個人的な例でそのことを確かめてみましょう．私が３歳から５歳ぐらいのときに，誰かが75歳の人を想像してごらんと言ったとしたら，私は失礼ながら白髪で非常に高齢のお年寄りを描いたことでしょう．現在，私の父は74歳です．父は幸いなことに，私が子どもの時に描いたかもしれない絵とは全く異なっています．そしてこれは，私たちがすべてが経験していることです．

年齢の概念は変化しています．人は今までよりも長く活動的で，人生の後期においてもなお好奇心旺盛で，新しいことに取り組む意欲があります．しかし平均寿命が延びたとは言え，年相応の小さな問題が一つ二つ出てくる時期が来ます．そしてよく知られているような病気がそれに付け加わります．そしてその病気はいつか慢性のものになり，看護・介護の必要性が出て

くるでしょう．みなさん，これに認知症という途方もない大きな挑戦が加わるのです．

人は年をとればとるほど，より一層，患者として医師に接触する機会が多くなります．そして，配慮，ケア，支援を十分にしてもらいたいと考えます．それも，とくに自分が住んでいる地方で，将来にわたって，できるだけ家族や隣近所，自分の生きる社会的空間に近い所でそれを望むのです．みなさん，そのことに対して私たち共同で責任を負わなければならないのです．

私は将来計画の中で，専門職員の領域で私たちが何をしようとしているかを公にしました．私たちは看護・介護に重きを置き，看護・介護の領域ですでに取り組みを始めています．私たちは専門職員の領域に力を注がなければ，今述べたような問題に対処することはできません．医療制度の専門職員の養成については，養成の担当者との協力で，養成の内容を10％増やすことに成功しました．しかし看護と介護の領域では，まだまだ課題山積です．

問題を性急に解決したい人が「給料を増やせばそれでいいだろう」と言うのを聞くことがあります．みなさん，金銭で多くの問題を解決することができます．しかし看護・介護とその労働条件をよく観察してみると，金銭ですべての問題を解決することはできず，より多くの職員を雇用し，過密な労働を解消し，お役所仕事的なやり方をやめることを必要としています．私たちは全力を尽くし，心をこめて，ベットのもとで人間のために働きたいと言う人を必要としています．私たちは，お役所仕事や書類作成のために働くのではありません，という人を必要としています．

それゆえここで皆さんに申し上げたいのは，私たちが現在連邦レベルで議論しているのは，社会的な介護保険の制度に支出するとしたら，職場での労働条件を具体的に改善することに支出しなければならないということです．そうしなければ，私たちはこの機会を逃してしまうことになるでしょう．

ですから私たちは医療と介護の将来計画に，ラインラント・ファルツ州の高齢者援助にあたる全ての施設が利用できるような具体例を提供しました．専門職員の分野でどうやって経営を改善するか，よりよい経営を行うにはどうすれば良いか，研修の援助をどうやって改善することができるか，労働時間をよりよく組織化するにはどうすればよいか．

皆さん，こういうことは往々にして，法的枠組みやその改正とは次元の異なることなのです．それぞれの施設が独自に行うことができることです．ここで皆さんに申し上げたいのは，高齢者介護の状況を劣悪に描くような，いくつかの民間テレビ局の性急で，大げさな報告を鵜呑みにしないでほしいということです．よく高齢者施設を訪ねますが，その時，非常によい仕事がなされている，責任感をもって職員が働いているということに気づきます．そこでは創業20周年，25周年が祝われる場合がよくあります．それも私が体験したことです．もちろんそこでは，特別な努力が行われているのでしょう．しかしそこから学ぶことが多くあるはずです．私たちが将来計画の中でやろうとしているのは，そのことです．

専門職員の分野で，もう一つ重要な点は医師の問題です．今後どのようになるのでしょうか．私は多くの人と同じような懸念を抱いています．今のところ供給の問題はありません．しかし私たちが今行動しなければ，今後５年，10年経てば，状況は変わるかもしれません．私はここではっきりと，ここ何年か医学教育が正しい方向に向かっていない，ということを言っておきたいと思います．

審議会が明らかにしたことによれば，医学教育を終了する10％の者しか，事実上専門科目の中で一般医学を学んでいないのです．今日および将来の一般医の需要に応えるには，これは余

りに少なすぎます．とくに地方における今日の専門医あるいは一般医の業務が，自分の経営する医院で，24時間活動するというような古典的な自由業的なやり方でなくなっているということを考え合わせると，なおさらです．地方の一般医は，パートタイムで働く医師の手助けを必要としているのです．つまり，今日と同数の一般医では不十分で，様々な労働形態の中で，将来も今日と同じような供給を得るには，今日以上の一般医が必要なのです．

ですから私たちは，ラインラント・ファルツ州で，一般医学の教育に重点を置くことにしたのです．これは長年の地域社会の要請であり，ここマインツ大学で一般医学の教授の下，教育の場を設けることにしたのです．ここに重点をおくことが明らかに必要です．

これに加えて，皆さんご存知の家庭医援助プログラムが始まります．私たちは，すでに家庭医の不足が懸念される地域で働きたい人を援助し，医院を引き継いだり，新しく設置したりするための補助金を出しています．もちろんこれに，すでに始まっている連邦レベルでの法改正が加わります．これについては，法が効力を発するまで，待たなければなりません．供給構造法が改正され，医師権利修正法も改正されます．郡庁所在都市に住んで，近隣の市町村で開業医として働くことが，今日可能になっています．また二つ目のクリニックを開業することもできます．ラインラント・ファルツ州の開業医の数を見る人は，このようなことが医師の供給を助けるということに気づくでしょう．

皆さん，私たちはどうやって開業医の負担を減らすかを考えなければなりません．そこで「VERAH（家庭医助手）」というスローガンが登場します．私たちは将来家庭医のもとで，医師の職務と診断に従って，家庭医の負担を軽減することができる助手を必要としています．私が家庭医助手の話をするたびに，どよめきが室内に起こるのに気付きます．政府家庭医助手に奨学金を出します．また家庭医助手に政策の重点を置いて，2014年には180人の家庭医の職員が VERAH の継続教育に参加します．これは大変人気があるので，私たちは来年もこれを継続する予定です．

しかし介護・看護はどうなるのか，VERAH を導入するときそれも考えたのかという人もいます．もちろんです．私は昨日，施設介護の分野にとくに強いある組織と話し合いを持ちました．また介護協会とも話し合いを続けています．皆さん，VERAH は決して介護・看護の競争相手であってはなりません．それは家庭医の負担軽減となるべきです．それは家庭医を補うものです．先ほど述べたような問題点が，改善されることでしょう．

現在ダウンの自治体では，連邦の医師業務の委任を可能にする法律に基づき，現場の方と協力して VERAH に関するよいモデルケースを実施していますが，私の目標はそれだけではありません．よい教育訓練を受けた介護・看護の人材も含めて，全体的に改善するということです．私が言いたいのは，よい教育訓練を受けたすべての人が，今まで以上に密接に協力すれば，将来よいケアを提供することができるということです．そしてよい教育訓練を受けた介護・看護の人材が，これまで以上に責任を持つことになるでしょう．私はラインラント・ファルツ州における発展の全体に対して責任をもっていますので，その点について喜んで議論をしたいと思います．

皆さん，介護の分野においてラインラント・ファルツ州は，連邦レベルの大綱的条件を連邦と一緒に作り上げていくことに関わっています．ご存知の通り，連邦レベルでのキリスト教民主・社会同盟とドイツ社会民主党の連立協定で，ラインラント・ファルツ州は大事な役割を果たす機会を持ちました．私自身は新しい「介護窮乏（Pflegebedurftigkeit）」という概念を生

み出すことに協力しました.

これまでいくつかの試みを行ってきましたが，今まさに，社会的な介護保障のサービス内容で，認知的な制約をもつ方々に対して，今日より一層配慮しなければならない時がやって来ています.

皆さんの多くは医療・福祉の現場から来られていますので，分かっていただけると思いますが，これは単なる政策的・学問的議論ではありません．皆さんは日々，この問題に責任を感じ，認知的な制約を持つ方々のためにとうすればよいか可能な限り心を砕いて来られました．しかしそれは経済的に帳尻の合わない仕事になっています．将来的に介護保険の分野で財政措置を考えていかなければなりません．そこで私は「介護窮乏」という概念を積極的に生み出そうとしたわけです.

はっきり言っておかなければなりませんが，道のりはまだ長い．私たちはなすべきことがまだたくさんあります．しかし私は「介護窮乏」という概念に正規の予算が配分されるべきだと考えています．社会的介護保険の負担額を0.2%上げると，24億ユーロになります．これは十分に思えるかもしれませんが，しかし継続性を保障し，さらに今後の「介護窮乏」の増加を見込むと，すぐに不十分だということが分かるでしょう．そこで私は「介護窮乏」に優先的に対応することを提案したわけです.「介護窮乏」の概念は，ラインラント・ファルツ州の扶助の分野および地方自治体の介護のインフラ分野で，私たちが実施してきたことに対しても重要です．これに関しては，私が関わっている，地方自治体の役割に関する連邦・各州作業部会があります.

地方のケアの改善について言えば，皆さんよくご存知のように，現場で様々な問題を抱えている地方自治体こそが，今日より大きな責任を持たなければなりません．私が厚生労働大臣として，何をすべきか分かっていると言う人がいます．しかし私は医療システムについて，市長や郡長のような権限を持っていないのです．これは変える必要があります．私たちはすでに案を作成しています．皆さんに，私たちは地方自治体において，介護制度の構築だけでなく，介護サービスの形成においても，もっと大きな責任を持つことになるとだけ言っておきましょう．将来の介護的ケアの質の問題は，専門職員の問題だけにとどまりません．それは家族とも，地域とも，ボランティアとも関わってきます．地方自治体の中に，それぞれのサービスを組織化し，介護保険制度の中で手を携えて歩んでいく人材が必要です．これが皆さんにお伝えしたい私の考えです．それは都市州のハンブルクやベルリンではあまり意味がないかもしれません．都市州の構造は，私たちのものとは異なるからです．しかし多くの小さな市町村を持ち，強いインフラを備えている地域では，私が述べたことは，将来の介護の問題を解決する数少ない可能性の一つであります.

看護・介護の専門職員に関しては，すでに一言述べました．ここでもう一度看護・介護士会（Pflegekammer）のことを述べて，皆さんの注意を喚起したいと思います．私たちが看護・介護士会が必要だと考えているから，これに言及するというのではありません．看護・介護の分野で働いている方々、また団体がもう何年もの間，次のような問いを出されてきたからです.「保険医の団体，歯科医師会，州医師会など医療従事者の様々な団体があるが，看護・介護の分野についてはどう考えるのか．ラインラント・ファルツ州のおよそ40,000人の看護・介護従事者が政治的な協同を提案を申し出ているのに対して，どのように答えるのか．ラインラント・ファルツ州で介護について話をするときは，いったい誰と話をするのか．」

これは考えるに値する問題です．もちろん私たちは労働組合とも，熱心な団体とも話をします．しかし私たちは看護．介護について話をする，そのような機関を現在のところ持っていないのです．そこで現在私たちはアンケートを行っており，看護・介護士会を置くことに大多数が賛成ということであれば，私たちは看護・介護士会を創設し，それが自治的機関として活動することを期待します．創設のための会議が開かれれば，そこでは現場の人が参加し，一緒に議論し，中には激しい対立もあるでしょう．しかしこれは，何か新しいことを計画し，実現させようとすれば起こってくることです．何もしないで，古いものにしがみついている方がずっと楽なのです．しかしこの議論は続けなければなりません．

よりよい看護・介護について私が述べたことは，将来的には一人の厚生労働大臣がそれを皆に伝達するというようなことであっては，ならないでしょう．私は質の高い看護・介護人材が看護・介護士会を代表し，厚生省の私の部屋にやってきて，看護・介護において何が重要かを言ってくれることを期待します．

入院施設の分野について，一言申し上げたいと思います．現在連邦・各州作業部会の一つに，病院の財政に関するものがあります．そこでは様々なことが議論されています．ラインラント・ファルツ州は州の基本率（Basisfallwert）において，すべての州の中で最高の位置を占めています．この作業部会の中では，ラインラント・ファルツの基本率が下がれば，自分たちはうまくいくというようなことを言う州もあります．基本率トップの位置を失えば私たちは様々な問題を抱えることになるでしょう．高い基本率のもと，多くの病院には責任感の強い経営者がおり，よい経営をしています．ですから私は連邦・各州作業部会の中で，ラインラント・ファルツ州の基本率を下げようとするあらゆる試みに反対するつもりです．

医療保険の分野では，まだまだ多くのことが必要です．私はハンブルクの厚生労働大臣と一緒に，小病院のための協定プログラムを作ることを提案しました．小病院は，将来的には，入院施設としてよりも地域の健康保持のセンターとしての役割を果たすことになるでしょう．そこでは在宅医療と入院医療のよりよい協力が可能になるでしょう．介護ベットのある病院には，ある程度の規模が必要です．しかしそのためには，医療制度においても，時間とそれに伴う資金が必要です．そこで，各州，連邦および費用負担者が，共同で出資することによって負担を軽減し，このような協定プログラムが十分な資金を持ち，速やかに取り組むことができるように配慮することが必要です．

私たちは，困難を抱える小病院をうまく発展させることができることを経験しています．私はここに，今日の『トリア国民の友』誌を一部持ってきました．ここにはノイヤーブルフの町のことが出ています．この町を知っている人もいるでしょう．素晴らしい，小さな町で，そこには素晴らしい，小さな病院があります．ドイツ全体で，最も小さな病院の一つでしょう．経営者は非常に責任感のある方ですが，この病院はたしかに様々な問題がありました．町はどのように対応したでしょうか．この町は他の分別のある町と同様に，この病院の存続を望んだのです．皆さん，政治に関わる者が責任を引き受けたのです．私たちは改革のプロセスに着手し，そこに保険医組合の方を招きました．彼らは小病院を地域のケアを行う健康センターにするための対話を始めようと言ってくれました．この改革は非常にうまくいっているという印象を，現在私は持っています．私が現在ある病院を閉鎖するということを現地で初めて伝えたとき，私が厚生大臣としてどのような扱いを受けたかをみなさんには申し上げません．しかし今日私が言えるのは，病院を閉鎖することを一つのチャンスとして見るということです．これは私が，

ラインラント・ファルツ州の病院の今後の発展において強調したいことです.

私たちは将来，地方において，異なる新しい役割を果たすことのできる多くの病院－小病院も含めて－が必要です．私たちが将来計画「医療と介護－2020」で展開しようとしたのは，まさにこのことです．地方の新しい事例となるのが，マイセンです．そこでは，まったく新しい協力の構想のもとに病院が建てられています．それは将来私たちが病院を建てるときに，模範にできるものであり，模範にするべきなのです．そこではストレス・マネージメントがうまく行っており，在宅部門と入院部門の協力がうまくいっています．それは正しい方向に向かっています.

話を終える前に，医療経済について一言述べさせてください.

私はラインラント・ファルツ州の大臣として，医療経済の価値創造のこともいつも念頭に置いています．ラインラント・ファルツ州の住民の生活は，ほかの分野よりも医療分野に大きく依存しているのです．医療技術が私たちの生活の構造をどれほど変化させたかを，簡単に描写してみましょう．今世紀の初めこの州には，医療技術の分野で，世界市場を牽引すると言える企業はごくわずかしかありませんでしたが，現在では国際的に活躍している企業が500あります．ラインラント・ファルツ州は，農業分野でしっかりした労働市場を有する農村地帯です．私たちは農業経済領域の技術革新を現実の供給へと結びつけ，この分野で安定したものであり続けなければなりません．そうすれば，ドイツの農業市場が国際的に弱くなるということは，ありえないでしょう.

私たちは医療経済の分野においても，将来的によい取り組みが必要です．私たちの将来計画のひとつのテーマが，遠隔医療です．今何ができて，何がまだできないのか．将来どのようにしたいのか．私たちは常にこのことを考えなければならないのです.

今何ができるのか．今できることは，患者をばらばらにするのではなく，データや情報を分割することです．心筋梗塞をわずらった患者を，いわば恒久的に「監視」することができるのです.「監視」という言葉をここでは，いい意味で使っています．医師にデータが送られ，医師は常にそのデータに注意し，そのことが患者の安心につながっていくのです．安心は慢性疾患においては，医療として提供されるほかの何よりも，患者の生活の質を向上させるものです．それゆえ私は遠隔医療の可能性について現実的に議論することが重要だと考えています.

私はこの夏に何日間か各地を回り，遠隔医療の問題解決方法やアプリケーションを提供している方々を探し求めて，新しい法的枠組みをどうすればよいかということを一緒に考えてきました．私は新しい遠隔医療のあり方について，連邦のクリューガー厚生労働大臣とも協議したいと思います．私はラインラント・ファルツ州から，次のような提案を行いたいと思います.「大企業だけに市場シェアを与えるのではなく，ラインラント・ファルツ州にもドイツ全体にも多く存在する小規模の，革新的な企業にチャンスを与えるように協力しましょう．大きな特許にだけ依存しないようにしましょう.」

皆さん，今日は，このようなすべての問題について議論しましょう．そしてこれからも，このような議論を続けて行きましょう．私たちの将来計画「医療と介護－2020」は，このような議論のため，批判的な意見交換のために提供されるものです．そしてこの計画が，お互いの協力のために役立つ提案となることを私は確信しています．将来の医療制度は，新しい堅固な城壁を築くということだけが重要なのではなく，城壁を壊して橋を架け，お互いに学びあい，協力し，私たちが直面する問題を共同の問題として捉えることにかかっているのです.

皆さんと一緒に，ラインラント・ファルツ州におけるこのプロセスを形作っていけることを期待しています．長時間，ご清聴ありがとうございました．

4　終わりに

日本を除けば，おそらくドイツは世界で最も深刻な少子高齢化の問題を抱えた国である．ラインラント・ファルツ州が本年発表した将来計画「医療と介護－2020」は，少子高齢化の進んだ社会において，なお満足のいく医療・介護の水準を保つことを目指して作成された．少子高齢化という共通の問題を抱えているというものの，日本とドイツ（ラインラント・ファルツ州）では，地理的状況，人口変動（とくに移民の流入）のような環境的側面，医療制度，介護制度などの制度的側面に大きな差があり，その結果，少子高齢化がつきつける課題とそれへの対応は，両国で異なったものにならざるを得ない．

高齢化によって，日本では都市部における高齢者介護が重要な課題の一つとしてクローズアップされているが，ラインラント・ファルツ州が抱える喫緊の課題は，それとは異なる農村部の医療・介護の問題である．すなわち，広大な農村部で「かかりつけ」の家庭医を確保することが，まず第一の課題として考えられている．そこでは，家庭医自身の高齢化という問題，医学生が一般医学を学び，家庭医となる道を選ばないという医師養成の問題などが，解決すべき問題となる．

このために，学生が家庭医となるための研修の動機付けを与えたり，一般医学の教授を任用するといった対策が実施されている．一次医療にたずさわる家庭医の負担を減らすため，医師以外の医療従事者に一部の職務を委任するという措置も，将来計画の中で具体例として提案されている．

テレマティックスという呼称で遠隔医療を推進し，たとえば心臓疾患のある患者に対して，遠隔医療を利用して症状を管理するのも，農村部の医療的ケアの不足を補う措置として注目を浴びている．

ラインラント・ファルツ州では「医療と介護」の中でとくに医療に力点が置かれている．このことは，上述のように家庭医の問題が主要な問題となっていることからも見てとることができる．介護の問題は施設介護の環境改善についての取り組みの紹介はあるが，在宅による介護についてはほとんど言及されていない．「医療と介護」の中で，介護が重要なテーマになっていないのはなぜか．その理由として次の三つを指摘しておこう．

第一の理由は，家族による介護に現金給付を行う，ドイツ独特の介護保険制度にあると考えられる．ラインラント・ファルツ州厚生労働省の将来計画責任者とのインタビューにおいても，家族への現金給付が，若い家族が高齢者を介護するインセンティブになっているという指摘があった．ドイツでは家族による介護が在宅による高齢者介護の重要な基盤となっており，相応の財政的措置が講じられているため，在宅介護が日本ほど緊迫した問題となっていない．

第二の理由は，外国人移民が介護人材を補うという点である．少子化による人口減少はEUではドイツが最も深刻であるが，EU域内における労働市場の自由化により，経済的に貧しい国から豊かな国であるドイツへの人口流入が起こっている．2014年にはブルガリア，ルーマニアに対しても労働市場が開放されるため，さらにこの傾向に拍車がかかることが予想される．人口減少を外国人が埋める形になる．

介護職は，ドイツでは比較的外国人の割合の高い職種であり，外国人移民が少子化による労働

人口減を補う可能性がある．ラインラント・ファルツ州に隣接するノルトライン・ヴェストファーレン州の2005年の調査では，介護職員の30％が移民（２世，難民を含む）であった．

第三の理由は，介護が医療を中心に理解されており，介護の問題が医療の中の問題として捉えられているところにあると考えられる．それは，介護と看護という日本では明確に区別される職務が，Pflege という一つの概念で，未分化に論じられているところに象徴される．シュヴァイツァー厚生労働大臣が基調講演で創設の提案をした Pflegekammer（看護・介護士会）も，看護と介護の両専門職を含むものであり，両専門職が共通の目標・利害を持つことを示唆している．

日本では現在，医療と介護サービスを一体的に供給する地域包括ケアシステムが導入されている．ここには，医療と介護が互いに専門職としての独立性を保ちながら，ひとりの同じ高齢者の幸せのために協力していくという姿勢が見える．それは医療を中心に介護を理解するドイツとは，対照的である．

この報告書の結びとして，医療・介護・福祉の領域からまったく縁遠い，教育学を専門とする一教員を，ラインラント・ファルツ州の「医療と介護」専門家会議に送り出して下さった，長崎純心大学医療・福祉連携センターの潮谷有二センター長に，深甚の謝意を表したい．本報告の不足点は，今回の専門家会議の出席によって，介護・福祉を重点領域とするマインツ・カトリック大学との提携ができるであろうという副産物によって補って，ご容赦頂ければ幸いである．

主要参考文献

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie „Zukunftsprogramm Gesundheit und Pflege 2020“, 2014.

Jens Friebe, „Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege − Bestandaufnahme“, 2005.

9　各種委員会

9 各種委員会

(1) 運営委員会

① 根　拠

長崎純心大学では，長崎純心大学医療・福祉連携センター規則第４条に基づき，センターの管理運営について審議するため運営委員会を設置し，次の掲げる委員をもって組織している．

・センター長
・現代福祉学科教員（若干名）
・センター教員
・総務部広報担当
・総務部メディアオフィス室長
・学事部入試広報課長
・学事部教務課長
・実習指導センター主事
・ケアセンター扇町センター長

② 平成25年度開催状況

第１回運営委員会

・日時　平成25年11月25日（月）18：00～
・場所　長崎純心大学医療・福祉連携センター
・主な議題
　○　長崎純心大学医療・福祉連携センター規則（案）について（潮谷センター長）
　○　未来医療研究人材養成拠点形成事業について（潮谷センター長）
　○　地域包括支援センターの現状と課題について
　　・三菱総合研究所（2013）『地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』の分析結果を報告（宮野准教授）
　　・Cinii において検索選択収集した73件の先行研究の分析結果を報告（田中助教）

第２回運営委員会

・日時　平成26年１月27日（月）18：00～
・場所　長崎純心大学医療・福祉連携センター
・主な議題
　○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」調査票作成報告（宮野准教授）
　　・三菱総合研究所（2013）『地域包括支援センターにおける常務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書』をベースに原案作成
　　・プレテストの実施

第１回プレテスト　2013年12月21日（土）11：00～17：00
第２回プレテスト　2014年１月10日（金）18：30～20：30
第３回プレテスト　2014年１月18日（土）18：30～20：30

・プレテスト協力者
永富幸美氏（長崎市桜馬場地域包括支援センター　社会福祉士）
嶺　尚江氏（長崎市戸町・土井首地域包括支援センター　社会福祉士）

○　第１回長崎大学・長崎純心大学事務打合せ報告（潮谷センター長）
・両大学の進捗状況について
・共修授業について（NICE キャンパス,「医と社会」）
・筑波大学シンポジウムについて
・キックオフシンポジウムについて
・来年度の計画について
・今年度の予算執行について

○　所管行政機関との連携状況について報告（潮谷センター長）
・未来医療研究人材養成拠点形成事業説明及び協力依頼
・長崎県福祉保健部
・長崎市市民局福祉部

○　今後の計画について（潮谷センター長）
・筑波大学シンポジウムへの参加
・キックオフシンポジウムの実施について
・先進地視察計画（県外先進地視察，県内離島地域包括支援センター訪問）

第３回運営委員会

・日時　平成26年３月３日（月）16：00～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・主な議題

○　公開フォーラム参加報告（宮野准教授）
・日時　平成26年１月31日（金）10：00～16：30
・場所　筑波大学東京キャンパス文京校舎

○　関係機関との連携状況報告（潮谷センター長）
・長崎市医師会（副会長）
・長崎県社会福祉協議会
・長崎県介護支援専門員協議会

○　キックオフシンポジウム実施報告（潮谷センター長）
・日時　平成26年２月15日（土）
・場所　ホテルニュー長崎

○　事業企画委員会実施報告（潮谷センター長）
・医療・福祉連携センター事業報告について
・長崎純心大学医療・福祉連携センターによる未来医療研究人材養成拠点形成事業実施体制について

・地域包括ケアシステムを取り巻く政策動向について

○　県内先進地視察報告（宮野准教授）

・佐々町地域包括支援センター（直営型）

平成26年２月12日（水）16：00～17：40

地域包括ケアに向けた佐々町の取組みについて

地域ケア会議開催について

・国民健康保険　平戸市民病院

平成26年２月13日（木）９：40～12：10

平戸市民病院が取り組んできた地域包括医療・ケアの実践概要について

平戸市民病院による地域支援事業について

超高齢社会に求められる医療について

・島原市地域包括支援センター（委託型）

平成26年２月19日（水）13：00～17：00

高齢者見守りネットワーク構築のための先駆的取り組みについて

地域包括ケア会議開催について（会議にオブザーバーとして参加）

○　県外先進地視察報告（田中助教）

・板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター

平成26年２月18日（火）11：00～12：00

総合相談から社会資源へのフローについて

総合相談における医療ニーズについて

地域ケア会議について

・練馬区福祉部高齢社会対策課高齢調整係（練馬区高齢者相談センター）

平成26年２月19日（水）10：00～11：00

練馬区における地域包括支援センター本所と支所の連携について

総合相談における医療ニーズについて

地域ケア会議について

・富士宮地域包括支援センター

平成26年２月20日（木）13：00～14：00

富士宮市における総合相談支援システムフローについて

医療と介護の連携課題について

地域ケア会議について

・板橋区医師会在宅医療センター

平成26年２月21日（金）10：00～11：00

在宅医療連携拠点事業について

板橋区医師会における在宅療養相談支援のフローについて

地域ケア会議について

○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」に関する中間報告

（宮野准教授）

・平成26年２月６日（木）調査票発送（地域包括支援センター4,834ヶ所）

・平成26年２月28日（金）調査票締め切り

・回収状況　772件（15.0％回収率）　※　2014年２月28日現在

○　長崎純心大学医療・福祉連携センターによる未来医療研究人材養成拠点形成事業実施体制（イメージ案）について説明（潮谷センター長）

第４回運営委員会

・日時　平成26年３月31日（月）16：00～

・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１

・主な議題

○　長崎純心大学医療・福祉連携センター規則の一部改正について説明
（潮谷センター長）

○　離島部における地域包括ケア体制視察報告（宮野准教授）

・長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島医療研究所
平成26年３月４日（水）10：00～12：30
長崎大学医学部の地域医療教育の概況について
離島医療・保健実習の実施概要について
実習施設訪問

・五島市地域包括支援センター
平成26年３月４日（水）13：00～15：00
五島市における地域包括ケアの体制について
五島市高齢者見守りネットワーク連絡会について
介護予防教室等の取り組み状況について

・新上五島町地域包括支援センター
平成26年３月５日（木）14：00～15：30
介護予防教室等の取り組み状況について
地域連携の状況について～高齢者見守りネットワーク（どがんねっと）～

・上五島地区離島医療教育研究会
平成26年３月５日（木）17：30～19：15

・対馬市地域包括支援センター
平成26年３月10日（月）12：30～14：15
介護予防を含む支援事業の状況について

・長崎県上対馬病院
平成26年３月10日（月）16：00～17：15
長崎県上対馬病院の地域包括医療について
退院カンファレンスについて

・壱岐市地域包括支援センター
平成26年３月13日（木）10：00～11：00
広報活動について
介護予防支援事業等の状況について
壱岐市はいかい高齢者医 SOS ネットワークについて

・医療法人玄州会居宅介護支援センター

平成26年３月13日（木）16：00～17：00
居宅介護支援センターの事業概要について
玄州会を中心にした多職種連携への取り組み状況について

○　事業企画委員会の開催報告（潮谷センター長）

・第３回事業企画委員会
平成26年３月12日（水）18：30～20：30
県外先進地視察報告
長崎純心大学医療・福祉連携センター医療・福祉講演会の実施

・第４回事業企画委員会
平成26年３月17日（月）18：30～20：30
離島部における地域包括ケア体制の状況視察
医療と介護の一体化にする協議（多職種連携）

○　長崎純心大学医療・福祉連携センター医療・福祉講演会の開催について説明
（潮谷センター長）

・日時　2014年３月25日（火）13：00～17：00
・長崎純心大学　S309教室
・講演Ⅰ「自己決定が困難なひとへの自己決定支援について～知的障害のある人への自己決定研究からの学び～」
講師：與那嶺司氏（神戸女学院大学　准教授　博士（学術））
・講演Ⅱ「限界集落における地域包括ケアシステムの取り組み～地域住民のエンパワメントに着眼して～」
講師：渡辺　裕一氏（武蔵野大学　准教授　博士（社会学））

○　「長崎地域包括ケア教育管理・運営委員会」報告（潮谷センター長）

・2014年３月24日（月）15：00～16：00
・長崎大学医学部研修・打合せ室（基礎研究棟１階）

○　「長崎地域包括ケア教育推進委員会」報告（潮谷センター長）

・2014年３月31日（月）　11：00～12：00
・長崎大学医学部研修・打合せ室（基礎研究棟１階）

○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」に関する中間報告
（宮野准教授）

・回収状況　1,189件（回収率24.5％）　　※　2014年３月20日現在
・統計処理のためのコーディング・入力作業を実施中である．今後，データクリーニング作業を経て分析結果を公表する予定である．

③　平成26年度開催状況

第１回運営委員会

・日時　平成26年年４月17日（木）16：30～
・場所　長崎純心大学　J棟会議室１
・主な議題

○　長崎純心大学医療・福祉連携センター所属職員について報告（潮谷センター長）

○　NICE キャンパス科目について報告（潮谷センター長）

・履修生確定（26名履修）

・NICE キャンパス第１回講義38名受講（うち長崎純心大学生23名）

○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」に関する中間報告

（宮野准教授）

・回収状況　1,217件（回収率25.2%）

・統計処理のためのコーディング・入力作業完了.

・現在，第２回目のデータークリーニング作業を実施中.

○　平成26年度実施事業（文部科学省提出長崎純心大学関係分）報告

（潮谷センター長）

・長崎大学医学部医学科・保健学科，薬学部，長崎純心大学現代福祉学科の共修拡大のための会議開催（６月）

・長崎純心大学医療・福祉連携センターパンフレットの作成（６月）

・県内地域包括支援センター実態把握のための聞き取り調査の実施（６～８月）

・国際シンポジウムの開催

○　本事業に係る委員会等の確認（潮谷センター長）

・「長崎県地域包括ケア教育推進委員会」の開催（７月・12月）

根拠（本事業「内規」第21条，第22条）

プロジェクトの推進にかかる役割分担やスケジューリング，進捗状況を確認し，アウトカムへの方向性を確認する.

潮谷有二センター長が委員として出席.

・「長崎県地域包括ケア教育評価委員会」の開催（10月・１月）

根拠（本事業「内規」第26条，第27条）

事業運営・実施，体制の評価，満足度などを指標としたプログラム評価等，事業全般の評価を質的・定量的に行う.

長崎純心大学学生代表２名が委員として出席

・「長崎県地域包括ケア教育管理・運営委員会」の開催（２月）

根拠（本事業「内規」第４条，第５条）

評価委員会での合意事項をもとに，次年度案の方向性について協議する.

松永公隆学科長が委員として出席.

○　平成25年度実施報告書の公表について（田中助教）

第２回運営委員会

・日時　平成26年６月４日（水）17：55～

・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１

・主な議題

○　平成26年度長崎純心大学医療・福祉連携センター事業計画（案）について報告

（潮谷センター長）

○　長崎純心大学ケアセンター扇町との連携（案）について報告（潮谷センター長）

○　ドイツ介護保険関係情報収集事業計画について（潮谷センター長）

○　研究会開催計画について（潮谷センター長）
・ケアセンター扇町との研究会（地域包括ケアシステム構築への課題を探る）
・長崎大学医学部との研究会（社会調査における計量テキスト分析の手順と実際）
○　センター事業報告
・平成26年度対馬地区離島医療教育研究会参加報告（宮野准教授）
発表「長崎純心大学医療・福祉連携センターにおける地域包括ケア調査研究への取組」
・調査研究報告Ⅰ「平成25年度地域包括支援センター実態調査結果に関する今後の分析方針について」（奥村助教）
・調査研究報告Ⅱ「平成26年度の調査への取組について」（吉田助教）
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター収支報告（森事務）
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター広報パンフレット作成計画について
（宮野准教授）

第３回運営委員会

・日時　平成26年７月30日（水）17：50～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・主な議題
○　「平成26年度第１回地域包括ケア教育推進委員会」参加報告（潮谷センター長）
○　平成27年度開設「共修科目」の設置について（潮谷センター長）
・長崎大学医学部対象は２年生医学科（124名），保健学科（108名）
・時期は後期の11月から12月
・全体共修が可能な回数は１～４回の範囲
○　長崎大学臨床実習ワーキンググループへの参加について（宮野准教授）
○　「平成26年度第２回長崎地域医療セミナー in GOTO」の開催について
（宮野准教授）
・期日：平成26年８月22日（金）～24日（日）
・五島市富江町
・参加者：本学教員等５名，学部生７名
○　「社会福祉士実習・演習担当教員養成講座」受講報告（奥村助教，吉田助教）
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター収支報告（森事務）
○　ケアセンター扇町との研究会実施に事務連絡（潮谷センター長）

第４回運営委員会

・日時　平成26年９月18日（木）14：15～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・主な議題
○　センター事業報告
・「地域包括ケアシステムに関する研究会」報告（潮谷センター長）
日時　平成26年７月31日（木）16：00～18：00

発表Ⅰ「地域包括ケアシステムの構築とケアセンター扇町」
長崎純心大学医療・福祉連携センター　センター長　潮谷有二氏
発表Ⅱ「スクールソーシャルワークから見える家族・地域」
長崎市教育委員会，純心中学校・純心女子高等学校
スクールソーシャルワーカー　木村和子氏
参加者　40名参加

・「第２回地域医療セミナー in GOTO」参加報告（宮野准教授）
期日　平成26年８月22日（金）～24日（日）
場所　五島市富江町公民館他
参加者　教職員５人，学生７人

・「地域医療フォーラム2014」参加報告（宮野准教授）
日時　平成26年９月14（日）10：00～17：15
場所　東京都千代田区　秋葉原ダイビル
参加教員：潮谷有二センター長，宮野澄男准教授，奥村あすか助教，
吉田麻衣助教

○　平成25年度調査研究成果発表計画について（潮谷センター長）
・現代福祉研究所所報第18号への投稿
・日本社会福祉学会での口頭発表

○　「社会福祉士実習・演習担当教員養成講座」修了報告（奥村助教，吉田助教）

○　「長崎県地域包括ケアシステム構築支援委員会」出席について（潮谷センター長）
・主催　長崎県長寿社会課
・日時　平成26年９月25日（木）13：00～14：30
・場所　出島交流会館
・参加者　潮谷有二（長崎純心大学医療・福祉連携センター長）

○　「第20回長崎県介護老人保健施設研究大会（市民公開講座）」の開催について
（潮谷センター長）
・日時　平成26年11月４日（火）13：00～17：30
・場所　長崎ブリックホール　国際会議場
・市民公開講座（13：40～14：45）
地域包括ケアシステムについて（潮谷有二センター長）
長崎県における取り組みについて（宮野澄男准教授）

○　「全国シンポジウム日本の国情・２次医療圏の実情を熟考して，理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2014」への参加について（潮谷センター長）
・日時　平成26年11月15日（土）12：00～18：00
・場所　秋田県　秋田キャッスルホテル
・学生ポスターセッション－学生視点から医学教育改革を推進する－
・シンポジウム
・参加教員　潮谷有二センター長，宮野澄男准教授，奥村あすか助教，
吉田麻衣助教
・参加学生　現代福祉学科４年　出雲幸奈，加藤小百合，３年　戸口四郎

○　平成27年度共修授業の開講（案）について説明（潮谷センター長）
・対象者　長崎大学医学部医学科２年生126名，同保健学科３年生106名
　　長崎純心大学現代福祉学科３～４年生50～60名
・時期　平成27年度後期
・場所　長崎純心大学ケアセンター扇町，長崎大学文教キャンパスとをインターネットで結んだ遠隔授業
○　本年度の報告書についての長崎大学との打ち合わせ
・日時　平成26年９月22日（月）９：30～
・場所　長崎純心大学医療・福祉連携センター
○　平成26年度調査研究計画について（宮野）
○　「第３回認知症ケースカンファランス」報告（潮谷センター長）
・日時　平成26年10月４日（土）13：00～16：20
・場所　長崎大学中部講堂
○　新潟大学総合地域医療学講座及び地域医療魚沼学校の視察計画について
（潮谷センター長）
○　シンポジウム（仮）の開催について連絡
・日時　平成27年２月７日（土）13：00～18：00
・場所　メルカつきまち
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター収支報告（森専任事務）

第５回運営委員会
・日時　平成26年11月19日（水）16：30～
・場所：長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・主な議題
○　センター事業報告
・新潟大学地域医療実習視察報告（奥村助教）
日時　平成26年10月19日（日）～24日（金）
場所　新潟県立小出病院（魚沼市）他
・「2014年度　全国社会福祉教育セミナー」参加報告（潮谷センター長）
日時　平成26年11月１日（土）～２日（日）
場所　日本福祉大学
・「第20回長崎県介護老人保健施設研究大会（市民公開講座）」報告
（潮谷センター長）
日時　平成26年11月４日（火）13：00～17：30
場所　長崎ブリックホール　国際会議場
市民公開講座
参加者　一般市民，介護老人保健施設職員，関係施設職員等
・長崎県・長崎市主管課への平成25年度調査研究報告（潮谷センター長）
・全国シンポジウム参加について（宮野准教授）
－日本の国情・２次医療圏の実情を熟考して，理想的医師・医療者育成教育の展

開を考える2014－

・日時　平成26年11月15日（土）12：00～20：30
・場所　秋田県　秋田キャッスルホテル
・学生ポスターセッション
　－学生視点から医学教育改革を推進する　2014－
・シンポジウム
・参加教員　潮谷有二センター長，宮野澄男准教授，奥村あすか助教，
　吉田麻衣助教
・参加学生　現代福祉学科４年　出雲幸奈，加藤小百合，３年　戸口四郎

○　今後の事業予定（潮谷センター長）
・日本社会福祉学会での口頭発表について（吉田助教）
・シンポジウム開催（潮谷センター長）

○　平成27年度共修授業の開講（案）について（潮谷センター長）
・対象者　長崎大学医学部医学科２年生126名，同保健学科３年生106名
　長崎純心大学現代福祉学科３～４年生50～60名
・時期　平成27年度後期
・場所　長崎純心大学ケアセンター扇町，長崎大学文教キャンバス
　（インターネットで結んだ遠隔授業）
・内容　わかりやすい事例を数例提示し，学部学科にとらわれない視点で検討する
　ワークショップ形式

○　未来医療研究人材養成拠点形成事業疑義照会報告（宮野准教授）
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター収支報告（森専任事務）

第６回運営委員会（予定）

・日時　平成27年３月23日（月）14：35～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・主な議題

○　センター事業報告（宮野准教授）
・日本社会福祉学会第62回秋季大会
　期日　平成26年11月29日（土）～30日（日）
　場所　早稲田大学　早稲田キャンパス（東京都新宿区）
・テキストマイニングに関する研究会
　日時　平成26年12月12日（金）10：00～12：00
　場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・『地域を支え地域を科学する総合診療医の養成』
　プロジェクトシンポジウム
　日時　平成26年12月21日（日）13：00～16：30
　場所　岡山大学　鹿田キャンパス　Ｊホール（岡山市北区鹿田町）
・リサーチマインドを持った総合診療医の養成　第２回合同フォーラム
　日時　平成27年１月30日（金）10：00～16：30

場所　千里ライフサイエンスセンター（大阪府豊中市新千里東町）

・第55回　医学教育セミナーとワークショップ

期日　平成27年１月31日（土）～２月１日（日）

場所　岐阜大学サテライトキャンパス（岐阜市柳戸）

・平成26年度　下五島地区離島医療教育研究会

日時　平成27年２月10日（火）18：15～19：30

場所　長崎県五島中央病院　２階　講義室

・日本プライマリ・ケア連合学会長崎県支部会　第２回総会・学術集会

日時　平成27年２月14日（土）12：30～17：30

場所　長崎大学医学部構内（医学部講義室）

・名古屋学院大学　学校訪問

日時　平成27年２月16日（月）10：00～12：00

訪問者　小林甲一教授他３人

・島原市地域ケア会議参加（オブザーバー）

日時　平成27年２月18日（水）15：00～17：00

場所　島原市地域包括支援センター

・佐々町地域ケア会議参加（オブザーバー）

日時　平成27年２月19日（水）13：10～14：30

場所　佐々町地域包括支援センター

・第７回全国シンポジウム

「地域推薦枠医学生の卒前・卒後教育をどうするか？」

日時　平成27年２月20日（金）13：30～16：30

場所　ＪＰタワーホール＆カンファレンス（東京都丸の内）

・対馬市地域包括支援センター訪問

日時　平成27年２月25日（木）13：00～15：00

場所　対馬市豊玉町仁位

・日本保健福祉学会主催　第２－４回研究セミナー

日時　平成27年２月28日（金）10：00～16：30

場所　日本社会事業大学　研究棟（東京都清瀬市）

・平成26年度　上五島地区離島医療教育研究会

日時　平成27年３月５日（木）17：30～19：00

場所　長崎県上五島病院

・彩の国連携力育成プロジェクト中間報告会

日時　平成27年３月７日（土）13：00～15：45

場所　さいたま市産業文化センター（さいたま市中央区）

○　事業関係諸会議（宮野准教授）

・事業企画委員会開催

第12回事業企画委員会　平成26年12月８日（月）18：30～

第13回事業企画委員会　平成26年１月19日（月）18：30～

第14回事業企画委員会　平成27年２月９日（月）18：30～

第15回事業企画委員会　平成27年２月23日（月）18：30～

・第２回長崎県地域包括ケア教育推進委員会

日時　平成26年12月19日（金）16：30～17：30

場所　長崎大学医学部セミナー室４・５

・長崎地域包括ケア教育外部評価委員会

日時　平成27年２月19日（月）15：00～16：00

場所　長崎大学医学部セミナー室４・５

・第７回臨床実習ワーキンググループ

日時　平成27年１月22日（木）15：00～16：00

場所　長崎大学医学部地域医療セミナー室

・長崎大学とのテレビ会議

平成26年11月12日（水）10：30～11：30

シンポジウム構想、共修授業

平成27年１月22日（木）17：30～18：30

共修授業

平成27年２月２日（月）15：00～15：30

シンポジウム開催

○　授業参観（宮野准教授）

・長崎大学医学部医学科２「医と社会」

平成26年11月５日（水）14：40～16：10

平成26年11月12日（水）14：40～16：10

平成26年11月19日（水）14：40～16：10

平成26年12月24日（水）８：50～16：00

・長崎純心大学「医療的ケア」

平成27年２月24日（火）９：00～10：30、13：30～15：00　経鼻経管栄養

平成27年２月25日（水）10：00～11：00、13：30～14：30　胃ろう経管栄養

○　共修関係（潮谷センター長）

・科目名

長崎大学医学部「医と社会」（7.5単位の一部）

長崎純心大学「地域包括ケア論」（２単位）

・対　象

長崎大学医学部医学科　　約124人

長崎大学医学部保健学科　約107人

長崎純心大学　　約50人

・場　所

長崎純心大学ケアセンター扇町，長崎大学文教キャンパス

・共修予定日

平成27年10月28日（水）14：40～16：10

平成27年11月４日（水）13：00～16：10

平成27年11月11日（水）13：00～16：10

○　今後の事業予定（センター長）

・研究会開催

「地域における医療と介護の連携に関する研究会」

日時　平成27年３月24日（火）14：00～16：30

場所　長崎純心大学ケアセンター扇町

講師　　熊本県健康福祉部長寿社会局長　山田　章平　氏

・長崎地域包括ケア教育管理・運営委員会

日時　平成27年３月24日（火）11：00～12：00

場所　長崎大学医学部セミナー室３・４

・報告書作成

『事業報告書』（1,000部印刷）

『調査研究報告書』（5,000部印刷）

・平成27年度事業について

シナリオ（事例）作成

多職種連携 DVD 作成

・平成27年度 NICE キャンパスの開催

○　長崎純心大学医療・福祉連携センター収支報告（森専任事務）

○　未来医療研究人材養成拠点形成事業・テーマＢ（平成27年度事業予算書）

（森専任事務）

※第６回運営委員会は、当初、平成27年３月11日（水）に開催予定であったが、学内行事のため平成27年３月23日（月）に延期されたことを申し添えます。

（2）　事業企画委員会

①　根　拠

長崎純心大学医療・福祉連携センター規則第５条の規定に基づき，センターが行う「未来医療研究人材養成拠点形成事業」調査研究の充実を図るため，事業企画委員会を設置する．

②　事　業

事業企画委員会は，その目的を達成するため次の事業を行う．

ア　我が国の保健医療分野と福祉分野との連携状況と課題把握

イ　医療・福祉連携センターが行う調査研究案の企画

ウ　保健医療分野と福祉分野との連携システム構築に関する調査研究計画の企画

エ　その他の地域包ケア体制の推進に関する理論的かつ実践的な調査研究の企画

③　組　織

	氏　名	所　属　等
委員長	潮谷　有二	長崎純心大学医療・福祉連携センター長　教授
委　員	原田奈津子	長崎国際大学　准教授

委　員	永富　幸美	一般社団法人長崎医師会 長崎市桜馬場地域包括支援センター　社会福祉士
委　員	嶺　　尚江	医療法人昭和会 長崎市戸町・土井首地域包括支援センター　社会福祉士
委　員	宮川　江利	地方独立行政法人長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター市民病院 社会福祉士
委　員	井上加奈子	特別医療法人春回会 長崎北病院　社会福祉士
委　員	宮野　澄男	長崎純心大学医療・福祉連携センター教職員　准教授
委　員	奥村あすか	長崎純心大学医療・福祉連携センター教職員　助教
委　員	吉田　麻衣	長崎純心大学医療・福祉連携センター教職員　助教
委　員	森　　万記	長崎純心大学医療・福祉連携センター教職員　専任事務

（平成26年７月１日現在）

④　平成25年度開催状況

第１回事業企画委員会

・日時　平成26年２月10日（月）18：30～20：30
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・参加者　11人
・主な議題
　○　委員紹介
　○　未来医療研究人材養成拠点形成事業概要説明（潮谷センター長）
　○　地域包括ケアの在り方に関する調査研究概要説明（潮谷センター長）
　○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」実施報告
（宮野准教授）
　・平成26年２月６日（木）調査票発送（4,834ヶ所地域包括支援センター）
　・平成26年２月28日（金）調査票締め切り
　・入力フォーマットの検討

第２回事業企画委員会

・日時　平成26年２月24日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・参加者　15人
・主な議題
　○　センター事業報告
　・公開フォーラム
　平成26年１月31日（金）10：00～16：30
　筑波大学東京キャンパス文京校舎
　参加者　宮野准教授，田中助教，田崎事務
　・関係機関との連携（未来医療研究人材養成拠点形成事業説明及び協力依頼）
　長崎市医師会　平成26年２月６日（木）14：40～15：20

長崎県社会福祉協議会　平成26年２月14日（木）10：00～10：45
長崎県介護支援専門員協議会　平成26年２月14日（木）11：00～11：15

○　県内先進地視察

・佐々町地域包括支援センター（直営型）
平成26年２月12日（水）16：00～17：40
訪問者　宮野准教授
地域包括ケアに向けた佐々町の取組みについて
地域ケア会議開催について

・国民健康保険　平戸市民病院
平成26年２月13日（木）９：40～12：10
訪問者　宮野准教授
平戸市民病院が取り組んできた地域包括医療・ケアの実践概要について
平戸市民病院による地域支援事業について
超高齢社会に求められる医療について

・島原市地域包括支援センター（委託型）
平成26年２月19日（水）13：00～17：00
訪問者　宮野准教授
高齢者見守りネットワーク構築のための先駆的取り組みについて
地域ケア会議開催について（会議にオブザーバーとして参加）

○　キックオフシンポジウム

・2014年２月15日（土）
・参加者　長崎純心大学　10人

○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」に関する中間報告
（宮野准教授）

・回収状況　592件　　※　2014年２月24日現在
・入力フォーマット作成（SPSS）

○　未来医療研究人材養成拠点形成事業実施体制イメージ案説明（潮谷センター長）

○　講義「地域包括ケアシステムを取り巻く政策動向」（潮谷センター長）

第３回事業企画委員会

・日時　平成26年３月12日（水）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・参加者　15人
・主な議題

○　県外先進地視察報告（田中助教）

・板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター
平成26年２月18日（火）11：00～12：00
訪問者　田中助教
総合相談から社会資源へのフローについて
総合相談における医療ニーズについて

地域ケア会議について
・練馬区福祉部高齢社会対策課高齢調整係（練馬区高齢者相談センター）
平成26年２月19日（水）10：00～11：00
訪問者　田中助教
練馬区における地域包括支援センター本所と支所の連携について
総合相談における医療ニーズについて
地域ケア会議について
・富士宮地域包括支援センター
平成26年２月20日（木）13：00～14：00
訪問者　田中助教
富士宮市における総合相談支援システムフローについて
医療と介護の連携課題について
地域ケア会議について
・板橋区医師会在宅医療センター
平成26年２月21日（金）10：00～11：00
訪問者　田中助教
在宅医療連携拠点事業について
板橋区医師会における在宅療養相談支援のフローについて
地域ケア会議について
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター講演会の開催案内（潮谷センター長）
・平成26年３月25日（火）13：00～17：00
・場所　長崎純心大学Ｓ205

第４回事業企画委員会

・日時　平成26年３月17日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・参加者　16人
・主な議題
○　県内離島視察
・長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島医療研究所訪問
平成26年３月４日（水）10：00～12：30
訪問者　宮野准教授
長崎大学医学部の地域医療教育の概況について
離島医療・保健実習の実施概要について
実習施設訪問
・五島市地域包括支援センター
平成26年３月４日（水）13：00～15：00
訪問者　宮野准教授
五島市における地域包括ケアの体制について
五島市高齢者見守りネットワーク連絡会について

介護予防教室等の取り組み状況について
・新上五島町地域包括支援センター
平成26年３月５日（木）14：00～15：30
訪問者　宮野准教授
介護予防教室等の取り組み状況について
地域連携の状況について～高齢者見守りネットワーク（どがんねっと）～
・上五島地区離島医療教育研究会参加
平成26年３月５日（木）17：30～19：15
講師　長崎大学地域医療分野　教授　前田隆浩氏
長崎大学地域包括ケア教育センター　教授　永田康浩氏
長崎県病院企業団　長崎県上五島病院　院長　八坂貴宏氏
長崎大学における地域包括ケア教育の展開
上五島における地域包括ケアの新たな取り組み
参加者　宮野准教授
・対馬市地域包括支援センター訪問
平成26年３月10日（月）12：30～14：15
訪問者　宮野准教授
対馬市地域包括支援センターにおける介護予防を含む地域支援事業の状況
・長崎県上対馬病院訪問
平成26年３月10日（月）16：00～17：15
訪問者　宮野准教授
上対馬病院における地域医療の状況
・壱岐市地域包括支援センター訪問
平成26年３月13日（木）10：00～11：00
壱岐市地域包括支援センターにおける介護予防を含む支援事業の状況
・医療法人玄州会居宅介護支援センター訪問
訪問者　宮野准教授
居宅介護支援センターの概況
○　医療と介護の一体化に関する協議
・医療モデルから生活モデルへの円滑な移行
・退院カンファレンス
・多職種連携

⑤　平成26年度開催状況

第１回事業企画委員会

・日時　平成26年４月14日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室１
・参加者　25人
・主な議題
○　平成26年度事業確認（潮谷センター長）

・共修科目　NICE キャンパス科目　履修確定（26人）
・NICE キャンパス科目講師確定
　中道聖子氏「魅力あるキャリアデザインを描くために～介護福祉士編～」
　宮川江利氏「魅力あるキャリアデザインを描くために～医療ソーシャルワーカー編～」
・平成25年度実施報告書の公表
・長崎大学医学部医学科・保健学科，薬学部，長崎純心大学現代福祉学科の共修拡大のための会議開催
・医療・福祉連携センターパンフレットの作成
・県内地域包括支援センター聞き取り調査の実施
・国際シンポジウムの開催

○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」に関する中間報告（宮野准教授）
・回収状況　1,217件（回収率25.2%）
・統計処理のためのコーディング・入力作業完了.
・データークリーニング作業を実施中，単純集計結果を公表する予定である.

○　本事業に係る委員会等（潮谷センター長）
・長崎県地域包括ケア教育推進委員会開催（７月・12月）
　プロジェクトの推進にかかる役割分担やスケジューリング，進捗状況を確認しアウトカムへの方向性を確認する.
・長崎県地域包括ケア教育評価委員会開催（10月・１月）
　事業運営・実施，体制の評価，満足度などを指標としたプログラム評価等，事業全般の評価を質的・定量的に行う.
・長崎県地域包括ケア教育管理・運営委員会開催（２月）
　評価委員会での合意事項をもとに，次年度案の方向性について協議する.

○　医療モデルから生活モデルへの円滑な移行についての協議（継続審議）

第２回事業企画委員会

・日時　平成26年４月28日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　18人
・主な議題

○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」に関する報告
（宮野准教授）
・調査対象　全国4,834地域包括支援センター
・調査期間　2014年２月６日～28日
・回収状況　1,217件（回収率25.2%）
・第１回データー・クリーニング（４月８日～４月14日）
・第２回データー・クリーニング（４月16日～４月19日）
　⇒有効回答数　1,206件

・記述統計量分析（度数分布，平均，標準偏差）
○　老年学及び介護福祉系の研究論文レビュー（原田委員）
・評価尺度に係る先行研究を中心に
○　今後の調査への取組について（宮野准教授）
・調査計画・日程の企画
・調査センターの選定

第３回事業企画委員会

・日時　平成26年５月26日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　25人
・主な議題
○　「地域包括支援センターにおける業務実態等に関する調査」結果の今後の方向性について（奥村助教，吉田助教）
○　対馬地区離島医療教育研究会参加について（宮野准教授）
・発表「長崎純心大学医療・福祉連携センターにおける地域包括ケア調査研究への取組」プレゼンテーション
○　平成26年度の調査研究への取組について（吉田助教，奥村助教）
・質問項目（対象者属性，地域包括支援センターでの業務実態と評価，地域ケア会議の開催状況と評価，地域特性）
○　ケアセンター扇町との連携案について（潮谷センター長）

第４回事業企画委員会

・日時　平成26年６月９日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　19人
・主な議題
○　講義「在宅医療・介護連携の推進について」（潮谷センター長）
○　「地域包括支援センターにおける各業務別関係機関等連携先についての因子分析結果」報告（宮野准教授，奥村助教，吉田助教）
○　「地域包括支援センターにおける業務の状況についての因子分析結果」
（奥村助教，吉田助教，宮野准教授）
○　「地域包括支援センター業務内容体系化」報告（奥村助教，吉田助教）
○　ケアセンター扇町との研究会についての報告（潮谷センター長）
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター広報パンフレット作成計画についての報告
（宮野准教授）

第５回事業企画委員会

・日時　平成26年７月14日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２

・参加者　15人
・主な議題
○　ケアセンター扇町との研究会開催についての報告（潮谷センター長）
○　地域包括支援センターにおける各業務別ニーズに係る関係機関等との連携についての情報提供（永富委員，嶺委員）
○　長崎純心大学医療・福祉連携センター HP の開設についての報告（森専任事務）
○　「第２回長崎地域医療セミナー in GOTO」についての報告（潮谷センター長）

第６回事業企画委員会
・日時　平成26年６月23日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　18人
・主な議題
○　「平成26年度第１回長崎地域包括ケア教育推進委員会」報告（潮谷センター長）
○　地域包括支援センターの設置者別（行政・委託）職員体制，業務状況，連携機関等の差異についての報告（宮野准教授）
○　地域包括支援センターにおける各業務別ニーズに係る関係機関等との連携について情報提供・その２（永富委員，嶺委員）

第７回事業企画委員会
・日時　平成26年９月８日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　12人
・主な議題
○　講義「最近の政策動向について」（潮谷センター長）
○　「第２回地域医療セミナー in GOTO」実施報告（宮野准教授）
○　「第２回地域包括支援センター業務等の実態調査」計画について（宮野准教授）
○　地域包括支援センターにおける各業務別ニーズに係る関係機関等との連携についての情報提供・その３（永富委員，嶺委員）

第８回事業企画委員会
・日時　平成26年９月22日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　14人
・主な議題
○　「地域医療フォーラム2014」参加報告（潮谷センター長）
○　講義「地域包括支援センターにおける各業務別関係機関等連携先について」
（潮谷センター長）
・社会政策と社会的ニードについて
・地域包括支援センターの業務内容と関係機関等との連携について

○　地域包括支援センターにおける各業務別ニーズに係る関係機関等との連携についての情報提供・その４（永富委員，嶺委員）

第９回事業企画委員会

・日時　平成26年10月６日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　27人
・主な議題
○　参加者自己紹介
○　講義（継続）「地域包括支援センターにおける各業務別関係機関等連携先について」（潮谷センター長）
・社会政策と社会的ニードについて
・地域包括支援センターの業務内容と関係機関等との連携について
○　地域包括支援センターにおける各業務別ニーズに係る関係機関等との連携についての情報提供・その５（永富委員，嶺委員）

第10回事業企画委員会

・日時　平成26年10月27日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　26人
・主な議題
○　新潟大学総合地域医療学講座地域医療臨床実習現地視察報告
（奥村助教，吉田助教）
○　地域包括支援センターにおける各業務別ニーズに係る関係機関等との連携についての情報提供・その６（永富委員）
○　「平成26年度地域包括支援センター実態調査」の実施に伴う連携先の検討
－総合相談支援業務・権利擁護業務－（宮野准教授）
○　「長崎大学臨床実習ワーキンググループ」開催報告（宮野准教授）

第11回事業企画委員会

・日時　平成26年11月10日（月）18：30～
・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２
・参加者　32人
・主な議題
○　全国シンポジウム　プレ学生セッション　プレゼン
・「第２回長崎地域医療セミナー　in GOTO 島を訪ね，多職種の卵たちと学びあった２泊３日　～セミナー概観～」
（長崎純心大学生　岩田，戸口　長崎大学医学部生　内田，林田）
・「第２回長崎地域医療セミナー　in GOTO 地域包括ケアを知識から行動へ～ワークショップをきっかけに～」

（長崎純心大学生　出雲，加藤　長崎大学医学部生　荒倉，上原，松島）

○　日本社会福祉学会第62回秋季大会口頭発表プレゼンテーション

・「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要（その１）－関係機関等との連携状況に焦点を当てて－」（吉田助教）

・「地域包括支援センターに関する全国調査結果の概要（その２）－地域ケア会議と業務状況に焦点を当てて－」（奥村助教）

○　2014年度　全国社会福祉教育セミナー報告（潮谷センター長）

第12回事業企画委員会

・日時　平成26年12月８日（月）18：30～

・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２

・参加者　17人

・主な議題

○　「日本社会福祉学会第62回秋季大会」発表報告（潮谷センター長）

○　「地域包括支援センターの設置主体による関係機関等との連携状況」報告
（吉田助教）

○　「地域包括支援センターの設置主体による地域ケア会議の状況」報告（奥村助教）

第13回事業企画委員会

・日時　平成26年１月19日（月）18：30～

・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２

・参加者

・主な議題

○　岡山大学医療教育統合開発センター「地域を支え地域を科学する総合診療医の養成」プロジェクトシンポジウム報告（奥村助教）

○　長崎大学医学部「医と社会Ⅱ」参観報告（宮野准教授）

○　「多職種連携第１回目 KICKOFF 勉強会」報告
（長崎純心大学現代福祉科３年　芳田，中尾）

第14回事業企画委員会

・日時　平成27年２月９日（月）18：30～

・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２

・参加者

・主な議題

○　第２回シンポジウム報告（潮谷センター長）

○　第２回合同公開フォーラム報告（吉田助教）

○　第55回医学教育セミナーとワークショップ報告
（宮野准教授・奥村助教・吉田助教）

○　平成27年度事業に向けて（潮谷センター長）

第15回事業企画委員会

・日時　平成27年２月23日（月）18：30～

・場所　長崎純心大学　Ｊ棟会議室２

・参加者

・主な議題

○　日本プライマリ・ケア連合学会長崎県支部会第２回総会・学術集会報告
（潮谷センター長）

○　名古屋学院大学関係者訪問（潮谷センター長）

○　地域包括ケア教育外部委員会報告（潮谷センター長）

○　下五島地区離島医療教育研究会報告（宮野准教授）

○　第７回全国シンポジウム「地域推薦枠医学生の卒前・卒後教育をどうするか？」報告（宮野准教授）

○　島原市地域ケア会議報告（吉田助教）

○　佐々町地域ケア会議報告（奥村助教）

○　第55回医学教育セミナーとワークショップ継続報告（奥村助教・吉田助教）

○　平成27年度事業に向けて（潮谷センター長・永田地域包括ケア教育センター長）

研 究 ス タ ッ フ

	氏　　名	職　　名
1	潮　谷　有　二	長崎純心大学医療・福祉連携センター　センター長 長崎純心大学人文学部現代福祉学科　教授
2	宮　野　澄　男	長崎純心大学医療・福祉連携センター　准教授
3	奥　村　あすか	長崎純心大学医療・福祉連携センター　助教
4	吉　田　麻　衣	長崎純心大学医療・福祉連携センター　助教
5	森　　万　記	長崎純心大学医療・福祉連携センター　専任事務
6	田　中　美喜子	元長崎純心大学医療・福祉連携センター　助教 （在任2013. 11～2014. 6）

未来医療研究人材養成拠点形成事業

（テーマＢ：リサーチマインドを持った総合診療医の養成）

事 業 報 告 書

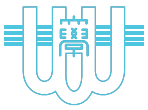
（平成26年10月～平成27年３月）

平成27年３月20日　発行

長崎純心大学医療・福祉連携センター

（センター長　**潮谷有二**）

〒852-8558 長崎市三ツ山町235番地
TEL：095-842-8787
FAX：095-842-8788
Email：cmw@n-junshin.ac.jp
http://www.n-junshin.ac.jp/cmw/



長崎純心大学
医療・福祉連携センター