



オレンジクロス

～ 理想の地域包括ケアシステム創造に向けて ～

創刊号

2016 SUMMER

VOL.01



一般財団法人

オレンジクロス



理事長挨拶

2016年3月16日より、理事長に就任いたしました村上佑順ゆうじゅんです。

弊財団は、2年前の2014年7月1日、『地域医療・看護・介護分野に対して恩返しをし、日本の地域ケアに貢献したい』との設立者の思いから誕生いたしました。

団塊の世代が75歳を迎える2025年を目前に控え、医療・看護・介護については、より一層の連携が求められております。私たちは、前理事長が掲げた『地域包括ケアシステムへの最大の貢献を目指し、自ら研究する財団』との理念を継承して参ります。具体的には、ソーシャル・コミュニティ・ナーシング機能の研究、家庭医療・老年医療の研究を軸に、2015年度に実施しました「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」のような、全国の医療・看護・介護に関わる皆様方に興味を持っていただき、ご参加いただいた方と共に成長していくことが可能な実証型研究にも、今後とも取り組んでいきたいと考えております。

そのため、日本のみならず海外の先進的な考え方、サービス提供の仕組み等に関しても目を向け、セミナーなどを通じ、皆様と共有していきたいと考えております。昨年はおランダのBuurtzorgビュートゾルフを全国の皆様方と共に学び、今年、アメリカで医療・看護・介護サービスを包括的に提供している『On-Lokオン ロック』に従事している医師・看護師をアメリカから招聘し、賛助会員の皆様と共に学んでおります。

また、全国の看護・介護の現場で活躍されている方々の思いや活動を共有できる場を作りたいという思いから、財団設立時より「看護・介護エピソードコンテスト」を開催しております。全国各地から、看護・介護の現場で実際に経験された感動や思いをお書きいただき、毎年7月に開催しております財団主催のシンポジウムにおいて、入賞された皆様をご招待し表彰式を行っております。

設立して間もない小さな財団ですが、医療・看護・介護に関わる方々、それらのサービスを利用されるご本人・ご家族の方々の笑顔に繋がるような取り組みを、財団スタッフと共に進めて参りたいと考えております。皆様のご指導・ご鞭撻、またご賛助を、何卒よろしくお願い申し上げます。

一般財団法人オレンジクロス 理事長

村上 佑順





財団の活動

一般財団法人オレンジクロスは、
『地域包括ケアシステムへの最大の貢献を目指す』研究財団です。



自らが研究を行い、地域包括ケアシステム構築に資する新たな価値を**創造**

医療・看護・介護の現場で活躍されている方々の活動を**支援**

高齢者・ご家族の安心した将来の生活環境を構築するための地域包括ケアシステムにおける新たな価値の**啓発**

『地域包括ケアシステムへの最大の貢献を目指す』オレンジクロスの取り組み

研究部門

● ソーシャル・コミュニティ・ナーシング研究会

①地域包括ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等での実践事例の分析を行い、ソーシャル・コミュニティ・ナーシング機能を抽出 ②医師・看護師・ケアマネジャー等が行う業務を地域ケアという連続性の中で捉え抽出し、抽出した内容の評価を行い『ソーシャル・コミュニティ・ナーシング機能開発プログラム』を開発することを目的とした研究会

● 家庭医療・老年医療研究会

看護師とかかりつけ医との連携強化、在宅診療における医師・看護師・リハビリテーション専門職・介護職などの機能分担・トリアージ基準の構築を目的とした研究会

● 統合ケアマネジメント事例検討会

※国立社会保障・人口問題研究所 / 地域包括ケアイノベーションフォーラムとの共催
様々な生活課題を抱えた利用者の事例をケアマネジャーから発表頂き、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士などの専門職の方から意見を頂くことにより、より良いケアマネジメントの構築を目的とした事例検討会

● 実証開発プロジェクト（2年に1回）

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト（H27年2月～H28年3月）

地域包括ケアに関わる国内各地の参加主体におけるパイロットステーションと世界的に成功事例のひとつとされるオランダ Buurtzorg のナレッジを共有し、専門職・研究者・関係団体・行政等による継続的な対話・議論・評価を行いつつ、①質の高いケア ②働きがいのある仕事と働きやすい職場 ③コストを下げることを目指した多主体多職種協同ケアチームにより事業計画を立て実証を目指したプロジェクト

啓発部門

● 広報誌の発行（年2回）

● 看護・介護エピソードコンテスト（年1回）

● 公開シンポジウムの開催（年1回）

● 賛助会員向けセミナーの開催（年3回）

一般財団法人オレンジクロスは、『地域包括ケアシステムへの最大の貢献を目指す』ため研究部門では2つの研究会・1つの検討会・1つの実証プロジェクトを、啓発部門では4つの取り組みを進めています。



財団の概要

(敬称略)

財 団 名	一般財団法人オレンジクロス
理 事 長	村上 佑順
設 立	2014年7月1日
住 所	〒104-0031 東京都中央区京橋 2-12-11 杉山ビル 6階
U R L	http://orange-cross.org/
T E L	03 - 6228 - 7216
事業内容	① 高齢者の医療・福祉に関する調査、研究、研究助成 及びその成果を活用したプログラム等の開発、提供並びに人材育成 ② 地域医療・福祉の事業モデルの啓発 及び地域医療・福祉に貢献する団体、個人の表彰 ③ その他当法人の目的を達成するために必要な事業

役員構成

(敬称略)

評 議 員	(設立者) 村上 美晴	セントケア・ホールディング株式会社 代表取締役会長
	伊藤 伸一	社会医療法人大雄会 理事長
	亀口 政史	亀口公認会計士事務所 所長 公認会計士
	鳥飼 重和	鳥飼総合法律事務所 代表弁護士
	西村 周三	医療経済研究機構 所長
	日野 正晴	日野正晴法律事務所 弁護士
	Jos de Blok	CEO and Founder of Buurtzorg
理 事	(代表理事) 村上 佑順	一般財団法人オレンジクロス
	川島 英明	川島法律事務所 弁護士
	佐伯 剛	株式会社かぜたび舎 代表取締役社長
	田中 滋	慶應義塾大学 名誉教授
	辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授
	比留川 博久	国立研究開発法人 産業技術総合研究所ロボットイノベーション研究センター 研究センター長
監 事	中田 ちず子	中田公認会計士事務所 代表
	矢吹 孝男	株式会社福祉の里 代表取締役社長

アイウエオ順 (除く、設立者、代表理事)

東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授

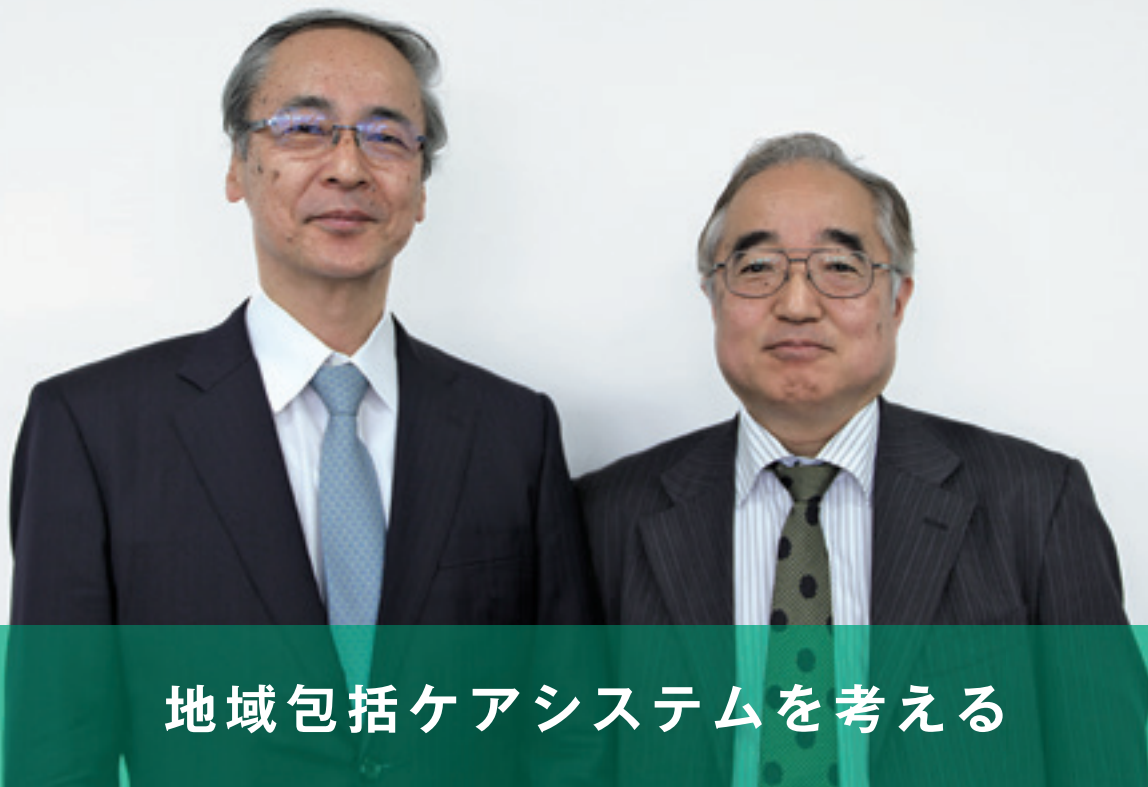
辻 哲夫

創刊
インタビュー

一般財団法人オレンジクロス 前理事長

岡本 茂雄

(敬称略)



地域包括ケアシステムを考える

地域包括ケアシステムとは？

岡本—— オレンジクロス財団は、2年前に地域包括ケアシステムの構築に資することを目的に設立し、この3月まで、私が理事長としてさまざまな活動をして参りました。今回、この2年間の活動を踏まえて広報誌を創刊することになりました。記念すべき創刊号のインタビューとして、地域包括ケアシステムの第一人者で、財団理事でもある辻先生にお話しをお伺いいたします。よろしく願いいたします。まず初めに、「地域包括ケアシステム」に対する辻先生のお考えをお聞かせいただけますか？

辻—— 地域包括ケアシステムという概念が出てきた背景の一つには、日本は高齢化が世界で最も進んでおり、特に大きな山、団塊の世代が75歳を超える2025年が間近に迫ってきていることがあげられます。このことが大都市圏において起こります。

イノベーションが必要で、「身体が弱ったら施設で預かる」ことが基本であった今までのケアを、大転換する必要があるということです。いってみればケア思想の転換ですね。

地域包括ケアは、元々は北欧から伝えられたケア思想ですけれども、日本での最も大きな転換は「ユニットケア」の導入でした。今まで大部屋で6人部屋とか4人部屋だっ



辻 哲夫 (つじ てつお)

1971年東京大学法学部卒業後、厚生省(当時)に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官(医療保険、健康政策担当)、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、2008年4月から田園調布学園大学教授、2009年4月から東京大学高齢社会総合研究機構教授を務める。現在、東京大学高齢社会総合研究機構特任教授。厚生労働省在任中は医療制度改革に携わった実績を持つ。編著書として、『日本の医療制度改革がめざすもの』(時事通信社)、『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』(東京大学出版会)、『超高齢社会 日本のシナリオ』(時評社)等がある。

た特別養護老人ホームのケアシステムを、一定のユニットごとに、個室と、セミパブリックゾーンといわれる食事などを行う居間スペースの組合せの方式に変えました。これまで個室でのケアは閉じこもりがちになるのではないかとわれていたのが、逆に歩く歩数も会話の量も増えたということ、外山義^(*)という方がスウェーデンで学び、帰



国後、日本で検証しました。これは、本当に私ども行政担当者にとって大きな出来事でした。ここで、日本のケア思想は大転換するわけですね。やはり自分らしい生活を繰り返し、住まいで暮らし続けることが、その人の自立を維持する上でも、もちろんその人の幸せにとっても一番良いということがはっきりしました。そういうケア思想に基づいてケアシステムを転換するというのが地域包括ケアの大前提ですね。

それを受けて出てきた新たな政策思想が「地域包括ケア」で、従来のように身体が弱ったら施設で預かるというのではなく、30分ぐらいで駆けつけられる日常生活圏域^(*)ごとに住まいに住んで暮らし続ける。見守りや、相談、食事といったような生活支援システムがあって、必要に応じて介護・看護、医療の多職種が訪問する。このようなケアシステムに変えようというものです。従来からみれば、ネガポジ大逆転ですね。身体が弱ったから預かるといった従来のやり方を、これまでの住まいで生活し続けられるように、住まいまでサービスが行ったり来たりするという大転換をやろうとしているのが地域包括ケアシステムです。この大転換に成功するかどうかというのが今の日本の大きな課題になっています。

地域に住む人の生活はどう変わるか？

岡本—— 身体が弱っても、施設ではなく住まいに住み続

ける仕組みへの大転換ということですが、そういう側面で見ると、高齢者の方の生活というのはどのように変わっていくのでしょうか？

辻—— 敢えていえますけれども、今後のケアの思想は自立支援ですね。できる限りの自立。自立というのは、いつも元気で歩き回れるという自立だけでなく心身の自立です。

そうなる、政策はまず心身が弱らない予防政策に向かっていくわけですね。この場合重要な概念が、「フレイル」です。正式名称は「フレイルティー」で、「老年症候群」とか、「サルコペニア」とも言われるように、年をとったら筋肉が減って弱っていくという過程です。これをできる限り早期の段階から遅らせる。今の要支援や要介護1の段階で遅らせるのではなく、もっと手前の段階から遅らせていくという政策で大転換していくということです。

これはある意味では「町づくり」であるという見方もできます。出歩きしやすい町の構造、あるいは高齢者のみならず皆がふれあいを大事にして社会の中で活動するというような地域社会をつくるという生活構造から始まり、弱ってきて自らの住まいで暮らし続ける。そういう過程でその人らしい生活をするためには、在宅医療まで必要になってくる。ということは、訪問看護、訪問診療と訪問介護が連携していくと。こういうケアシステムをつくるために、予防からケアまでの新しいパラダイムをつくっていくという大挑戦が始まっているということです。

岡本—— その辺を少し突っ込んでお伺いします。日本の制度の歴史は、健康保険制度にせよ、介護保険制度にせよ大改革だと私は認識しています。しかし、今回は町づくりや生活、あるいは国民自身の努力だとか、極めて広範な意識改革であり制度改定が必要な大改革ですが、そこまでの大きな改革が可能なのでしょうか。どういうところが中心になって引っ張っていき、これまでのシステムを変えていくのかといったことをお聞かせ下さい。

辻—— 座標軸の大転換が必要です。一言でいえば生活者としての我々の心構え、それから社会のシステム、両方が改革をしなくてははいけません。この転換のカギを握るのが市町村です。もちろん国も政策の方針は出しているわけですが、政策の方針を国で言っても地域住民に伝わらなければこれは実践できません。その仲介役を担うのが市町村であり、これからはその役割がとても重要になるということです。非常に熱心な民生委員さん、あるいは熱心な

NPOの方々のさまざまな地域に貢献している活動というものが一層大切になります。けれども、地域をどうするかということを考える究極の存在というのは、やっぱり市町村ですね。そういう意味で、市町村行政の役割の大きさというものが非常に注目されていると思います。

それからもう1点が、極めて重要なことで「医療」です。在宅医療というものを用意しなければ、最後は入院して終わりということになるわけです。したがって、医療人の意識と、医療システムの改革がどうしても必要です。

岡本—— まず市町村の役割が大きいということですね。例えば福岡の飯塚市は人口が増え出していますが、逆に、多くの自治体は人口減少、あるいは人口が消滅するような方向に動いているところもあります。よって、市町村の対応策というのは一律ではなく多様でなければいけないと思うのですが、市町村ごとの政策の考え方を支援する仕組みは、これから作ろうという動きがあるのでしょうか。



辻—— 基本的には、市町村ごとに実情が違うので市町村に応じた地域包括ケアを行うことが大きな基本です。しかし、市町村ごとにとにかく考えなさいというのでは現実には動かない。先に申しました新しいパラダイムに向けてどのような町にするのかという全体のイメージがしっかりあって、その中から市町村が工夫していくということが必要なのです。

そのイメージの中に今後不可欠なのは、お子さんが生まれやすい町をつかっていくということ。敢えて申し上げますが、結局、それをやらない市町村は、いずれ消滅しかねない。したがって、若い世代が共生し、ある程度出生率が回復するということがない限り、市町村に未来はないということですね。この点も今後、どの基礎自治体においても外せないと思います。

そうなりますと、必要な機能がしっかりコンパクトにまとめられた町づくりである、国交省の「コンパクトシティ」^(*)というのは、私は的を射ていると思います。正確にはコンパクト・アンド・ネットワークと言われていますが、コンパクトな機能をもってネットワークを結んで、住みかえを含めて住みやすい社会をつかっていくという形の政策が制度として打ち出されており、このような共通基本認識が市町村行政になれば、町づくりといたって何をすればいいのかかわらないですよ。そのような意味でモデル的な市町村をまず育てることが大切です。

疾病概念の変化

岡本—— もう1点、大きな要素は医療だというお話がありました。今、このオレンジクロス財団でも東京大学の飯島先生と一緒に在宅医療の研究会をもっています。私が大学にいたころの医学というのは、新たに先端的な治療法を見つけ、それによって人類の寿命が延び、がんが撲滅されて… みたいなことが医学を学ぶ者にとって格好が良いことであり、最先端の医療を提供する、例えば、ここの東大病院で非常に重症の方の命を救うことに貢献したいというようなことが医学部に行く者として格好良い使命だというような思いがありました。しかし、病院医療から在宅医療への転換は、医療のあり方から何もかもが変わってくると思うのですが、その辺、制度としてだけではなくて医師側の意識の変革なども起こりつつあるのでしょうか。

辻—— これはもう不可欠ですね。疾病概念が変わっているということです。今までは病気を治せば普通の人として社会に復帰するというのをモデルにしたのが病院医療なんです。それで、若くして亡くなる方はこの数十年のうちに本当に少なくなりました。老いたがゆえに心身の自立度が下がり、多くの病気をもって死に至るとというのがメインの疾病に変容しており、疾病概念は変わっているわけです。国民のための医療という観点から、一言でいえば在宅医療といたれば生活を支える医療というものが医師にとって極めて重要であるという認識を前提にした医学教育も必要だと私は考えております。ただ、医学教育の転換の前に、現場医療の転換が必要です。そういう順番だと思います。

岡本—— 去年の東大の医学部の卒業生のうち3人が在宅医になったというのを聞きまして、大変驚きました。

辻—— 医師が社会に目覚めるということが必要なんです。今まで医師は臓器を治すということについて大きな使命感をもってきました。これはもちろんとても大切なことです。でも、これからの医師は「社会を学ぶ」ということが非常に重要になりますね。

新たな試み — 柏プロジェクト —

岡本—— 次に、地域包括ケアシステムを実現するうえでの課題に対して、個々の改革をロードマップに入れていかなければと思うんです。私も参加させていただいている東京大学のHIP^(*)や、その実証場所である柏プロジェクトなど、今度はそのロードマップの先に日本のあるべき姿をつくる上で、その意義や目指すべきところをお話いただければと思います。

辻—— 柏プロジェクトのファーストステップというのは、在宅医療の普及です。医師会と市町村が鍵になるわけです。それで、在宅医療を行う医師を増やしていく、そしてその医師が多職種と連携していく。この土台ができない限り安心できる地域はつくれません。そして、その土台のコーディネーターといいますか調整役は市町村です。

これを実現するという作業はモデルケースとしては一区切りの作業を終えました。これを土台にするわけですが、在宅医療があっても、在宅ケアがなくては話にならないわけで、24時間対応の定期巡回・随時訪問介護看護、それから小規模多機能などを基本とする「拠点型サ高住」と言われる24時間対応のできる介護看護の在宅サービスの拠点を、町の真ん中につくるというモデルを導入しています。最初は、その「拠点型サ高住」に住んでいる人の在宅ケア

から始めて、徐々に地域に浸透させ全体を地域包括ケアの地域に変えていくというシステムモデルを導入しました。このようなモデルを柏市の日常生活圏域ごとに、公有地の提供を含めて展開していくというところまでできています。

セカンドステップは予防が重要であって、虚弱の過程を早期に対応して遅らせるということです。このフレイル予防という政策と、一人暮らしの高齢者が増えるので見守り、相談といった生活支援というものを地域でシステム化していく。これが第2期で、そのトライアルに今着手しております。「フレイル予防2025実行委員会」という組織も立ちあがっています。

私たちは24時間ケアシステムのモデル化を目指してきましたが、実際はケアだけでは生活できないわけです。それで見守り、相談、あるいはさまざまな生活援助という生活支援をどのようにシステム化するかということです。

この場合今後重要なのは、市場的システムの取り込みです。食事のデリバリーだって基本的には有料のシステムです。また、ごみ捨てなどは地域の支え合いの互助が大切だと思いますが、このような互助だけでなく、情報システムでの見守りも必要であり、市場的な情報システムも参加する。こういった総合的なネットワークシステムを実証したいということで、現在、柏プロジェクトの第2期の作業を進めていきたいと思っています。

介護とテクノロジー

岡本—— 現在、私は経済産業省のロボット介護促進事業のお手伝いをしています。そのメンバーと話し合っている中で、旧来、ロボット介護の事業は介護の負担の軽減を目的に動いてきていましたが、これからのロボットは介護負



担の軽減ではなくて、むしろフレイル予防なり、寝たきり予防なりへの貢献へと目的が変わってきました。

今の介護現場、あるいは旧来のロボットの考え方だと、危ないから歩けるのに車椅子に座らせてしまう、危ないから車椅子ではなくてベッドの中で心地よく過ごす…。このためにベッドの上で負担にならないよう介護するためにロボットの利用を考えてきました。

しかし、今は、足腰が弱っていても、杖では危ないけれどもロボットを使えば安全に歩けるという、自立支援の方向へロボットの開発も流れが変わってきました。ロボットの業界もフレイル予防といいますか、そちらが中心になってきたというのは、辻先生の極めて大きな影響だと思います。

辻—— 本当にそういう方向だと思います。「その人らしい生活を続けることを支援する」という方向にケアの概念はどんどん変化していつているんですね。

今までは保護という思想から「安全に」といったことが重要視されていましたが、それがかえってお年寄りを弱めることになっていました。ロボットの考え方は、お年寄りを自立支援する方向に変わっていくと思います。それが、介護が必要な期間を短くすることにつながります。

施策的な視点からのもう一つのポイントは、生活支援という概念です。狭い意味でいえば生活援助という言葉ですね。生活援助というのは、いわゆる家事ヘルパーというんですか、今まで人の力で伝統的にやってきたわけです。その人の生活の自立が続くための支援は必要ですが、そういう営みの過程で、その人の生活をどう組み立てるかという支援をすることが大切です。例えば、掃除というのは一定の時間をかけて必ずしも人がやる必要はないわけです。ロボットがやってくれたらいいと思うんです。その代わりに人が自立する気になる人間関係を整えるといったように、ロボットが合理的に対応する一方でその人の生活を活性化させていく専門的支援を強化する余地があるような気がします。それはユニバーサル化ということで、共働きの家庭にも子育ての家庭にも非常に有意義です。少子化でケアを担当する人口の確保が難しいという、人口減少の問題もありますね。今いった自立支援という理念を念頭に置きながらの技術開発というのが、私はとても大切なことだと思います。

リビングラボの概念

岡本—— 一番最初に外山先生のお話が出ました。けれども、私がやっぱりこの分野に入ったときに、外山先生とい

うのは偉大な建築学者、建築家で、工学的、理科系的な発想での分析をしながら、先ほどいわれたとおり、個室にしても閉じこもらずにむしろ活動が増えるといったことを証明されてこられました。こうした手法が、これからの制度・政策、制度設計あるいは理念の変更という面で、一番大きなところだと思います。もう一つは、技術革新。この分野で脚光をあびている介護ロボットだけではなく、さらに ICT であり、人工知能のような分野が、もう一つの大きな柱だろうと考えます。そういう分野の方たちに、この分野へ入ってきてもらい共同化する工夫みたいなアイデアはないでしょうか。言い換えれば、ICT や人工知能といった技術がヘルスケアであるとか、あるいは町まちづくりの分野に介入するといえればいいのかもかもしれません。

辻—— 全くの聞きかじりですが、「リビングラボ」という概念があるそうです。リビングラボというのは、市民参加の生活向上みたいな概念ですね、市民参加の商品あるいはサービス、システムの開発というのがヨーロッパでは普通のことらしいんですね。そういう生活目線で技術開発を評価する。これを「テストベッド」というそうです。そういう試みは日本でもっと行われる必要があるということで、東京大学高齢社会研究機構の秋山弘子先生がいよいよリビングラボに挑戦するというプロジェクトが動き出しています。

お年寄りの生活の中から生まれてくる、いわば高齢化対応のニーズというのは、これまでにないニーズですよ。生活の中から本当に ICT、人工知能といった最先端の産業技術が活かされるような場づくりというものは非常に重要になると思います。

岡本—— いろいろな技術開発をするに当たって本当の在宅の現場へ、例えば経済産業省の技官だとか、あるいはメーカーの研究者だとか工学博士たちに入ってきてもらってようやく、「重い」という言葉に対してパワーシフトじゃなくて、むしろ安全を確保しようとか、そういうことがようやくとわかってくる。技術が使われるのは生活空間というか、町づくり分野なんだから、むしろ町に技術開発の場や試みみたいなものができてくれば、理科系な発明も大いに進化するかもしれないですね。

辻—— 全くそのとおりですね。リビングラボという概念がこれから日本で普及すれば、本当に岡本さんのおっしゃることが実現できるのではないかと思います。これはぜひ注目してみたいと思います。

オレンジクロスへの期待

岡本——最初に申し上げましたとおり、オレンジクロス財団が地域包括ケアシステムの構築に資するという意味は、具体的なソリューションというか解決に資する価値観を生み出す、あるいはサービスを生み出す目的みたいな、具体的なところまでを考えていきたいということです。

「プラチナタウン」^(*5)を書いた楡周平さんと先週お話しする機会がありました。彼が言われていたのは、「今の日本社会というのは高齢社会について常に課題解決だと言う。課題解決といわれたら何か暗いよね。むしろ新たな価値観を生み出し、もっと良い社会になるんだ、課題解決じゃないんだ、その考え方すら変えていかないとけない」ということを言われて、非常に感動したんですね。

オレンジクロス財団は、とても小さな組織で、決してたくさんの方ができるわけではないのですが、先生のお立場から今後、財団にどんなことを期待されるか、お話しいただければと思います。



辻——多くの財団の役割というのは、研究助成とか普及啓発という型が一つ、もう一つは、やっぱり非常に先進的な、あえて岡本さんの言葉を借りていうと価値の創造というんですかね。そういう2つのタイプがあると思うんです。オレンジ

クロス財団はその後者も目指していると思うのですが、後者を目指すというのは大変難しいことだと思うのです。まず私は、それにあえてチャレンジしていることに敬意を表したいと思っています。

そういう中で、今急がれている最前線の課題というのは医療と介護の連携。日本の医療は病院医療中心の育ちですね。日本の在宅介護は、実は家事サービスに端を発する、いわば介護や医療の必要度の低い段階の在宅介護サービスなのです。現実には病院と特別養護老人ホームに代表されるような入所施設のパターンが基本だったわけです。その中で、俗に言う「中重度」の高齢者を在宅で支えるために在宅医療と訪問看護・介護というものがどのように連携していくのか？医療と介護・看護、それから看護と介護ですね。それを地域の中で実践しようとなると、日本では、未解明、未開発のことが多いです。それをどのようにブレ-

クスルーしたらいいのかというのは、今まで岡本さんと語り合ったようなある種の価値の創造が必要なんですね。そこに私はオレンジクロスが非常にポジティブに取り組んでいらっしゃるように思います。新しい価値の創造には、当然ロボットとかシステム開発、人工知能などが出てくるわけですね。そういう最先端の情報も吸収しながら、困難に負けずに新しい価値の創造に取り組んでほしいと思います。

岡本——本日はありがとうございました。

辻——こちらこそありがとうございました。期待しています。



そとやま ただし
 (*1) **外山 義** (1950年 - 2002年)

日本の建築家、建築学者。専門は建築計画学、環境心理学、高齢者住環境。1982年から1989年まで、スウェーデン王立工科大学に留学。帰国後、病院管理研究所（後の国立医療・病院管理研究所）の主任研究員として、高齢者のケアと住環境を研究する。1998年、京都大学大学院工学研究科環境地球工学専攻居住空間学講座教授。相部屋が基本だった特別養護老人ホームに、「個室」によるユニットケアやグループホームの制度化を推進した。秋田県鷹巣町（現・北秋田市）にある「ケアタウンたかのす」が、個室によるユニットケアの実例としてある。2002年に52歳で急逝。

(*2) **日常生活圏域**

概ね30分以内にサービスが提供される範囲を基本としており、地理的条件、人口、交通事情、社会的条件、介護施設の整備状況を総合的に勘案して市町村が設定する。

(*3) **コンパクトシティ**

都市的土地利用の郊外への拡大を抑制すると同時に中心市街地の活性化が図られた、生活に必要な諸機能が近接した効率的で持続可能な都市、もしくはそれを目指した都市政策のことである。

(*4) **HIP** (ヘルスケアイノベーションプロジェクト)

東京大学高齢社会総合研究機構と企業30数社による産学共同研究。産学の連携をベースにした研究活動を通じ、超高齢社会にふさわしい社会価値と企業価値を同時に実現することを目指す。

(*5) **「プラチナタウン」** (楡周平作)

大手商社の部長を務めていた主人公が出世コースを外れ、請われて故郷の町長に就任、障害を乗り越えて町再生の切り札・老人の街の建設に動くという物語。



認知症の私が“普通の生活”を送れるように——
たくさんの人たちが、
温かい手を差し伸べてくれました。



若年性認知症と診断されて

光孝さん 私は、58歳のときに若年性認知症と診断されました。会社で計算ミスをしたり、人の名前やお客さんの注文を忘れていくことが増え、病院で検査を受けて分かったんです。医師からは、「五感を使いながら、家に閉じこもらずに生活していると、進行がゆるやかになる」と言われたので、前向きな気持ちで、ドライブやツーリング、山登り、ピクニック、銭湯通いなどの趣味を楽しみつつ、病院でのリハビリや妻が勤める花屋さんでのアルバイトなどもしていました。

ボランティアを探しに市役所へ

明美さん 順調に外出できていたのですが、徐々に回数が減ってきたので、このまま家に閉じこもっては心配だからと、趣味やアルバイトに代わる新たな居場所を見つけるために、ボランティアをやってみたらどうかと考えました。でも、どんなボランティアができるのか分からず、とりあえず市役所で相談してみようと足を運びました。

光孝さん 市役所の方から紹介されたのは、観光案内所でのボランティアでした。案内所を訪ねてくる方に、富士宮焼きそばのお店を案内する仕事です。たくさんの人と触れ合うのが楽しく、ときに、案内所のカギをかけ忘れて、エアコンを消し忘れて、お客さんからの質問を忘れてしまうこともあったのですが、その度に同僚の方々がやり方を工夫してくれたので、ずっと続けることができました。

明美さん 本人がイキイキと取り組む姿を見て、生き甲斐を見つけたんだな、と心底思いました。困ったことが起きても、認知症の方が社会の中でどう生きるかを、みなさんで知恵を絞ってくださったのが本当にありがたかったです。

市役所が取り組んでくれたこと

光孝さん 私たちが相談したときというのは、たまたま富士宮市が「認知症とどう関わっていくか」について真剣に取り組もうとしていた時期だったようです。認知症についてより多くの方に知っていただくため、認知症サポーター養成講座や認知症サポーターキャラバンなどの活動も積極的に行われるようにな

りましたし、街全体での“見守り”も始まりました。

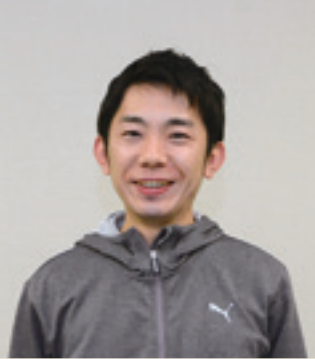
明美さん 市役所に総合相談窓口が設置されたのも、その取り組みの一つだったと思います。病気やボランティア、生活面についてなど、「本人と家族が抱える課題は、何でも相談してください」と言ってくださったんです。「自分たちの言葉で、認知症と向き合うことについて、講演してみてもはどうですか？」とチャンスをくださったのも、市役所の方のおかげですね。

今とこれから

光孝さん 今は講演会で全国を周ったり、ボランティアをしたり、ギター、卓球、麻雀といった趣味にも精を出しています。病気になって「人間失格だ」と思った時期もありましたが、病気にならなかつたら出会えなかった人たちもたくさんいました。認知症の方をはじめ、厚生労働大臣、自分と同じ認知症介護研究センターの先生など、北海道から九州まで知り合いが増えたことは私の宝です。病気になって全てが印象的で、思い出深い出来事になりました。「俺は俺」「認知症それがどうした」というのが、私のモットー。認知症でも自分らしく暮らしていけることを、これからも多くの人に知ってもらいたいと思っています。

明美さん 認知症の方が増える中で、徘徊などの社会問題も増えてきました。今では、認知症への理解も深まり、見守りなども盛んになっていますが、取り組み方に地域差があるので、市のサポートを受けながら「街全体で見守る大切さ」を広めていきたいと思っています。サポーターの人たちも、どう活動したらいいのかわからない方が多いのも事実。でも難しいことは何もなくて、地域で挨拶するところから始めてもらえればいいのかと思っています。その中で、異変にも気づきやすくなると思いますから。富士宮の街が、どんな病気にかかっても安心して暮らせるような街になっていけたらいいですね。





認知症フレンドシップクラブ富士宮事務局

望月信充 さん

「できないこと」ではなく、「やりたいこと」をサポートする。
当事者さんの「やりたいこと」が出発点になって、活動が広がっています。

認知症の選手50人が白熱する ソフトボール大会

認知症フレンドシップクラブ富士宮事務局が一番力を入れているのは、全日本認知症ソフトボール大会（通称・Dシリーズ）です。2013年から年に一度開催し、今では250名のサポーター、50名の認知症の選手が一堂に会する一大イベントになりました。みなさん練習をして臨むので、真剣勝負のゲームになるんです。たくさん選手が「ボールを打って気持ちよかった」「来年も出たい！」と教えてくださいます。ソフトボールに一生懸命取り組むだけでなく、「今年も一年間頑張ってくれたね」「来年もここで会おう」と、お互いの想いを共有できる場、特別な場所になっているんですね。

選手のプレイ姿は感動的です。応援しているほうも胸に迫

るものがあります。打って走って、みなさん思いっきりソフトボールを楽しんでいるんです。私も今年、初めて大会に参加し、認知症の方がイキイキとプレイする様子を見て、ハッとしました。これまで私は地域住民の方に、認知症について啓発してきたのですが、自分が描いていた認知症像とは全く違うことに気づいたんです。大会に参加して“その人らしさ”に触れてからというもの、より個人にフォーカスする接し方になったと思いますね。

私たちの夢は、 Dシリーズを盛り上げていくこと

参加者が少なくてチームが組めず、練習が充分できない地域もあるので、一県に一チーム作ることが目標ですね。そうすれば甲子園のような全国大会になりますし、各地域にチームがあ



れば、なかなか外に出られなかった人の行動のきっかけにもなると思うんです。

富士宮市では、認知症の方の声を拾う体制があり、当事者の方もそれに応えてくれるので、当事者の方と支援するサポーターが同じ思いを共有できている気がします。だからこそ「次はあんなことやりたいね」と発展していく。人が出発点、原点になって、いろんな活動が広がっているんです。当事者の方が前に出てくれるというのも、認知症をカミングアウトできていない人に一歩外へ出る勇気を与えられていると思いますね。ご本人だけでなくご家族や、地域全体の意識の変化にも大きな影響を与えています。認知症フレンドシップクラブは「できないこと」ではなく、「やりたいこと」をサポートする団体。一人一人の小さなサポートをつなげて、大きな支えになるような街を作っていきたいと思っています。



認知症フレンドシップクラブ富士宮事務局

稲垣康次さん

**立場を全て脱ぎ去り、
当事者の生活に触れてみる。
これが、“包括ケア”の第一歩です。**

認知症フレンドシップクラブには、認知症の方、そのご家族をはじめ、ケアマネジャーや施設管理者、医師といった福祉・介護・医療関係者、教育機関の関係者、NPO、市役所、ラジオ関係者、商店街のメンバー、卓球サークルの仲間など、いろいろな立場の人が集まっています。このフレンドシップクラブでは、認知症の当事者さんと一緒に課題を共有しながら、「認知症の方が普通に暮らせる街づくり」について共に考えるプロセスを大切にしてきました。まずは一度、それぞれ置かれた立場を全て脱ぎ去って、当事者の生活に触れることで、持ち場持ち場の役割が見えてくる。私はそれが包括ケアになると考えています。

以前、あるヘルパーさんから「認知症のおばあさんが卵を買ったことを忘れてしまい、家の冷蔵庫を開けると卵だらけになっている」と相談が寄せられました。すぐに商店街に行き、「この問題を一緒に考えてくれませんか？」と相談をしました。「一人暮らしをしている高齢者は、施設に入ったほうが幸せだと思いますか？」「それともこの地域で暮らし続けることが幸せだと思いますか？」という問いから始まり、「認知症になっても、地域で暮らしていくためにはどうしたらいいと思いますか？」という話に広がっていく。そうすると「その日に返品するのであればいいですよ」「うちは返品は厳しいから、言っておいてくれれば注意しておばあさんを見守るようにします」というように、それぞれのお店の方が主体的に関わってくれるようになりました。このようなリアルな事例を使って、街の人たちと一緒に考えていくスタンスは、どの街でもスタンダードであるべきだと考えています。



富士宮駅前通り商店街おかみさんの会

増田恭子さん

認知症の方の見守りや、健康イベントの開催、ボランティア受け入れ。
商店街ができること、商店街しかできないことって、たくさんあるんです。

商店街独自の取り組み

私たち富士宮駅前通り商店街では、認知症の方の“見守り”をしています。お客さんだけでなく、商店街でお店を営んでいる人が認知症になるケースが増えて、自然と始まった取り組みでした。例えば、パッチワークのお店で編み物を習っていたあるお客さんが、何度教えても覚えられなくなったりして、これはおかしい、と気づいたんですよ。他にも、突然徘徊するようになったり、怒りっぽくなったりと、いつもと様子が違うことがあって、おうちの人や地域包括支援センターに「お母さんの様子がこうなっているから、気をつけてみて」と伝えるようになったんです。おうちの方が認知症だと気づいていなくて、お店に来て分かるというケースも意外と多いんです。認知症患者さんを通じて、周辺地域の方とも連携するようになり、“見守り”の輪は自然と広がっていきました。

そしてもう一つ、商店街が取り組んでいるのが、定期市「駅前十六市」の開催。毎月16日に開いている、今年で16年目になる定期市です。10周年の節目には特別イベントとして「あい&ゆうき健康フェア」を実施しました。定期市にいらっしゃるお客さんは60～80代の方、つまり認知症の初期症状が始まる年代の方が多いことから、健康を気遣ってあげる場を設けたらどうだろうと考えたのです。このフェア開催にあたって、商店街のおかみさんたちだけでなく、市役所の方、NPOの方、介護サービス業者さん、ホテルなど、さまざまな人が協力してくれることになりました。保健センター健康増進課による骨密度や血圧の測定や、市の福祉総合相談課による物忘れ相談や認知症簡易チェック、介護事業者さんによる足湯コーナーなどもあって、イベントは大盛況！今年4月には、初めての試みとして「認知症カフェ」をオープンしました。ホテルのスペースを開放していただき、お茶を飲みながら認知症の悩みを語り合っ

たり、専門家のアドバイスを受けたりできる場所です。認知症についての知識を深める場所として、これから盛り上がるというと思っています。この取り組みができるようになったのも、市役所としっかり連携ができたからこそ。私たち商店街だけでは成し遂げることができなかったと思います。

取り組みを経て変わったこと

認知症は、身近にいない方にとっては特別なものだと思ってしまうけれど、ちょっとした手助けがあるだけで、普段と変わらない生活ができるんだ、と分かりました。商店街では、認知症の方を見かけると「大丈夫よ、サポーターさんは今トイレに行っているから」「今、レジでお金払ってるからね」とみんな上手く声掛けができるようになってきたと思います。認知症の方って、元気な人にとっての活性剤になるのかもしれない。優しさが呼び戻されるというかね。

認知症の方が外に出ても安全な受け皿を作ること、これが商店街の役割だと思っています。認知症の方にとって、自分の意志で何かをするのはとても大事なことです。商店街に買い物に来てくださるのはもちろん、ボランティアとして手伝っていただくことも大歓迎。毎日でなくても、たった一時間だけでも、そこにいていい。社会と接点を持って、前向きに暮らせるきっかけになったらいいですよ。

認知症の方もそれ以外の方にとっても、いまこの商店街が居場所になってきているような気がします。認知症のお客さんも商店街をよく歩いてくださって、通るたびに「こんにちは」「今日はね、こんなことがあったのよ」ってニコニコと話しかけてくれる。ちょっと寄ってみるか、と思ってもらえる場所になっている、それが嬉しく思います。



WORKSHOP

地域包括ケアステーション 実証開発プロジェクトが終了 最終回は「みま~も」の澤登さんが講演 「専門職は地域を照らす太陽に」

地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトでは2月20日、第5回のワークショップを都内で開催。最終回とあって、これまでで最も多い91人が参加し、1年にわたるプロジェクトが無事終了した。

オランダに学んだ「玉ねぎモデル」

オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフと知識を共有し、住み慣れた地域でその人らしい暮らしの継続を支える持続可能な地域ケアの日本への定着を目指すのがプロジェクトのミッション。具体的な姿が、住民自身のセルフマネジメントを核に、インフォーマルネットワーク、多職種協働チーム、公的サービスが3層で取り巻く「玉ねぎモデル」だ。暮らしの保健室 室長で、ケアーズ白十字訪問看護ステーション 統括所長の秋山正子さん、医療経済研究機構所長の西村周三さん、国際医療福祉大学大学院教授の堀田聡子さんの3人が世話人。ビュートゾルフを日本に初めて紹介した堀田さんが代表世話人を務める。

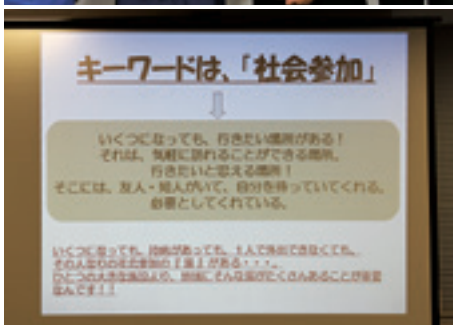
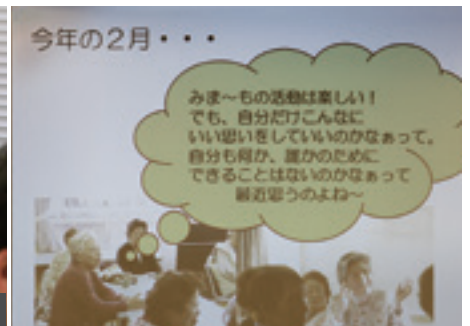
全国から38チームが参加し、昨年3月にキックオフ。ビュートゾルフの創設者ヨス氏や幹部の看護師を招き、組織運営やサービス提供のノウハウを学ぶワークショップを行うとともに、9月には現地視察も実施。「玉ねぎモデル」の実現に向けて課題となる地域や行政の巻き込み方もワークショップの話題となった。



代表世話人の堀田聡子さん



世話人の西村周三さん、秋山正子さん





セッション1「私が立ち上がることが玉ねぎモデルの第一歩」講演の様子。
ワークショップ最終回とあって、これまでで最も多い91人が参加

専門職のモグラ叩きより地域づくり

2月20日、最終回となる第5回ワークショップは、セッション1「私が立ち上がることが玉ねぎモデルの第一歩」、セッション2「わが町の玉ねぎモデル（地域包括ケアステーション）を語ろう」の2部構成。

「立ち上がった人」として講演を行ったのは、東京・大田区の地域包括支援センター入新井のセンター長・澤登久雄さんだ。澤登さんが仕掛け人となった地域の高齢者見守りネットワーク（愛称・「みま～も」）は、お互いの顔の見えにくい大都市型の新しい地域ネットワークづくりのモデルとして全国的に注目されている。講演テーマ「多彩な資源が織りなす地域ネットワークづくり」が示すように、地域の専門職、事業者から、商店街、地域住民へと広がり、現在も進化中だ。大田区には20カ所の地域包括支援センターがあり、月1万件の相談が寄せられる。一カ所当たり、月平均500件の計算だ。相談の対応に追われているうちに、瞬く間に一カ月が過ぎる。対応に追われる毎日の中で、澤登さんは、この



澤登久雄さん

ままではいけないと思ったという。

「そもそも本当に困っている人は相談に来ることができない。家族の介護力は低下し、ますます困難なケースが増えていく。モグラ叩きではなく、地域住民同士のお付き合いがあって、必要な時には専門職につながる。そういう地域をつくるのが本来の地域包括支援センターの役割ではないか」（澤登さん）。

スタートは平成20年。まず、地域の介護事業者に、ネットワークへの協賛を呼びかけた。法人として会員になってもらうことで、専門職

が所属する法人に気兼ねなく「仕事」として取り組むことができるようにしたというのもポイントだ。最初に、地域住民と専門職がつながる仕組みとして、毎月1回セミナーを始めた。講師との打ち合わせや、チラシづくりから終了後のアンケート集計などの実務をチームで担当することで、普段は余り顔を合わせる事のない地域の専門職同士が、顔の見える関係になっていった。現在は70代の高齢者を中心に、毎回100人を超える参加者の集まる地域の定番イベントだ。

商店街の一角にある児童公園の緑化活動に取り組んだことで、商店街ともつながった。現在はその商店街の一角に、空き店舗を提供してもらいコミュニティスペース「アキナイ山王亭」を開設。みま～ものスタッフ、地域住民のサポーターが協力し、イベントをしたり、ミニ講座を開設したりしている。サポーターは93人。ボランティアではなく、会員。年間2千円を自腹で支払って、自分の意思で参加してもらっている。会員が担い手になり、アキナイ山王亭で毎週金曜日に虚弱な高齢者や介護家族向けの「ミマモリ食堂」がスタートしたところだ。

「お客さんをつくらない」は、澤登さんの講演で何度も出てきたキーワードだ。地域包括支援センターはあくまでも黒子でコーディネート役に徹する。やってあげるのではなく、参加者が主体だから、ニーズに応じて発展し続ける。この辺りに「みま～も型」ネットワークづくりのヒントがありそうだ。

「本人の気持ちに伴わない中では、何も生まれない。専門職が今求められているのは支援よりも共感をつなぎ、主体を広げていくこと。専門職は住民一人ひとりを照らす太陽であれ」と澤登さんは参加者にメッセージを送った。

6チームが実践を報告、それぞれの「玉ねぎ」

午後からのセッション2「わが町の玉ねぎ（私たちの地域包括ケアステーション）を語ろう」では、「星の懸け橋プロジェクト（福島県郡山市）」「こまつおもいやりのまちプロジェクト（石川県小松市）」「ビュートゾルフ柏（千葉県柏市）」「とやま地域包括ケアステーション南砺（富山県南砺市）・とやま地域包括ケアステーション富山（同富山市）」「ものがたりくらぶ（岩手県盛岡市）」「チーム TOWA-TOWA（北海道室蘭市）」の6チームが取り組み状況を報告した。

ここでは、紙面の関係で4チームを紹介する。

「星の懸け橋プロジェクト」は、急性期病院を核にどう地域包括ケアを展開していくのか探るのがプロジェクトへの参加の理由という。患者を核とする玉ねぎモデル。「最初は調理方法がわからなかった」（理学療法士の二瓶健司さん）というが、「地域まるごとみんなによってたかっぺのおせっかいな玉ねぎモデル」と和風に味付けた。医療者から患者、患者から近隣住民、住民同士から地域社会へと玉ねぎの内側から外側へとエンパワーメントを引き出し、誰もが暮らしやすいまちづくりにつなげる。その中で急性期病院の役割は、1日も早い在宅復帰を支援することと結論づけ、実際に3事例で早期退院を試行した。

「こまつおもいやりのまちプロジェクト」は、聞き書きの会やバリアフリーマップづくりなど当事者と向き合う地域活動にも熱心に取り組んできた「コミュニティスペースややのいえ」代表の榊原千秋さんが報告した。昨年3月に子どもから高齢者、障害者もひとりの人として出会い過ごす

ことのできる場として「コミュニティスペースややのいえ」を開設したところだ。プロジェクトの一環で行った「認知症ケアコミュニティリーダー養成講座」は、地域でアクションプランを実践できる専門職の養成を目指した。これをきっかけに、「とことん当事者を真ん中」に、イノベーションを引き起こす仲間がさらに集まってきていると元気いっぱい報告した。

「とやま地域包括ケアステーション」は、専門職、富山大学が行政と組んで参加し、南砺市、富山市でそれぞれ取り組んでいる。「とやま地域包括ケアステーション南砺」では、人口1万人の井波地域で訪問看護・リハビリ、介護支援専門員、ヘルパーなど16名で在宅ケアチームを結成。住民にも参加してもらい、事例検討を通じ、地域の住民と専門職の「顔の見える関係」を築く取り組みを行った。在宅ケアチームへの参加者へのアンケートでは約半数が、「ケアの質が上がった」と回答。「職場の働きやすさ」も非参加者と比べて顕著に向上した。「南砺市全域に広げていきたい」と医師の南眞司さんが報告した。

「ものがたりくらぶ」は、診療所の医師らの思いでつながる緩やかなネットワークという。「高齢者は介護を受ける対象ではなく輝く存在。ひっそり支えたい。理念が合わない人とはあえてつながる必要はない」と医師の松嶋大さんは持論を述べた。「暮らしの保健室」を地域の公園になるよう育てていきたいという。本人を中心とした支援の一つのあり方として、ものがたりくらぶでは、「ナラティブブック」を開発中。情報は本人が持ち、必要に応じて専門職が閲覧させてもらう仕組みになるという。



星の懸け橋プロジェクト（福島県郡山市）
二瓶健司さん



こまつおもいやりのまちプロジェクト（石川県小松市）
榊原千秋さん



ビュートゾルフ柏（千葉県柏市）
吉江悟さん



(左)とやま地域包括ケアステーション南砺（富山県南砺市）南眞司さん
(右)とやま地域包括ケアステーション富山（富山県富山市）山城清二さん



ものがたりくらぶ（岩手県盛岡市）
松嶋大さん



チーム TOWA-TOWA（北海道室蘭市）
佐藤弘太郎さん

新しい時代へ「捨てる勇気」も

プロジェクト参加者の「玉ねぎモデル」へのアプローチや、地域包括ケアステーションへの取り組みの進捗状況はそれぞれ。だが、熱い思いは共通だった。報告を受け、世話人の秋山正子さんは「今はいろいろな考え方がある。専門職は地域とどう向き合うか考えてほしい」と参加者に投げかけた。



秋山正子さん

「専門職性はやっぱりな面もある。難しいこと

だが、新しい社会のニーズに対応していくには、過去に受けた教育、経験を捨てることも必要」最後を締めくくったのは、世話人の西村周三さんだ。専門とする経済学になぞらえ、自身の経験として常に変わり続けることが必要と率直に語った言葉が印象に残った。西村さんによると、医療・介護の包括報酬化がますます進むことが想定される。ここでは、ルールや規則は最小限になり、個々の専門職性に基づき行動する時代がすぐそこまでやってくるという。



西村周三さん

COLUMN

短期間でめざましい成果、優秀な日本のナース

「一年間という短期間の間に、日本でこれだけの成果があがっていることには驚いている。このプロジェクトは将来のために実りのあるものになっていくだろう」

体調不良で来日を見送ったが、ビュートゾルフの創設者ヨスさんはビデオレターでこう挨拶した。ビュートゾルフは世界展開を目指しており、ヨスさんは現在35カ国のナースと仕事をしているが、その中でも日本のナースは優秀という印象を受けたという。

「オランダと同じ原則が日本でも通じることをみせてくれた。他の国々のナースにもインスピレーションを与えるだろう」。ビュートゾルフでは、各地に散らばる看護チームの業務をバックオフィスがITで強力で支援。同様のITソリューションが今後、日本でも提供される予定だ。

上海に拠点を置くビュートゾルフ・アジアのステファンさんは、「よいケアをより低いコストで提供したいという思いを共有するナースがアジアでネットワークをつくっていくことは私の夢。ビュートゾルフでは、バックオフィスが事務をサポートし、距離を超えた緊密な連携をITソリューションが支え、ナースのベストケアをサポートしている。このモデルが、どんな地域でも、公立でも民間でも、起業タイプでも独立タイプでもよりよいケアができるようになると信じている。これからもつながりを続けていきたい」と話した。

ワークショップ前日、日本の訪問看護ステーションを見学に行ったのは、中国で看護師教育を担当しているイルマさん。

「オランダからだけでなく、お互いに学ぶことをこれからも続けてほしい。高齢者や地域のためにサービスをしているという点では同じ立場。自分たちの問題を先に解決しているところがあるかもしれない。よりオープンに門戸を開放し、学びあっていくことが大事」と話した。



ヨスさん



ステファンさん



イルマさん

第2回 看護・介護エピソードコンテスト 選考結果

当財団では、『看護・介護エピソード』を通じて看護・介護の現場で出会ったエピソードを広く募集し、看護・介護の素晴らしさを、この機会に皆様方と共有したいと考えております。第2回選考結果と大賞作品をご紹介します。

大賞作品	地域のつながりが生んだ支援 “絆の連絡帳” — 在宅介護ケアスタッフの連携 —	川手弓枝さん
優秀賞作品	今も心に誓った介護	大澤憲夫さん
優秀賞作品	そばにいてくれたらいいから	稲葉典子さん
優秀賞作品	かざぐるま	三島裕子さん
選考委員特別賞	きみえさんちものがたり	三上 薫さん

第3回は来年2月から応募を開始予定です。皆様からのご応募をおまちしております。詳しくは財団ホームページをご確認ください。<http://orange-cross.org/contest/>

第2回 看護・介護
エピソードコンテスト
大賞作品

地域のつながりが生んだ支援

“絆の連絡帳” — 在宅介護ケアスタッフの連携 —

川手弓枝さん

2足のわらじを履くことで見えた 地域保健事業のヒント

今から十年余り前、遠方で市町村保健師をしていた私は、おひとりさまの三十路女。父親のがん闘病生活と介護のため故郷に戻ってきた。懐かしい友人達は子育て中、毎日育児に忙しい。「子どもが言うこと聞かなくてさ～もう、たいへん！」と言う声は生きる力に満ちあふれていて、なんだか眩しい。私の周りで、親の介護をしている人はまだいなかった。この時、親の世代は50～60代で、公園ではかわいい盛りの孫と手をつないで微笑む姿を見かけた。生死をさまよう父とは、まるで別世界の出来事だ。久しぶりの故郷は、天国と地獄の分岐点だった。

知り合いからは、「保健師なんだから、ちょうどいいじゃん、がんばってね」と応援メールが届いた。仕事柄、周りからはちょうどいいように見えるのかな。“あなたはひとりでも大丈夫よね”と突き放されたようで心細くなった。親が病み細る姿… 資格が有ろうと無かろうと、悲しい

のは同じなのに！ そう叫び出したいのをグッとこらえた。仕事では保健師として地域の人々を“支援する側”、プライベートでは家族介護者として“支援を受ける側”、私はこの2足のわらじを履くこととなった。

帰郷後すぐ、在宅介護支援センターに再就職をした。65歳以上の方のお宅を訪問して高齢者ひとりひとりの生活状況を確認する、そして健康に過ごし安心して暮らせるように支援する業務（高齢者実態把握調査）に就いた。以前は、母乳の匂いのする新生児を訪問していた。毎日高齢者の方を訪問してお話をじっくり伺うことは、自分にとって驚きと発見の連続であった。高齢者の話の中には、地域保健事業のヒントがたくさん詰まっていた。

“絆”が具現化した連絡帳

農家をしている80代の女性・Aさんは、旦那様を亡くされてからひとり暮らしだ。お話を伺っていると軽度の

【地域のつながりが生んだ支援】

認知障害がみられた。離れて暮らす息子さんから、「家に来た人には、用件をノートへ書いてもらうように」と言われているようだ。ノートの最初のページには、「母は少しもの忘れがあるため、御用のある方はこのノートに記入をお願いします。私が月に何回か参りますので、母が忘れていたら対応致します」と息子さんからのメッセージが書かれていた。そこには組合長、民生委員、農業委員、社会福祉協議会の方など、訪問した方々が日付・訪問者名・用件を記していた。

「保健師さんも、これ（ノート）書いて。わし（私）すぐ忘れるから、よく息子に怒られるんな。でもなあ、これ作ってからは安心よ」とおっしゃって、ノートを手渡された。「わしに似ず賢い息子で、いい子なあ」と笑った。そのノートは、“Aさん”と“遠くから母親を見守る息子さん”、両者の絆が具現化したような存在に感じられた。後日、ノートを介して私の訪問も息子さんに伝わった。息子さんから緊急時の連絡先を知らせて下さり、そのノートは遠方の家族と連携を取る連絡帳として大活躍した。その連絡帳は親子の絆だけでなく、“Aさん”と“地域の人々”をつなげる絆にもなっている。素晴らしいアイデアだと感動した。それで、Aさんのノートのことを心ひそかに、『絆の連絡帳』と名付けた。

高齢者の方はゆっくりとしたスピードで何回も話をくり返されるので、どうしても訪問時間が長くなる。しかし、そこには学ばせていただくべき要素がぎっしりと詰まっているから、訪問するたびに私の心は突き動かされる。昔の刑事ドラマに「刑事は足で稼ぐものだ！」というセリフがあったが、保健師も地域を訪問して“足で稼ぐ”重要性を学んだ。実際に訪問のため地域へ足を運ぶと、ひとりひとりのお顔がしっかりと見えた。地域の人同士のつながりがわかるようになり、地域の中に在る様々な絆を感じた。地域の人々への理解が深まると、その地域が抱える介護問題などの課題も浮かび上がってきた。仕事を介して、私自身も地域とつながっていることを実感するようになった。

「本人の意思の尊重」という最大の課題

高齢者の方の話を真剣に聞いている間は忘れていたのだが、移動する車中では父のことが頭をよぎる。親御さんの元気な姿が見られる息子さんや娘さんはお幸せだ

な…と羨ましく思った。意識不明の状態から1カ月後、父は意識を取り戻した。6カ月間の入院治療を経ても、言葉が話せない・理解できない全失語、右上下肢に麻痺が残り歩けない身体状態だった。医師からは、一生寝たきりだと告げられた。失語症のため他者との意思疎通が難しいことが、入院中も医療関係者を悩ませた。家族とはアイコンタクトや表情で、なんとなく通じる時があった。そこで入院中は個室で家族が付添うことを許可してもらい、母と私が交代して付き添った。そうした経過の中、家族にわかる範囲で本人の意思を代弁することが常になっていた。

そんな時、入院している急性期病院から回復期リハビリテーションまたは療養型病院への転院か、または退院して在宅へ戻るかの話し合いをしたいと、病棟のソーシャルワーカーから告げられた。今から10年前の話だが、病棟のソーシャルワーカーと看護師、介護保険のケアマネジャー、本人（父）、家族（母と私）、で話し合いが行われた。看護師は「義幸さん（本人）ひとりでは出来ないことが多いから」と、リハビリを続けられる病院への転院をすすめてくれた。話し合いの前日、アイコンタクトや絵を書いて父と相談した結果、本人は家に帰りたがっていることがわかった。そこで家族は、退院を希望し在宅ではこんな風に生活したいと思っていると話そうとした。すると、「家族のための話し合いじゃないんですよ、ご本人のための話し合いなんです。義幸さんがどうしたいのか、が大事です」とソーシャルワーカーが厳しい口調で家族の言葉を遮った。そして、「義幸さんはどうしたいですか？」とたずねた。「……」父は答えなかった。答えなくても答えられなかったというべきだ。

「義幸さん、どうされました？ 何でもいいですよ、お家に帰るのが不安なら、転院してリハビリを続けることもできますよ」と優しくなだめるように、ソーシャルワーカーは問いかけた。父は困った表情を浮かべ、家族を見た。ケアマネジャーが、「義幸さんはご家族との意思疎通がなんとなく出来ているので言葉がわかるように見えてしまいますが、実は私達の言葉はほとんど理解できていないと言語聴覚士の先生がおっしゃっていました」と言った。看護師も「家族との意思疎通は可能とカルテには書いてありますが、私達看護師の言葉に対しては“こう言っているのかな”という推測や勘でうなずいているように思えます」と言った。再度ケアマネジャーが、「ご家族とは病気になる前から気持ちが通じているから、言葉が無くても通じるものがあるのかもしれない。でも病気を機

に関わったばかりの私達が義幸さんのお気持ちを知るには、ご家族の協力がないと難しいかなと思います」と、家族が本人の気持ちを代弁することを容認してくれた。

「そうでしたか。私は可能なかぎり、義幸さんの意思を尊重できればと思ったものですから」とソーシャルワーカーは言い、『本人の意思の尊重』という核心を突く言葉を全員に投げかけた。言葉の理解ができず、話すことができない父。でも本当は、言いたいことや伝えたい思いが胸の内にあふれかえっていることだろう。本当はどう思っているのか、どうしたら本人の意思を尊重することになるだろうか… この問いかけは、この後に在宅で支援して下さるケアスタッフの皆さんおよび家族にとっても、最大の課題となった。

無力感にさいなまれたとき、 ふと思い出した“絆の連絡帳”

話し合いの結果、退院後は住み慣れた自宅へ戻り、介護保険サービスを利用しながら在宅介護をすることに決まった。福祉用具のレンタル・訪問看護・訪問介護・訪問リハビリ・訪問入浴など、様々な介護保険サービスをケアマネジャーさんが手配して下さり、看護・介護・リハビリなどたくさんのケアスタッフに支援していただくことになった。

自宅へ戻れたものの、健康な時とはまるっきり変わってしまったことに一番ショックを受けているのは、父本人であった。言葉が話せない（失語症）だけでなく、高次脳機能障害のため日時がわからない（記憶障害）、服の袖の通し方がわからない（失行）、自宅トイレへの行き方がわからない（地誌的障害）など、次から次へと生活上困難な出来事にぶつかった。何が出来て何が出来ないのか、家族もケアスタッフもすぐにはわからなかった。周りから理解してもらえない悲しみが積もって、父から笑顔が消えた。気持ちが伝わらないことに苛立っている様子がみられ、次第にケアスタッフへ怒りをぶつける場面が増えた。ケアスタッフ達から、「一生懸命やっているが、どう対応していいのかわからず困っている」と家族に告げられた。両者がギスギスとして、父とケアスタッフとの間に明らかな溝が生じていた。父の目つきは陰しさを増して表情は暗くなり、家族

以外の人を受け入れなくなっていた。その背中には、言いたくても言えないもどかしさと気持ちをわかってもらえない悲しみにあふれていた。

私達家族も、何気ない言葉で傷ついていた。ある日、ケアスタッフの手を振り払った父の手が、ケアスタッフの顔にバチンと当たってしまった。その人はあまりの痛さに顔を押しさえ、「娘さん、保健師なんですよ？ お父さんの言ってること、わからないんですか！」と声を荒げた。胸が張り裂けそうだった。まったくその通りだ、何のために勉強してきたのか、何の役にも立ってない。無力な自分が申し訳なかった。

家族介護者として24時間ずっとそばにいと、父の心の痛みがヒシヒシと伝わってきた。何て言いたいのか父の言葉を一言一句そのまま理解することはできないけれど、悲しいとかつらいとか気持ちは理解できるかもしれない… 父の気持ちをケアスタッフの皆さんにも知ってもらいたい！ そう思った時、ふと、以前訪問したAさんの“絆の連絡帳”を思い出した。「これだ！」、家族介護者としての私と保健師としての私がつながり、ひとつになった瞬間だった。

「義幸のことを知ってください」 我が家流連絡帳の誕生

『ソワソワした表情で左手を動かす時は、トイレです』『最近テレビの裏側が気になって仕方ありません』『物を投げる時は、悲しみでいっぱいの時です』など、家族が気づいたことをノートに書いて



【地域のつながりが生んだ支援】

ケアスタッフに見てもらえる連絡帳を作った。そのノート最初のページには、《義幸のことを知ってください》という題名で、元気な頃の写真を貼り、好きなこと、苦手なこと、どんな仕事をしてきて、どんな性格か、など本人の自己紹介ページを設けた。Aさんの『絆の連絡帳』を応用した、『我家流の絆の連絡帳』の誕生だ。

ケアスタッフの皆さんに困ったことがあれば、「今日はこんな様子で、こんな時に困りました。他のスタッフの方はどうしていますか？」という感じで連絡帳へ記入してもらった。困っているからこそ、みんなで共有して知恵を出し合おうと思った。各ページに縦線を引き、欄を4つ設け、①日時 ②サービス名・担当者名 ③本人の様子と困ったこと ④対応策 と4項目記入してもらった。④対応策には、他のケアスタッフや家族介護者から「自分はこう対応しています」といったアドバイスや、「こんな風にしたら、今日はずまいきました」といった体験談を記入してもらった。看護・介護・リハビリなど各ケアスタッフの専門性や経験をもとにして、お互いにアドバイスし合うようにした。

毎回連絡帳の記録をお願いすることは、ケアスタッフの負担を増やすことになる。私達（要介護者・家族介護者）の介護負担額は増えるが、各ケアの単位数を増やしてもらうことで連絡帳を書く時間を確保してもらった。ケアスタッフ皆さんが根気よく連絡帳を続けてくださったおかげで、バラバラとしていた支援チームがひとつにまとまっていくのを感じた。連絡帳を続けていくと、たくさんの困りごとの中に共通した課題が見えるようになった。ケアマネジャーさんも連絡帳を見るようになり、「共通した課題をもとに居宅サービス計画を立てる」という流れが出来上がった。看護・介護・リハビリなどのケアスタッフ達が連絡帳を介してつながり、ケアマネジャーもいっしょに共通の課題を見つけ、関係職種が連携して支援をしてくれた。連絡帳は何冊にも増え、途中でメンバーが交代しながらもケアスタッフの連携は続いた。すると、ケアスタッフ・父（本人）・母と私（家族）との間にあった溝が徐々に埋まっていき、新しい関係性が築かれ始めた。

笑顔を取り戻した父へ 「生きていてくれてありがとう」

自分の心の殻に閉じこもった父は、薄皮を剥ぐように少しずつ、長い時間をかけて支援する必要があった。次から

次へと困難が生じて、気苦労は絶えることが無かった。それでも5年後、父は笑顔を取り戻すことができた。ほんの短い期間だったが、もう一度、家族とそして支援し続けて下さったケアスタッフの皆さんといっしょに、笑い合えた時期があった。その後寝たきりになってからも在宅で暮らし、「生きていてくれてありがとう」と感謝の気持ちをこめて大切な父を抱きしめることができた。そこには要介護者・家族介護者・ケアマネジャー・ケアスタッフ、みんなで10年かけて築き上げた「絆」があった。『絆の連絡帳』が、在宅介護をする私達をつなぐ『本物の絆』になっていた。その中味は、困難に目を背けず根気よく支援し続けて下さった皆さんの愛と努力にあふれていた。在宅介護とは、地域で生活する中で生まれる絆のひとつだと感じた。

そういう日常が送れたのは、在宅介護において看護・介護・リハビリ・ケアマネジャーなど、多職種のケアスタッフが連携して支援してくれたからだ。要介護者が話せない、本人の意思の確認は難しい。『本人の意思を尊重すること』とは、言葉を一言一句正確に理解することばかりではないと感じた。本人が笑顔を見せてくれ、生きていて良かったと実感してくれる日々の積み重ね、そうした日常生活そのものこそが、その人の意思が尊重されている状態ではないかと思う。たとえ寝たきりになって言葉は通じなくても、ケアしてくれる人との間に絆があれば、本人の意思を尊重した生活は続けられるだろう。寝たきりになっても家族の大黒柱として懸命に生き抜いた父の背中が、2足のわらじを脱いだ私にそう教えてくれた。

振り返れば、保健師の時にAさんから学んだ“絆の連絡帳”がヒントになって、家族介護者となった私を助けてくれた。ひとりの人間が、支援する側になったり支援を受ける側になったりして、人生のどこかでつながっている。どちら側であっても、様々な絆を介してつながっていく。

在宅介護とは、地域で生活する中で生まれる絆のひとつだ。支援を受ける側の要介護者は、病気や障がいを抱えながら“地域で生活する人”である。また、支援する側のケアスタッフも、仕事をしながら“地域で生活する人”である。支援を受ける側と支援する側、どちらの立場にしようとも私達は、絆を介してつながり地域の中で生活している。たとえ寝たきりで言葉が話せなくても、その人の意思が尊重され人生の最期まで安心して生活できる絆がある、そんなつながりのある地域在宅介護支援を目指して今後も尽力したい。



一般財団法人オレンジクロス 2016年セミナー等のご案内

① 複合的な街づくり On-Lok とは？米国先行事例に学ぶ

演者：On-Lok 医療責任者・ディレクター

日程：2016年4月26日（火曜日）

形式：賛助会員向けセミナー（1）

実施済み

② 自立支援を目指すロボット介護機器

演者：産業技術総合研究所ロボットイノベーション 研究センター長 比留川博久氏

日程：2016年7月15日（金曜日）

形式：第2回一般財団法人オレンジクロスシンポジウム

③ エビデンスに基づく認知症情報学

演者：静岡大学大学院総合科学技術研究科 教授 竹林洋一氏

日程：2016年9月16日（金曜日）

形式：賛助会員向けセミナー（2）

④ 演題 未定

演者：産業技術総合研究所人工知能研究センター 人間情報研究部門 兼務 主席研究員 西田佳史氏

日程：2016年11月18日（金曜日）

形式：賛助会員向けセミナー（3）



一般財団法人オレンジクロス 賛助会員募集のご案内

一般財団法人オレンジクロスの活動趣旨・取り組みにご賛同いただける
個人・法人の賛助会員を広く募集いたします。

● 賛助会員年会費：個人会員（1口）10,000円 法人会員（1口）100,000円

● 期 間：毎年7月1日～翌年6月末日

● 賛助会員特典：① 各種情報提供

② 広報誌の配布

③ 各種セミナーの割引招待

（セミナーの内容は上記開催予定セミナーを参照下さい）

● 申し込み方法：当財団ホームページ『賛助会員について』から
申込書をダウンロードして頂き、FAXにてお申込み下さい

<http://orange-cross.org/about/member/>



広報誌 オレンジクロス | 創刊号 2016 SUMMER VOL.01 | 2016年7月1日発行

発行：一般財団法人オレンジクロス

〒104-0031 東京都中央区京橋2-12-11 杉山ビル6階 TEL. 03-6228-7216 <http://orange-cross.org/>



本誌は、「植物油インキ」「水なし印刷」を採用した環境にやさしい印刷物です。