



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 ～

夏号

2019 SUMMER

VOL.07

巻頭言

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長
一般財団法人オレンジクロス理事)

地域包括ケアの取組みインタビュー

株式会社まちナース(千葉県八千代市)

第5回エピソードコンテスト 選考結果、大賞作品

賛助会員探訪

株式会社ツクイ(神奈川県横浜市)

オレンジクロスセミナー

第1回 介護人材の採用・定着・育成・活用のポイント
森一成氏(社会福祉法人 合掌苑 理事長)

地域包括ケアシステムを自分の言葉で「説明できる」ために ～基礎研修プログラムの開発～

名取直美氏(株式会社富士通総研コンサルティング本部行政経営グループ
チーフシニアコンサルタント)

財団レポート

- ①人工知能学に基づく「認知症見立て知」の
共学・共創システムの開発と実証評価研究報告
- ②SCN研究の進捗状況報告



一般財団法人

オレンジクロス



巻頭言

令和時代の介護サービス

令和の時代、我が国の介護サービスは大変な事態を迎えます。高齢者人口は、令和元年3,550万人であるのが、令和7年には3,677万人、令和21年には3,921万人に増加し、一方で生産年齢人口は同年に7,552万人から7,170万人、5,978万人へと減少。令和最初の20年間で、高齢者が371万人増え、生産年齢人口が1,574万人減る計算になります。この間、令和7年には介護者が37万人不足し、社会保障給付費は令和元年の121兆円程度から令和21年には190兆円程度になると予想。令和21年以降は、高齢者人口も減少に転じるそうですので、それまでをどうやって凌ぐかが深刻な社会課題です。

厚生労働省は令和7年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を目指しています。和光市のような成功例は出てきていますが、自治体によるバラツキは大きく、理念を実装するには多くの課題があります。こうした中、介護サービスの効率化を目指して実証ラボを設置する民間介護サービス事業者、自立支援介護を目指す事業者、自ら介護記録データを分析する部署を持つ社会福祉法人等、先駆的な取り組みをする介護サービス事業者が出現してきました。政府も未来イノベーションWGを組成し、将来の医療介護のあるべき方向の模索をしています。新しい技術としては、介護保険レセプト、介護記録、バイタルセンサにより取得した医療データ等を統合して記録蓄積し、人工知能技術を用いてより良い介護サービスを提案すること、ロボット技術の導入により高度化された支援機器を利用すること等が試行され、定量的な実証評価が行われています。

一般財団法人オレンジクロスは、地域包括ケアシステムの理念の実現に貢献するために研究活動や普及啓発活動を行ってきました。前述したような先駆的な取り組みの成果を広く普及させ、現状のままでは介護者不足と社会保障給付費の増大により破綻が懸念される介護サービスを持続可能とするために、貢献していければ望外の喜びです。目指す姿は、高齢者が人生の最後まで尊厳を持って自立して生活でき、介護者は専門職として自尊心とやりがいを持って仕事ができ、社会全体としては介護者が不足することなく介護保険制度も持続可能となって、少子高齢化社会の最大の課題を克服できることです。この理想像の実現のため、オレンジクロスが一翼を担っていけるよう、財団の活動が続けていけることを願っております。皆様のさらなるご支援をお願いいたします。

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長
一般財団法人オレンジクロス理事

比留川 博久

地域の中で担うべき役割を見つめ、 辿り着いた「かんたき」事業



代表取締役 介護福祉士
福田 光宏 さん



総括所長 看護師
福田 裕子 さん

千葉県八千代市にある株式会社「まちナース」は、福田さんご夫婦によって2011年10月に設立されました。創業当時は訪問看護ステーションとして誕生し、2015年9月より業界に先駆けて看護小規模多機能型居宅介護事業をスタート。地域のニーズや時代の変化に対応し、柔軟かつ多様なサービスを提供されています。今回は、代表・福田光宏さんと総括所長・裕子さんにお話を伺いました。

会社設立までのいきさつ

利用者さんの自己実現のために起業。

裕子さん：私は聖路加国際大学の訪問看護認定課程訪問看護コースの教員として働いた経験、そしてオーストラリアのホスピスで緩和ケアを学んだ経験などから、在宅診療や訪問看護に強い興味を持っていました。0歳から100歳まで、「病気や障害を持っていても自宅で暮らしたい」という方のサポートができたという気持ちもありましたし、ちょうど国が訪問看護ステーションの立ち上げを積極的に推し進めている時期でもあったので、その一翼を担うことができるといふ思いから、起業へ。夫が以前よりIT企業を経営していたこともあり、会社の立ち上げについて知識があったことも、後押しとなりました。

そして2011年10月に“利用者さんの自己実現ができるステーション”を目指し、訪問看護ステーション「まちのナースステーション八千代」を設立しました。立ち上げ以来、地域に根付く存在となるため、看護システムの構築やスタッフの知識・技術向上、ノーリフトポリシーの確立などに力を入れてきました。私たち夫婦は熊本出身。八千代市にはほとんど知り合いがおら

ず、スタッフの確保に苦労しましたが、地域の病院や訪問看護ステーションのスタッフなどの協力をもとに、少しずつ事業を軌道に乗せることができるようになりました。今では八千代市訪問看護師会や八千代市役所などと連携しながら、情報共有や意見交換、イベント、勉強会を開いています。八千代市は「同業者でもみんなで仲良く力を合わせていこう」という文化があるので助かっていますね。

光宏さん：訪問看護ステーションとして始まった私たちでしたが、看護小規模多機能型居宅介護（通称：かんたき）事業を始めたいという思いも、創業当時からありました。というのも、がん末期の方を受け入れてもらえないデイサービスやショートステイも多く、希望した時に利用できない事もあったからです。そうすると介護者のレスパイトケアもできなくなってしまいます。病院に入院してしまうと、今度は気軽に家に帰ることができません。病院と家の中間のような施設がほしいというニーズをいただいていたので、3～4年後を目途にかんたき事業を始めることができればと思っていました。そして、ちょうど設立から4年後である2015年に、看護小規模多機能型居宅介護「まちのナースステーション八千代 むすんでひらいて」をオープンしました。

「かんたき」事業を始めるにあたって、立ちはだかっていたのはお金の問題。千葉県八千代市の介護保険事業計画には、「かんたき」事業に対する補助金はありませんでしたが、利用者さんからのニーズが年々増えていることも肌で感じていたので、融資と貯金で土地と建物を準備することにしました。補助金が出ない一方で、自由に運営できる良さもありました。その一つが、行政に気遣うことなく自由にイベントを企画・実施できること。私たちは今、「看護を熱く語る会」や、「チームやちよキッズ」など、さまざまなイベントを仲間とともに企画し、開催しています。



千葉県八千代市にある
看護小規模多機能型居宅介護「むすんでひらいて」



たくさんの利用者さんやスタッフから厚い信頼が寄せられる福田さんご夫婦

「むすんでひらいて」の特徴

医療依存度の高い利用者さんに、オーダーメイドのケアプランを。

裕子さん：現在、株式会社まちナースでは、看護小規模多機能型居宅介護「むすんでひらいて」の運営が中心事業になっています。「むすんでひらいて」の利用者さんは、がん末期の方、ストーマをお持ちの方、認知症の方、気管を切開されている方、インシュリン治療をされている方など、医療依存度の高い方が中心です。長期で宿泊したいという方ではなく、「自宅にできるだけいたい」という方にご利用いただいています。他にも「同じ看護師さんやヘルパーさんにみてもらいたい」という利用者さんや、「急な宿泊にも対応してほしい」「自由度の高い介護サービスがいい」というご家族の方に選ばれています。病院と自宅の間にある場所として、病院や施設に入る前の期間にご利用いただくケースもあります。自宅でも「むすんでひらいて」でも常日頃から利用者さんを見ているので、お一人おひとりの病状に合わせた対応がスムーズにできることが「かんたき」の魅力だと思います。

私たちが大切にしているのは、利用者さんの意思を尊重することと、本人の自立をサポートするために何が必要かを追求する姿勢です。「かんたき」には訪問看護・訪問介護・通い・宿泊など、さまざまなサービスがある中で、一人ひとりのニーズに合わせてオーダーメイドでケアプランを組み立てています。

光宏さん：ときにはお花見にも行きますし、回転寿司や居酒屋さんに行くことも。ご本人が「やりたい」と思ったことを叶えられるように工夫しています。目指しているのは、“第二のおうち”。中には大勢のレクリエーションが苦手な方もいらっ

しゃいますし、疲れたら自分のペースで休めるようにリラックスして過ごせるような居場所づくりを心掛けています。

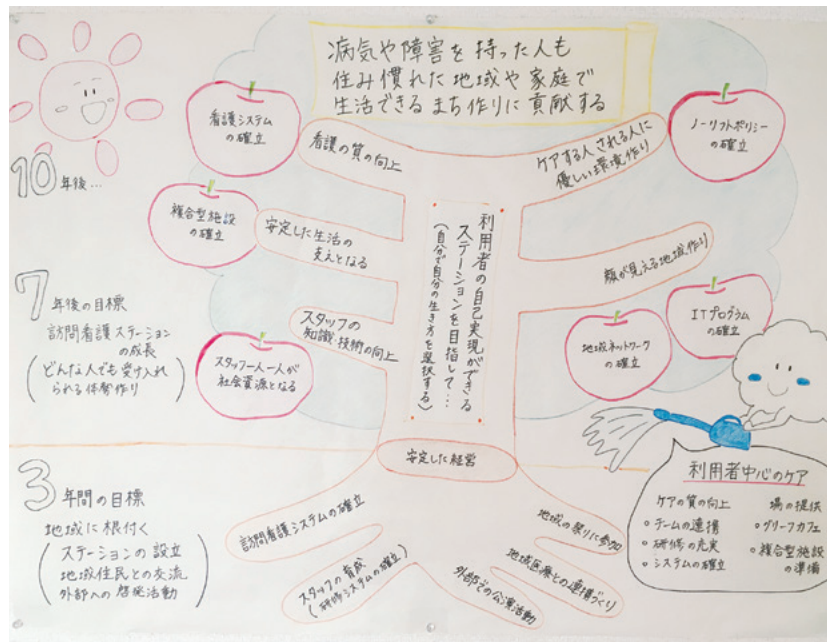
裕子さん：「かんたき」を始めて、利用者さんやご家族の方からの声がとても励みになっています。病院に誤嚥性肺炎で入院しても改善まで長期間かかった方が、訪問看護で肺ケアを行い気管吸引のやり方をご家族に伝え適時おこなってもらうことで3日で改善したという方もいらっしゃるんです。利用者さんのご家族が、「病院は病気が良くなるイメージなのに、在宅ケアのほうが病気が早く良くなることもあるなんて驚いています。それなら、在宅のほうがずっといいですよ」と仰ってくださったことも。また他のご家族から「在宅ケアをすることで、介護の大変さだけでなく、楽しさも教えてもらっている」と言われたときは、感慨深い気持ちになりましたね。



「かんたき」の認知度や魅力は、徐々に広がりつつある



利用者さんの“第二のおうち”を目指し、柔軟なサービスを提供



目標を絵として「見える化」し、スタッフ全員で共有している

運営上の工夫点

**大切にしているのは、
高い自由度と密なコミュニケーション。**

光宏さん：「むすんでひらいて」には、利用者さんへのサービスにマニュアルはありません。マニュアルがあるとスタッフの自主性が損なわれてしまいますし、マニュアルに書いてあることでしか対応できなくなってしまうからです。利用者さんのために何ができるかを考え、決められたサービスの枠を飛び越えてできることがあれば、取り組んでみるべきだと考えています。実際に行動してみて効果があれば、厚労省への提言や、学会やシンポジウムでの発表、SNS を通じた情報発信をしています。

裕子さん：利用者さん一人ひとりにオーダーメイドのケアプランを立てているからこそ、スタッフ間の情報共有が命なんです。当事業所には看護師、ヘルパー、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士などさまざまな職種の人がいるので、使う言葉もケアの内容も若干異なることがあります。全員が理解できる共通言語を整え、全員が正しい情報を理解できることが何よりも重要。情報共有の手段としては、全員が参加するミーティングの他に、ボイスレコーダーやビジネスチャットツールなどを使っています。情報共有が簡潔であることも重要ですが、細やかな背景や描写も正確に伝わるように工夫しています。ペーパーレス化、ICT化を進めながら、もっと利用者さんやご家族に安心していただけるように、情報共有については改善をしていきたいところです。

光宏さん：また利用者さんに最適なケアを提供していくためには、スタッフの知識・技術向上も欠かせません。当社では社外の勉強会や研修への参加を推奨しており、会社として参加費を

負担しています。例えばこれまでに、口腔ケアや嚥下障害、レクリエーションに関する勉強会に参加したスタッフもいます。勉強会に参加するときに大切なのは、自分の関わっている利用者さんにどう役立つかという視点を持つこと。社外で学んだあとは、実務の中で知識を活かしてもらい、経過を追って事例を報告してもらっています。しっかりノウハウを蓄積し、スタッフ間で共有することがとても重要だと考えています。



まちこちゃん

まちナースのキャラクター「まちこ」。スタッフの確保に悩んでいたときに、「一人でも多く増えますように」という願いを込め、裕子さんの友人がデザイン。かわいいキャラクターは、スタッフからも利用者さんからも愛されている。



スタッフ間の情報共有に欠かせない iPad デジタルツールも、積極的に取り入れている



イベント情報やラジオ番組など、情報発信のための掲示板



利用者中心の視点でサービスを創造し、実践することを指針として掲げている

今後の取り組みについて

「かんたき」をもっと広めること、そしてニーズの変化に柔軟に対応すること。

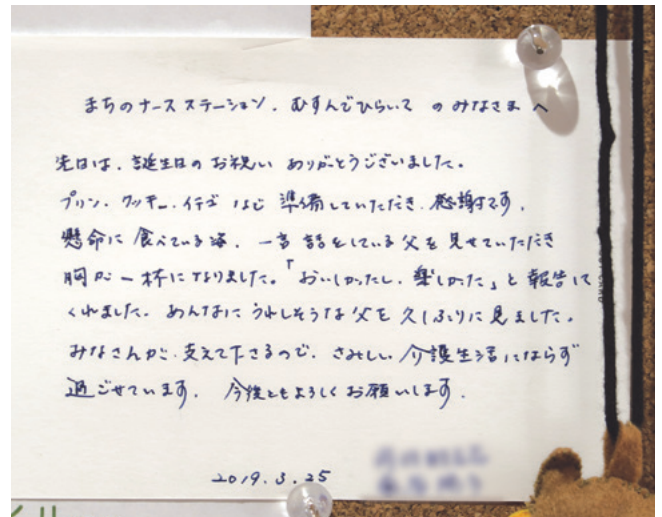
裕子さん：今の課題は、「かんたき」の認知度が低いこと。現在は、SNSやメディアを使ってプロモーションを実施しています。プロモーションの一環として、八千代市のコミュニティFM「ふくろうFM」に、「はい、まちのナースステーション八千代です。」というラジオ番組を持っています。放送時間は、第2・第4火曜日の14時から30分間。訪問診療の先生や薬剤師、利用者さんやスタッフのお子さんなどをゲストにお迎えし、医療・介護・福祉についての情報を分かりやすくお伝えしています。

光宏さん：ラジオ番組を持ちたいと思ったのは、オランダでのビュートゾルフ視察がきっかけでした。会社を立ち上げた一年目に、視察研修に参加したんです。その際、ビュートゾルフがラジオ番組を持っているのを知り、介護というのは利用者さんのケアだけではなく、地域に対して情報を発信することも役割なんだと実感したんです。日本に帰ったらぜひラジオ番組を持ちたいと思っていたときに、偶然知人がコミュニティFMを開局したので、番組を持たせてもらえることになりました。コミュニティFMなので、たくさんの人に聞いてほしいというよりは、知り合いの人に聞いてもらえたら嬉しい、という感覚です。ラジオを聞いた人が、「あの人、知ってる！」と顔が思い浮かぶ放送を目指しています。ラジオの他にも、まだまだ色々な方法を通じてアピールしていきたいですね。

裕子さん：あとは、新たに共生型サービスがスタートするので、小児、精神疾患、若年性認知症の利用者さんも積極的に受け入れていこうと考えています。新たな事業所が必要であれば、「かんたき」のサテライトとして、ビルのワンフロアやテナントの一室を借りる予定です。

光宏さん：小規模多機能型居宅介護や、医療法人、訪問看護ステーションが事業拡大として「かんたき」をスタートするケースがあるのですが、こういった組織を作るかによって、サービスの内容は異なります。「かんたき」は包括報酬で多職種がかかわれるので、サービスの自由度が高く、可能性はまだ広がっていると思います。その一方で、「何でもできます」と大風呂敷を広げてサービスを提供してしまうと、ご利用者の自立支援にも繋がらず、スタッフにも負担が掛かり、それがひいては離職につながってしまいます。それぞれの事業所ごとに得意分野を特長にして運営していくべきなのではないというのが、私の考えです。

裕子さん：何よりも、時代やニーズの変化に柔軟に対応していくことが必要ですね。地域の中で自分たちがどのピースを担うべきかを見極め、何をすべきかを明確にしていくことの重要性を感じています。私たちは組織規模を大きくしていくことが事業の目標とは思っていません。今後もスタッフ全員の顔が見える範囲で、ニーズに合わせた経営ができればと考えています。



利用者さんのご家族からのお手紙には温かいメッセージが



新しいことに挑戦し続けることが、業界全体の発展にもつながる

株式会社まちナース

「医療福祉事業を通して、地域住民の健康的な生活の支えとなり、笑顔あふれる健やかな地域（まち）づくりに貢献する。」という経営理念に基づき、平成22年10月に誕生したまちナース。平成23年5月には訪問看護事業、平成26年10月には居宅介護支援事業、そして平成27年9月には看護小規模多機能型居宅介護事業をスタート。利用者からの要望や時代の変化を敏感に捉えながら、地に足のついた経営を目指し、事業を拡大してきた。特に他社に先駆けて着手した「かんたき事業」につ

いては、これから事業を手掛けていきたい同業他社からも熱い注目を浴びており、ノウハウを知りたいと見学に来るケースも多い。まちナースの事業の核となっているのは、「利用者の自己実現ができる場」ということ。自分で自分の生き方を選択できる、自由度の高いサービス提供を心掛けている。

アクセス

〒276-0042

千葉県八千代市ゆりのき台5-2-3

TEL 047-455-3640

<https://www.machi-nurse.co.jp/>

第5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5回の選考結果と大賞作品をご紹介します。

大賞	最後の時間	森川 詩歌 さん (公務員)
優秀賞	私らしく、私だからできること	小松崎 有美 さん (介護福祉士)
優秀賞	「対話する」ということ そこから見える本当の願い	古澤 奈都美 さん (看護師)
優秀賞	大切な「おはぎ」	細名 優花 さん (大学生 (介護福祉士))
選考委員特別賞	傾聴ちょボラ	渡辺 勇三 さん (無職)

第5回 看護・介護
エピソードコンテスト
大賞作品

最後の時間

森川 詩歌 さん

私は祖父のことが嫌いだった。小学生の頃、洗面台の横で乾かしていた書道筆や、脱衣所に置いていた上靴袋をゴミと間違えて捨てられたことは一度や二度ではなかったし、お風呂場の椅子に、祖父が始末に失敗した大便がこびり付いていたこともある。とにかくがさつで無駄に声が大きく、暇さえあれば戦争の武勇伝を語って聞か

せるような人だった。何よりも、息子の嫁である母のことをぞんざいに扱うのが許せなかった。残業のために疲れて帰った母を、「夕飯はまだか」と急き立て、自分より先に風呂に入ることを決して許さなかった。私が生まれた時は、跡継ぎの長男ではなかったことをあからさまに残念がり、隣のベッドで三人目の男の子を出産したお母

【最後の時間】

さんを見て、「換えてもらえばいい」と言い放つたらしい。私が幼い頃は、祖父に対しての不満を一切漏らさない賢明な母だったが、祖父のあまりの傲慢ぶりに耐え切れず、長らく単身赴任で家を空けていた父との離婚を本気で考えていたと、大人になってから聞いた。

そんな祖父が病に倒れたのは、私が結婚して間もない頃だった。大腸にできた腫瘍は、すでに全身を蝕んでおり、完治の見込みはなかった。残りわずかな時間を少しでも穏やかに過ごすため、痛みを取り除く手術をすると父から連絡があった。就職して三年目。ようやく仕事が楽しくなり、嫁ぎ先での生活も始まったばかりの私にとって、祖父を見舞うような余裕はなかった。もちろんそれが言い訳であることは分かっていた。だが、そのことに大きな罪悪感もなかった。たいして懐いてもいなかった孫娘が駆け付けたところで、祖父の目にもきっと、白々しく映るのだろうと思っていた。

だが、祖父の手術からふた月ほど経ったある日、母から「おじいちゃんに会いに来てほしい」と連絡があった。今更どんな顔をして会いに行くのだと思うと、重い腰をあげることがなかなかできなかった。しかし、他でもない母の頼みだ。意を決して祖父の病室を訪れると、消毒液と排泄物の臭いの中で眠る祖父の傍らに痩せ細った母の姿があった。聞けば、祖父の手術から二カ月間毎日、一時間しかない昼休憩に病院を訪れ、カーテンで仕切られた薄暗い病室で弁当を食べているらしい。退勤後も、一度帰宅して夕飯を作った後、面会時間ギリギリまで病室にいたというのだ。当時、耳も目も悪くなり、テレビや本で気を紛らわすこともできない祖父の話し相手になるために。母の体重は二カ月間で七キロも落ちていた。な

ぜ母が、祖父のためにここまでするのか、まったく分からなかった。元気だった頃の祖父の暴君ぶりに、一番振り回されていたのは母だったはずだ。それなのに、どうしてこんな……。

母は、その理由をこんな風に話した。

手術を終え、麻酔から覚めたばかりの朦朧とした意識の中で祖父は、「ホツミさん……どこにおる、ホツミさん。」と母の名を呼んだというのだ。息子である父ではなく、死んだ祖母でも、実の兄弟でもなく、母の名を、だ。「ここにいますよ。」と答えた母に、すがるように伸ばしてきた祖父の手を握った時、母は祖父の最期は自分が看取ろうと決めた。

祖父と母との間に、楽しい思い出はあまりなかったかもしれない。それでも、二十五年間、母の尽くした献身を祖父はしっかり感じていた。だからこそ、心も身体も弱り切った時に求めたのが、母の手だったのだと思う。母もまた、祖父の手の温もりを感じた瞬間、その思いに応える決心をした。

私は、今まで祖父の病室を訪れなかった自分を恥じた。母に同情するふりをして、祖父の行いを責め続けることで、そんな自分を正当化していた。結局、母一人に、すべてを背負わせていた。たとえ祖父が求めていたのが私ではなく母の手だったとしても、その母の肩に手を置いてあげることはできたはずだ。



看護・介護エピソードコンテスト 大賞作品 【最後の時間】

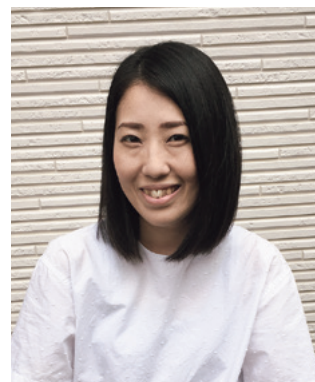
その日から、時間を見つけては祖父の病室に通うようになった。あんなに嫌いだった戦争の話に真剣に耳を傾けた。祖父の好物だったはずのすいかを持って行き、祖父がするように、塩をかけて一緒に食べた。そのうち弟に子どもが生まれ、初めての曾孫を抱いた祖父を囲んで、家族写真を撮った。写真の中の祖父は、こんな顔をする人だったのかと思うほど、優しい顔で笑っていた。

家族の形や事情はそれぞれだ。すれ違いを続け、わかまりが大きくなしこりとなり、疎遠になったり憎しみ合ったりしている家族もあるだろう。元気なうちにわかり合えたなら、それ以上の幸せはない。だが、もしそうでないとしたら、そのしこりを取り除く最後のチャンスは、人生の旅を終えようとしている家族に寄り添い、手を握り、看取ることかもしれない。祖父との時間を過ごすまで、看取りは、逝く人のために過ごす時間だと思っていた。しかし、残される人にとっても同じくらい、大切な時間なのだと言えながら気づかされた。

祖父は最期、母に手を握られ、家族に見守られながら旅立って行った。遺影には、病室で撮った家族写真を使った。若い頃に比べ、随分やせ細っていたが、あんなに幸せそうな顔で笑う祖父の写真は他になかった。

祖父の死後、実家を訪れる機会が随分増えた。子どもが生まれたからでもあるが、もし、祖父と最後の時間を過ごすことができていなかったら、こんな風に父と母の顔を見たいと思うこともなかったのかもしれない。

「家族」として見送らせてくれた祖父に、今は感謝しかない。



森川 詩歌 さん

第5回

看護・介護エピソードコンテスト表彰式

※第5回オレンジクロスシンポジウム内にて

日時：2019年7月19日（金）14時～
会場：TKPガーデンシティPREMIUM京橋 ホール22D
（東京都中央区京橋2-2-1 京橋エドグラン22階）
お申し込みは下記サイトからお願いいたします。
<https://ssl.form-mailer.jp/fms/9deb63d8605851>

第6回 エピソードコンテストのご案内

伝えたい！ わたしの看護・介護 エピソード

- 募集期間 2020年2月1日～2020年5月7日（予定）
 - 応募字数・書式 400文字以上2400字以内、A4横書
 - テーマ 「伝えたい！わたしの看護・介護エピソード」
*看護・介護の現場で出会ったエピソードをお書きください。
 - 応募資格 日本国内で看護・介護業務に携わっている方（個人・団体は問いません）
 - 賞（副賞） 大賞：1編（30万円）、優秀賞：3編（各10万円）
- 詳しくは財団ホームページをご確認ください。<http://www.orangecross.or.jp>

賛助会員探訪

神奈川県 株式会社 ツクイ

「みんなが混ざる、みんながつながる “地域の駆け込み寺”を目指して」 ～株式会社ツクイが考える地域包括ケア～

デイサービス、訪問介護、有料老人ホームなど幅広く介護事業を展開する「ツクイ」にはツクイが考える地域包括ケアを実現する「エリアサービスコーディネーター」という新たな職種があり、同社の「エリアサービスコーディネーター」として活躍する菊池友香さんに聞きました。

「エリアサービスコーディネーター」とは何か

介護事業を展開するツクイでは、増え続ける要介護者を見据え市区町村を単位とした地域の産学官民と協業し新たなサービスの創出と健康寿命、在宅生活の延伸を支援することを柱とした経営方針を掲げています。それを実現するために生まれたのが「エリアサービスコーディネーター」という職種。菊池さんは2年前にメンバーのひとりとして選ばれました。

「ここへきてようやく“住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らす”という国が掲げる地域包括ケアシステムの理念を具体化する道筋が見えてきたところなんです」（菊池さん）

最初はまさに手探り。地域包括ケアを実現するために会社として何ができるのかを自分自身に問いながら、地域の課題を解決するためには何をすべきかと、会社へ提案することから始めたといえます。

「私はまず、地域の人たちの顔が見える関係を一番に作ることに大切だと考えました。とはいえ株式会社という組織が地域の資源とつながることは予想以上に容易なことではなかったのです。そこで目を付けたのは横浜市が独自に設置している“地域ケアプラザ”でした。協力できることがあればなんでもすると飛び込んだのです」（菊池さん）

地域ケアプラザとは、神奈川県横浜市内各地域の福祉保健活動や地域交流を目的とした在宅介護支援の拠点となる施設で、地域包括支援センター、デイサービス、相談室などを擁した複合施設



菊池 友香 さん

2010年6月より同社。生活相談員・管理者などを経て、横浜西部エリアサービスコーディネーター。東日本カンパニー地域戦略推進室地域連携拠点課シニアスペシャリスト、エリアサービスコーディネーター。

で、現在138か所が運営されています（2019年4月現在）。

一方で地域には、介護サービスを提供する数多くの民間の事業所、社会福祉法人、医療機関、研究機関などが存在します。どうしてエリアサービスコーディネーターの活動が必要なのか、それは決して営利を目的としたものではない、ということがなかなかわかってもらえなかったという菊池さん。そこでケアプラザと共同して、ある町内会を対象にした地域の交流会を立ち上げました。健康講座で住民を呼び込み、次第に近隣にある介護施設やクリニック、訪問看護事業所などを巻き込んでいきました。

「ひとつの組織だけでがんばっても意味がない。ただし、誰かが主導しなければうまくいかないし継続もできません。あくまでも主催は町内会で、機軸になったのがケアプラザだったりツクイだったりしたわけです」（菊池さん）

地域から寄せられた「続けてほしい」という声

こうしてはじまった地域の「交流会」は、1年目は2回開催。しかし2年目には毎月開催とまで“急拡大”していきました。

「たとえば“認知症かもしれない気になる人”の情報が施設間で共有できれば、寒い日に薄着でひとり歩いている姿を、誰かが事業所に連絡してくれ、声をかけたりすることができるのです。そうして事業所同士で連携が生まれると顔が見える関係になっていき、良い関係ができる。私はつまり、地域の施設が地域の人にとっての駆け込み寺になるようにしたいと思っていますし、実



産学官民参加のフォーラムは大成功



「とつかりピングラボ」運営会議

際にそうした事例がいくつも生まれ、最終的には町内会長さんから「今後も続けてほしい」と言ってもらえることができました。本当にやってよかったと思います」と話します。こうした活動が功を奏して「つながり」も増えていったといえます。

「社会福祉法人であるとか NPO であるとか、要するに同じ法人ではない人たちとつながります。しかし、法人が異なっていて「この地域をよくしていこう」という思いは同じなんです」

そして2年目、菊池さんの地道な努力はさらに大きな“果実”として結実します。

「横浜市では産学官民が集まって地域の課題に対していろいろな提案をしようという“共創推進事業、リビングラボ”というフォーラムがありますが、昨年11月、戸塚区で“とつか未来会議”として開催することができました」（菊池さん）

戸塚区ですでに立ち上がっていた「リビングラボ」ですが、今回はさらに拡充を目指し、同じ志を持つ法人や団体が主体的に動いて拡がりのあるものになりました。

「地域の若い世代から高齢者まで集まり、介護についてのさまざまな意見を出してもらい、グループワークを実施したのです。大学生、子育て中のママ、ボランティアのグループなど、本当にたくさんの方が参加して、多様な意見、提案が出ました。現在は規約を作り、地域の皆さまに理解していただける団体として、様々な活動をしています」（菊池さん）

信用なくして信頼はない

地域住民を巻き込んだ交流会が、介護施設のみならず、行政、教育機関、民間企業までも参画する団体に“昇格”したことで、菊池さんの夢はさらに膨らんでいます。

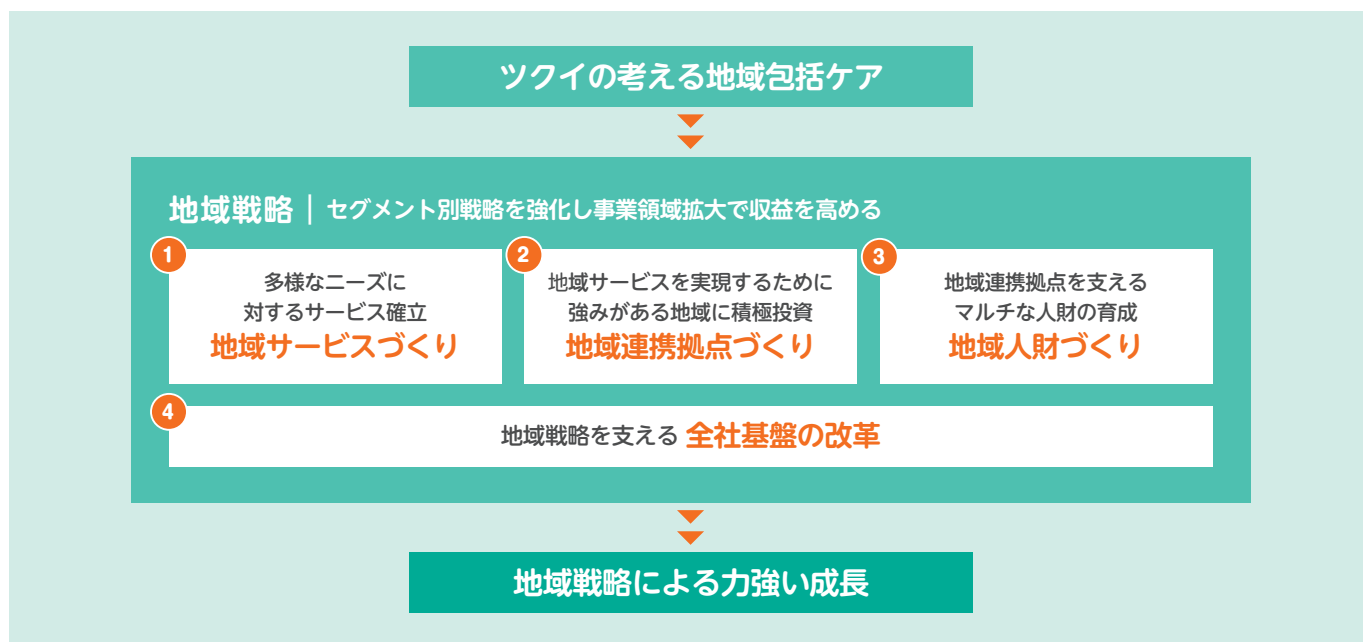
「さまざまな人たちがつながることで、“あそこにはこんな人がいるよ”というふうに、みんなが混ざることができます。当社としては、地域の方々から信頼を得ること、それが将来、安心して利用していただけることにつながります。信用なくして信頼はありません。苦勞とイノベーションの大きさは比例するんだという気がしています」と、改めて襟を正した菊池さん。今後は「区」単位でつながることを目指すといえます。

「リビングラボというフォーラムを開催してみて、さまざまな法人がさまざまな意見を持っている。それをまとめる難しさもわかりました。このことが地域包括ケアシステムを実現させる難しさであると思っています。最終的には区と区がつながるところまではやりたいと考えていますが、たとえば救急医療などではその範囲は区だけでは止まりません。隣接する市町村に及ぶわけで、まだまだ終わりはありません（笑）」

同社に設置されたエリアサービスコーディネーターは現在23名。それぞれの地域で活躍中。今後の展開が楽しみです。



わかりやすいと好評の在宅介護を支えるパンフレット類



中期経営計画の中に「地域包括ケア」が明確なビジョンとして示されている（同社提供）

【演題】介護人材の採用・定着・育成・活用のポイント

第1回オレンジクロスセミナーは講師に社会福祉法人合掌苑理事長の森一成氏をお招きし、開催しました。



合掌苑の概要

合掌苑は3事業所（東京都町田市に2つ、横浜市瀬谷区に1つ）からなります。高齢者介護に関わる事業が中心です。その領域は養護老人ホーム、特養、ショートステイ、通所介護、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、居宅介護支援、有料老人ホーム（介護付・住宅型）など多岐にわたります。全体で売上27億、職員数580名、お客様数は2,000名強です。

合掌苑のミッションと幸せについての価値観

合掌苑のミッションは「合掌苑に関わる全ての人を幸せにする」ことです。

幸せな人は以下の4つの因子—「自己実現と成長の因子（やってみようという思いがある）」、「つながりと感謝の因子（まわりの人間との関係性を良くして、感謝している）」、「前向きと楽観の因子（なんとかなると楽観性がある）」、「独立とマイペースの因子（人の目を気にせず、自分らしく生きている）」—が高いという特徴があります（慶應義塾大学の前野隆司先生が紹介されている幸福学の知見に基づく）。

幸せの4つの因子を実践している人は、誰かを幸せにしたいと思い、幸せのお裾分けをしていく好循環ループに入っていきます。組織の生産性はこの好循環ループに入っている職員の割合の高さで決まります。生産性を高めるためには幸せの4つの因子が行き渡る組織づくりが重要です。

また、人と仕事の関係性は、仕事の目的の捉え方によって、ジョブ（目的が報酬）、キャリア（目的が地位や能力などの向上）、コーリング（目的が貢献や社会的意義）の3つに分かれます。仕事に対して、「社会的な交流の質と量を見直す」、「仕事の意義を拡げる」、「仕事の内容に手を加える」という変化をさせることで、コーリング型の仕事になっていくと言われています。ちょっとした手を加えることの積み重ねがお客様の満足度を高めます。そのようなことを自発的に行ってくれるコーリング型のスタッフを増やしたいと思います。

幸福度の高い組織を作るための取り組み

※スペースの関係で一部を紹介

① 採用

現在、中途入社した職員に入社理由を尋ねると、95%以上が元職員や現在の職員から「良い職場」と聞いたためと回答します。自社の職員が「良い職場」と周囲に勧めてくれるような組織づくりをしなければ人は集まらないと思います。

② 理念教育

離職率が高く、毎月採用していた時期は、採用時の新入職員向けの

研修で理念を伝えていましたが、現在は、在籍年数に関わりなく、自分の誕生日に参加することになっている誕生日研修に新入職員も参加してもらっています。そこで、私が理念を伝え、先輩とグループワークで話し合ってもらっています。理事長だけでなく、先輩も理念について語ってもらうことで、理念が絵にかいた餅ではなく、本気のものであることが伝わっていると思います。

③ コミュニケーション

上司と部下が1対1で向き合って面談をすることを重視しています。私自身も、スカイプを活用し、効率化を図りつつ月に70回面談をしています。職員から職員への感謝を伝え合うサンクスカードの取り組みも行っており、半期で1万枚作成されています。

④ 働きがい

法人全体の共通課題に関わる委員会（例：認知症ケア等）及び事業部ごとの課題に関わるチーム（例：業務改善等）の活動を推進しています。委員会とチームには役職者が入ることを禁じています。普段顔を合わせることもない職員同士で話し合っただけで実行計画を作成し、協同で運営をしていくことが鍵だと思います。

⑤ 長時間労働の撲滅策

生産性を上げるためには労働時間管理を徹底し、サービス残業は撲滅しなくてはなりません。現在、残業時間は7時間を切るまでになっています。また、連続10日以上長期休暇の年2回取得を推進しています（連続7日間であれば全員取得できたとの実績あり）。

⑥ 女性の活用と子育て支援

女性の活用策としてハローワークからの高評価を得た「マザーズプロジェクト（毎年11月に翌年4月の保育園入園の申込が始まることと合わせて、10月の段階で翌年4月に採用するという条件で採用通知を出す）」等を行っています。また子育て支援策として、「6時間まで時短勤務が可能」、「子ども手当を1人につき15,000円（人数制限なし）支給」、「認可保育園に預けられない平日夜や日曜・祝日に利用可能な無料の託児室設置」等の制度を整えました。また、子育て中の女性が夜勤を行うことが難しいという状況への対応として、夜勤専従者を採用し、日勤者と完全に分離しました。

⑦ 高齢者・障がい者への対応

高齢者の活用策として定年制を廃止し、人材確保につなげています。腰痛対策に有効なスマートスーツを配布（これは全介護職員対象）しています。また障がい者活用策として、障がい者が一人で担うことのできる業務の切り出し（例えば、下膳や風呂掃除など）などの工夫を行っています。できることに目を向け、感謝ができる組織や人間関係でなければ働きやすい職場にならないと思います。

地域包括ケアシステムを自分の言葉で「説明できる」ために ～基礎研修プログラムの開発～

地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究 (平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

株式会社 富士通総研 行政経営グループ 名取直美

1. 地域包括ケアシステムを「説明できない」

現在、全国の市町村では地域包括ケアシステムの深化・推進が図られています。地域包括ケアシステムでは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことを目指していますが、それはどういうことなのかと聞かれたとき、自分の言葉で「説明できる」人はどのくらいいるのでしょうか。

私たちが在宅医療・介護連携の調査研究や推進支援に取り組む中、市町村や市町村支援に取り組む都道府県等の自治体職員の方々から多く聞いたのは「うまく説明できない」、「どのように取り組んだら良いのかわからない」という言葉でした。地域包括ケアシステムは、市町村が地域の実態を把握した上で目標を設定し、高齢者をはじめとする市民の理解のもと、事業者や市民団体等によって事業が展開されることで目標を達成するという、公民が一体となって取り組む構図となっています。ゆえに旗振り役である自治体職員が、地域包括ケアシステムや自身の担当している事業を「うまく説明できない」ことは、深化・推進する上での大きな課題です。そして、「うまく説明できない」ということは、そもそも説明しようとする人が理解していない・きちんと内容が入っていないということであり、その場合は当然ながら「どのように取り組んだら良いのかわからない」こととなります。

以上から、私どもは「地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究」(平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)^{*}で、自治体職員のための基礎研修プログラムの開発を行いました。研修資料はホームページ上で公開し、自由にダウンロードして使用いただけるようにしています。本プログラムは、都道府県が市町村支援の一環として実施する市町村職員研修での使用を想定していますが、地域包括ケアシステムに関する市民ワークショップ等でも使用できるような平易な内容となっています。

2. 地域包括ケアシステムを理解するために必要だと考えたこと

プログラム作成時に重視したことは、地域包括ケアシステムが目指すことと、その達成のための仕組みを「知る」ことでした。「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」という目標を達成するには複数の事業が必要であり、さらに老いのプロセスで変化が生じても継続した支援がなされることが必要です。いわば、人を中心とする「連携」と「連続」を必要とする仕組みです。しかし、今までの市町村の取組は「事業」を中心とする

傾向であり、「人」を中心とした事業の仕組みからは遠いものでした。さらに、老いのプロセスで生じる変化によって必要となる支援も変化します。たとえば、虚弱等の場合は互助のようなインフォーマルな支援が中心ですが、重度化すれば専門職を中心とするフォーマルな支援の割合が強くなります。

人を中心とする支援の連携、変化にも対応した連続性の確保、実現策としての自助・互助・共助・公助等、これらは今までの市町村等自治体には馴染みがないものばかりです。ゆえに、目標を達成していくとすることで、自治体職員は自身が担当する事業の位置づけ・役割を知り、他の事業とどのように連動するかを求められていると「知る」ことが必要です。そして、取組を効果的に実施するためには地域それぞれの実情を把握し、それに基づいた取組策を考えることが必要であると、まず「知る」必要があります。

次に、「自分事としてとらえる」ということです。地域包括ケアシステムが目指す「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことを考えるとき、それぞれの人生観・死生観と無関係ではありません。よって、考えるプロセスは、「自分事」としてとらえる機会となります。また、自分事として内包化されていることは、誰かに「説明する」という過程で少なからず自身の言葉を用いることになるので、望ましい状態でもあります。

以上の視点から、基礎研修プログラムの構成を考えることになりました。

3. 基礎研修プログラムについて

1回の研修の機会に、人が獲得できる知識には限度があります。しかし、そこで得た気づきが次の気づきへと波及し、その人の行動や意識の変化へと結びつけば、その効果は持続的であり、大きなインパクトを生じます。よって、本プログラムでは、研修受講後の受講者の行動目標を、「自己学習：地域包括ケアシステムについての自己学習を行う」、「庁内連携：庁内他部署との情報交換や検討等、働きかけを行う」、「協働推進：事業者等団体等との協働、住民らへの啓発に向けた取組を行う」等の能動的な行動をとれるようになることとしました。それは、地域包括ケアシステムの目標を達成するためには各事業を連動させることが求められますが、複数のものを動かすということは俯瞰的にもものを見ることにも通じるため、そこに視点を持つとすると・他者に働きかけようとする能動的な行動・意識が必要となるからです。そして、前提として、自身が担当する事業と他の事業の目的が同じであることだけではなく、そのためになぜ異なる

^{*}「厚生労働省 老人保健増進事業、平成29年度、株式会社富士通総研」

URL: <https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2017chiikihoukatsucare.html>

る事業があるのかを知ることでも重要です。そのため、一つの事業だけでなく、総合事業、在宅医療・介護連携推進事業、それ以外にも介護保険給付担当等、地域包括ケアシステムに係る多様な事業を担当する職員が参加する機会とすることを重視しました。また、研修で伝えるべき内容は地域包括ケアシステムの基礎となる大事な内容であり、次の年度になっても同様の内容を伝えていくことが望まれます。そのため、外部講師を中心に研修を行うのではなく、研修の主催者がきちんと講師を行えるよう、プログラムと研修資料を作成しています。(図表1「基礎研修プログラムの構成」)

プログラムは、事前課題で市町村の人口変化を理解することから始まります。エクセルシートにデータを転記すれば自動的にグラフが作成されるため、今後、市町村がどのように人口構成が変化するかをビジュアルで自ら確認できるようになっています。

研修当日は、地域包括ケアシステムの基本的な事項について短い講義を受けた後、地域包括ケアシステムが掲げる「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」とはどのようなことなのかを考えます。老いのプロセスの中で心身の状態は変化しますが、その中で「尊厳の保持」や「自立生活の支援」とはどのようなことなのか。さらに、老いのプロセスの中で心身の状態や取り巻く環境は変化するため、「自立した日常生活を営む」ために必要な支援も変化しますが、それをどのように理解すればよいのか。その理解のため、各事業の受講者をバラバラにしたグループによるグループワークを実施します。グループワーク前に行うアイスブレイクでは、思考の入り口として「尊厳の保持」、「自立

支援」とはどのようなものだと思うかということを取り上げていますが、本プログラムの受講者からは「文字として読むことはあったが、意味を考えたことはなかった」という率直な言葉が多く聞かれました。

そして、グループワークでは、「Aさん」という1人の高齢女性を取り上げ、Aさんの自立と尊厳が実現されている姿とはどのような状態か、そのために必要な支援や支援の担い手を考えます。そのために、事前にAさんのプロフィールを配布し、一読しておいてもらいます。グループワークでは、Aさんが80歳を迎えて色々な課題を感じ出した時期、そして84歳で身じまいの仕方やACPを視野に入れ出した時期の2段階において行います。大事であるのは、これは異なる人について検討をしているのではなく、同じ人を対象としていることであり、そのことによって老いのプロセスも理解することです。そして、2つのグループワークでは、支援の担い手は自助・互助・共助・公助のように多岐にわたること、生活支援のように双方に共通するものがある一方で、84歳の時には専門職の関わりが重視されるようになる等、支援体制が変化することを体験します。このプログラムでは、Aさんというひとりの人について考えることを通じて、地域包括ケアシステムで何をを目指しているのか、そのためになぜ複数の事業が必要となるのかを漠然とでも理解し、自身が取り組んでいる事業はどのような所で求められるのか等を受講者が「実感」することを重視しており、このグループワークの布石として講義、アイスブレイクの内容があります。(図表2「グループワークの手順」)

そして、グループワーク後の振り返りとして、老いのプロセスの理解、その状態に沿った支援内容や支援体制等を理解するための情報提供を行い、改めて自身が取り組んでいる地域包括ケアシステムではど

図表1 | 基礎研修プログラムの構成

実施時期	プログラム	内容
研修前	開催前アンケート	参加者の概要を把握し、研修当日のグループワーク時のグループ組成の参考に。また、研修前後を比較した効果測定の資料としても利用する。
	文献による事前学習	必要に応じて実施する。
	事前課題	研修に先立ち、自身の市町村の状況を把握するために行う。
	事前資料	研修当日に行うグループワークのために、事前にケースのプロフィールを読む。
研修当日	オリエンテーション	本プログラムの目的や到達目標を理解する。
	講義 … 地域包括ケアシステム概論	地域包括ケアシステムが求められる背景、取り組むべき課題、構成要素と担い手を理解し、自身に求められる役割を再確認する。
	アイスブレイク	「尊厳の保持」、「自立した生活」をあらためて考え、自分の言葉で発言してみる。
	グループワーク … ケースを考える -1	ある高齢女性の80歳(虚弱)、84歳(要介護)の時を取り上げ、その中で尊厳の保持、自立した生活が実現している姿、その時に必要な支援とその担い手を段階的に考える。生活を支える支援や支援者も多岐にわたり連携が必要であること、さらに老いのプロセスで状態が変化し、支援も変わることをグループワークで実感することで、自身の担当する事業がどこで必要とされるのかを知る。
	グループワーク … ケースを考える -2	
	講義 … 振り返りと情報提供	グループワークの振り返りと、老いのプロセスの理解、その状態に沿った支援内容や支援体制を理解し、自身の担当する事業がどのように他事業と連携するのかを知る。
研修後	目標設定実施後アンケート	今後、自分が取り組むべきと考える目標を短期・中期・長期で記載。また、研修前後を比較した効果測定の資料としても利用。
	フォローアップ	研修時に目標設定した内容をフォローアップ。

のようなことを目指しているかを理解します。(図表3 振り返りの例)

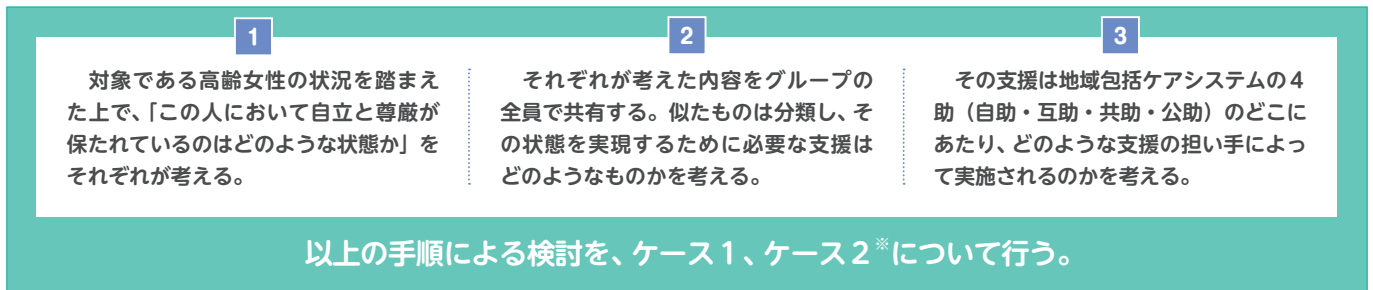
栃木県では、年度当初に総合事業や生活支援、認知症対策、在宅医療・介護連携推進等の地域支援事業や介護保険給付事業等を担当する市町職員を一堂に集め、地域包括ケアシステムを一体的に進めていくための合同研修を実施しています。昨年の研修で本プログラムを用いたところ、「地域包括ケアシステムでは、どのようなことの実現を目指しているか」等の質問をされた場合、「説明できそうだ」とする回答のレベルが受講者の概ね7割で上昇しています。(図表4 「研修受講者の結果」)そして、自由回答でも「地域包括ケアシステムという言葉はわかったつもりだったが、実際はもやもやしていた。今回1人のケースを通して考えたことで、状況が変化すること、生活をしていく上では単独のサービスだけではまかなえないことがわかった。だからこそ色々な協力が必要であり、その枠組をつくっていくことが大切だと考えた」、「一人の事例で段階ごとにわかりやす

くグループワークを進めたので、他の人の意見や考えも聞くことができ、自分でも事務的ではなく、Aさんの立場で考えることができた。また、自分はどこを担っているのか、行政でできる事は何かと考えることができた」等のコメントが得られました。

4. 「自分事」にすること

自治体の場合、ともしれば事業ごとの縦割りで物事を考えがちとなってしまいますが、地域包括ケアシステムではいかに事業間に横串をさしていけるかがポイントです。それが自治体に求められている地域包括ケアシステムにおけるマネジメントの肝でもあります。横串をさすことができるということは、目的を理解し、その達成のためのプロセスを理解しているということです。そのためには、頭で理解するだけではなく、いわゆる「自分事」として理解することが必要です。自分事にするということは、他の人に説明するための核を

図表2 | グループワークの手順



*ケース1、2については状況のみを説明

ケース1： 独居女性 Aさん 80歳。生活の中での生きがいを失うことで急激に弱っていく。主に互助を中心とする支援等で進行防止と改善を図る視点が中心となる。

ケース2： 独居女性 Aさんは84歳になり、自身の心構えもできている。専門職による支援や、ACP等身じまいを考える等、最後までどう支えるかの視点が中心となる。

○ 事前資料

グループワーク-1 (80歳) のパワーポイント

今日の研修では、「Aさん」の状況をお話させていただきます。それについて、受講者の皆さんにもうかがいます。

【基本設定】

- Aさんは、昭和33年に、現在の住まいである●●市で2男2女を産み誕生されました。小学校4年生から大きな病気を患ったことがなく、入学期も遅くありませんでした。
- 地元の高級中学校を卒業し、アルバイトをしながら大学生となり、43歳で就職されました。

【50～59歳のAさん：3人の典型的な生活状況】

- 結婚して、Aさんは仕事を辞めて専業主婦となりました。25歳で一男が生まれましたが、夫はバテバテ、子育ては夫一人で行う必要が頻りに発生して、夫は不満が多く、子どもも居ないでいるので辛いと感じていました。
- 夫が病気を発し、娘の嫁入り先へ嫁いって、夫の介護で2年間の苦労を経験し、夫は辛くなり、それが現在の妻です。病気が治りましたが、娘の嫁入り先へ嫁いってからは娘の介護で2年間の苦労を経験し、夫は辛くなり、それが現在の妻です。
- 娘は夫の介護で2年間の苦労を経験し、夫は辛くなり、それが現在の妻です。娘は夫の介護で2年間の苦労を経験し、夫は辛くなり、それが現在の妻です。
- 夫は辛くなり、それが現在の妻です。夫は辛くなり、それが現在の妻です。夫は辛くなり、それが現在の妻です。

【60～69歳のAさん：夫と二人暮らし】

- 夫は72歳で病弱、特定で2年間入院した経験があり、30歳で母親が亡くなりました。Aさんは、母親を亡くしてから、夫に介護をしながら生活してきました。夫は辛くなり、それが現在の妻です。夫は辛くなり、それが現在の妻です。

【80歳のAさん：夫と二人暮らし】

- Aさんは80歳で、夫は74歳で病弱で寝たきりです。夫は辛くなり、それが現在の妻です。夫は辛くなり、それが現在の妻です。

○ 当日の説明

グループワーク：Aさん(女性)

この時間は、「Aさん」という女性の「これから」を皆さんに考えていただきます。

- これはケアマネジメントを考えるものではありません。そして正解もありません。
- 先ほど皆さんに考えていただいた、「尊厳の保持」、「有する能力に応じた自立した生活」というものが、どのようにすればAさんに実現するかの考えを教えてください。
- 今回のグループワークのメンバーは、それぞれ市町が違い、発言の中にはみなさんの所にはない支援もあるかもしれませんが、今回はそこに拘わらず、「うちの市にはないけれど、こういふものを使えば良いのではないか」というアイデアが結構です。
- ぜひ、固まった考えにとらわれず、Aさんのこれからを、そしてAさんを通して「尊厳の保持」、「有する能力に応じた自立した生活」を考えてください。

ケース①-1：Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)

この10年、病弱な夫と夫婦二人暮らしを続けてきましたが、夫は半年前に他界し、Aさんは気力・体力とも、すっかり落ち込んでしまいました。

ケース①-2：Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)

- Aさんにとって、寄り道の仲間とのファミレスでの会話も大きな楽しみだったので、30年以上、ずっと隔週のコースサークルだけは通っていました。

ケース①-3：Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)

- 庭いじり(バラの栽培は長年の趣味でもあり、近所からも喜ばれていた)と言われる自慢の庭でした。

ケース①-4：Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)

- 遠方に住む娘は、2ヶ月に1回・1泊程度で孫娘と様子を見にやってきますが、「最近色々なことができなくなった」、「楽しいことになっていない」、「私にはもう役割がないの」等の気弱な言葉をAさんは長く言うようになりました。
- いま、Aさんに笑顔が見られることは殆どなくなりました。

○ グループワーク (手順1~3)

ワーク①-1. Aさんの「自立生活」と「尊厳の保持」が実現された姿とは？

まず、各自考えてみましょう。

ワーク①-2. Aさんの「自立生活」と「尊厳の保持」が実現している姿とは？

各自考えて発表してみましょう。似たような内容は、グループにしましょう。

ワーク①-3. それを実現するため、Aさんにはどのような支援が必要でしょうか？

皆で考えてみましょう。似たような支援等があれば、グループにしましょう。

ワーク①-4. Aさんを支える4助

その支援等は、4助のどこにあたるでしょうか。

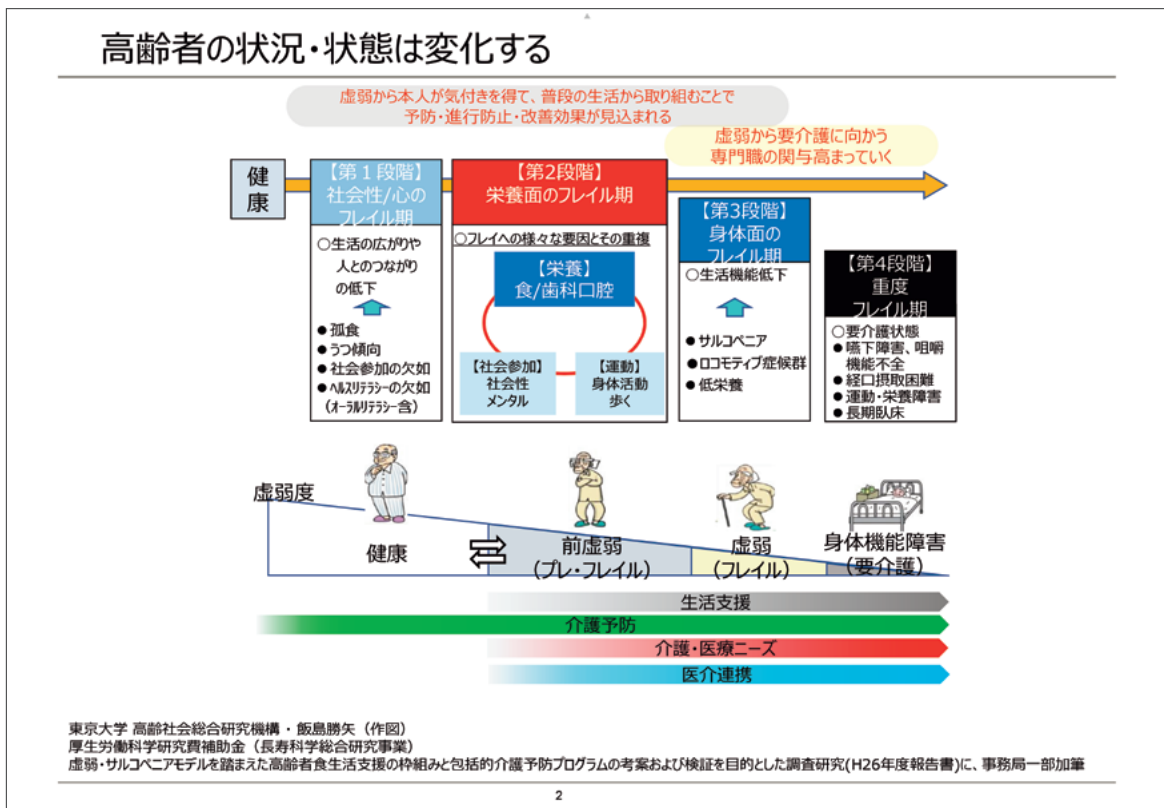
その支援は、自助・互助・共助・公助のいずれにあたるのでしょうか。新しく導入された制度の枠に対し、当てはまると思われるところに付箋を移動して貼り付けてみましょう。その際にも、支援者が誰かということも考えましょう(別の付箋に書き出してください)。

【資料】「グループワーク-1」(80歳)のパワーポイント
*この後に「その後の状況」、「グループワーク-2」(84歳)が続く

持つということであり、その裏打ちとなる理解は推進のための動機づけやマインドセットにほかなりません。そのため、本プログラムでは自分事とするために、「頭で理解」するだけでなく、「経験する」

ことを重視したプログラムとなっています。新たに地域包括ケアシステムに関わる自治体職員だけでなく、もう一度地域包括ケアシステムを考えてみるために使ってみていただければ幸いです。

図表3 | 振り返りの例



図表4 | 研修受講者の結果

Q. 例えばあなたの親しい方に、地域包括システムについて聞かれたとしたら、どのくらいなら話が出来そうだと思いますか。

Up …… 研修前より研修後の方が、より「説明できる」と感じる回答があり、研修の効果が見られる。

Notup …… 研修前と研修後を比較して、回答に変化が見られない。

	【研修前】単純集計				【研修後】単純集計				増減				差分集計				
	1 説明できそう だ	2 説明できそう だ	3 時間をかければ 説明できそう だ	4 時間と資料があ れば	1 説明できそう だ	2 説明できそう だ	3 時間をかければ 説明できそう だ	4 時間と資料があ っても	1 説明できそう だ	2 説明できそう だ	3 時間をかければ 説明できそう だ	4 時間と資料があ っても	回答数		%		
													Up	Notup	計(n)	Up	Notup
(1) 地域包括ケアシステムでは、 どのようなことの実現を目指 しているか	3.2%	0.0%	83.9%	12.9%	22.6%	35.5%	41.9%	0.0%	19.4%	35.5%	-41.9%	-12.9%	20	11	31	64.5%	35.5%
(2) 担当業務は地域包括ケアシ ステムのどの部分を担っている のか	0.0%	9.7%	74.2%	16.1%	29.0%	29.0%	41.9%	0.0%	29.0%	19.4%	-32.3%	-16.1%	21	10	31	67.7%	32.3%
(3) 地域包括ケアシステムにはな ぜ複数の地域支援事業が設 定されているのか	0.0%	0.0%	61.3%	38.7%	16.1%	41.9%	38.7%	3.2%	16.1%	41.9%	-22.6%	-35.5%	24	7	31	77.4%	22.6%
(4) 地域包括ケアシステム、なぜ 事業者や住民が担い手として 参加しているのか	3.2%	12.9%	64.5%	19.4%	29.0%	32.3%	35.5%	3.2%	25.8%	19.4%	-29.0%	-16.1%	19	12	31	61.3%	38.7%
(5) 地域包括ケアシステムには、 医療や福祉分野以外の施策・ 事業も含まれるのか	3.2%	65%	64.5%	25.8%	19.4%	32.3%	48.4%	00%	16.1%	25.8%	-16.1%	-25.8%	21	10	31	67.7%	32.3%

財団レポート 1

●人工知能学に基づく「認知症見立て知」の共学・共創システムの開発と実証評価研究報告 (2018年度研究内容)

本研究は（一社）みんなの認知症情報学会、静岡大学、当財団の共同研究で、みんなの認知症情報学会の「認知症見立て塾プログラム」を活用した認知症見立て知の共学・共創システムの開発を進めています。2018年度は、ケア従事者の見立て能力育成を目指して、ICT技術・AI技術を活用した遠隔講義システムを開発しました。

認知症見立て塾のプログラム

本プログラムは、医療的に改善可能な認知症の検討という考え方を基本として、症例を活用しながら学びを深めます。詳しくは、【上野19】をご覧ください。講師と学習者が一つの空間で学び合う仕組みが特徴ですが、さまざまな地域で多面的に展開するために、講師が遠隔から参加するための仕組みを開発しました。

遠隔講義システムの機能

開発したシステムを図1に示します。本システムの機能は、(1) 講師側・学習者側の音声・映像データ通信、(2) スレート端末による見立て情報入力、(3) 学習者の見立て入力情報の講師へのリアルタイムフィードバックの3点です。この機能によって講師が遠隔から講義をしていても学習者の状況を逐一確認することができ、学習状況に合わせたプログラム進行が実現できることが示されました。

学習者への学習評価のフィードバック

学習者が入力した見立て情報を人工知能学的に解析し、どのような知識が獲得できたのかを可視化する機能も開発しました。例えば、せん妄状態の症状、判別方法、原因等を症例の中から見立てることができたのかを評価します。この機能を発展させることで、学習者の学習意欲を引き出す仕掛けに発展できる可能性が示されました。

2019年度も引き続きシステム開発を進め、2018年度に得られたデータに基づき本システムの有効性を検証していきます。最後になりますが、本研究にご参加いただいた皆さま及び関係の皆さまに御礼申し上げます。

【上野19】 上野秀樹、石川翔吾、竹林洋一：人工知能学に基づく認知症の見立て知の共創・共学、整形・災害外科、Vol.62, No.3, pp.249-259, 2019.

照会先 静岡大学 情報学部 助教 石川翔吾
〒432-8011 静岡県浜松市中区城北3丁目5-1
TEL：053-478-1488

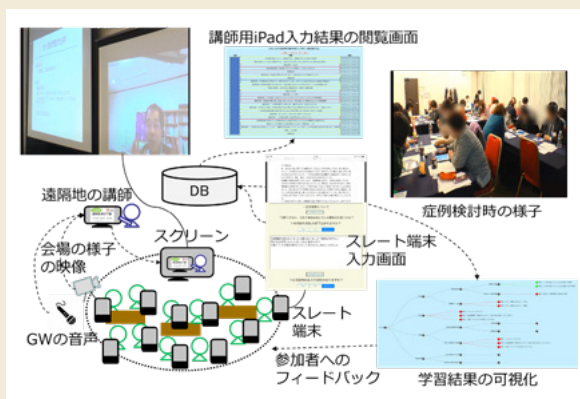


図1：認知症見立て遠隔講義システム

財団レポート 2

● SCN 研究の進捗状況報告 (2018年度研究内容)

Social Community Nursing (SCN) 機能を発揮する基盤形成プロセスの明確化と SCN 機能を発揮する看護職による地域活動が地域住民へ与える影響の検討

当財団では、「Social Community Nursing 機能 (以下 SCN 機能) に関する研究委員会」を立ち上げ、その内容を明らかにするための検討を進めています。2018年度は、A市において、SCN 機能を発揮している看護職 (以下 SCNs) の行う地域活動に焦点を当て、以下2点について検討しました。

- (1) SCNs が SCN 機能を発揮するために必要な、地域の基盤を整えるプロセスはどのようなものか
- (2) SCNs による地域活動が地域住民へ与える影響とは何か

(1) SCNs が SCN 機能を発揮するために必要な、地域の基盤を整えるプロセスの明確化

A市では、SCNs が自治会役員と協働して地域活動に取り組んでいます。そこで、SCNs が自治会役員と協働して活動するようになったプロセスを明らかにすることを目的に、A市の SCN 機能を有する医療機関職員3名 (SCNs 2名、看護職ではないものの SCN 機能を有する広報担当者1名)、介護施設に所属する SCNs1名、自治会役員7名、合計11名にインタビュー調査を行いました。その結果、SCN 機能を有する医療機関職員は、自治会の地域活動に住民として参加することで、自治会役員と知り合いになり、顔の見える関係を構築していたことが分かりました。また、医療を提供する組織として、地域のために貢献することを、地域住民へ積極的に伝えていました。自治会役員は、SCN 機能を有する医療機関職員と、地域住民が繋がるきっかけを作り、地域に住む高齢者のニーズや、自治会活動の継続が困難になった時などには相談をするなど、相互的な関係性を構築していました。それぞれの取り組みをきっかけに、医療機関と自治会役員との間に新たな関係性が築かれて、SCNs と自治会役員が協働するようになったプロセスが明らかとなりました。

(2) SCNs による地域活動が地域住民へ与える影響について検討

SCNs による地域活動が地域で暮らす高齢者へ与える影響について検討するために、A市に居住する高齢者2,000名を対象に、質問紙調査を行いました。質問紙調査では、SCNs により地域で行われている様々な活動への参加経験と、地域生活に関する安心感 (必要な時に適切な医療や介護サービスを受けられ住み慣れた生活を続けられて安心だと感じること) の関連を検討しました。その結果、SCNs による活動の中でも、個別の健康相談など個人を対象とした活動へ参加経験のある高齢者は、地域生活に関する安心感が高いことが明らかとなりました。高齢者は SCNs による個人を対象とした活動へ参加することで、生活背景を踏まえた相談ができるようになったことや、診療ではなく日常生活の中で SCNs に関わったとことで、今後も必要な時に、また相談し頼れるという認識 (安心感) に繋がった可能性があります。

これらの結果から、(1) SCNs と住民の相互的な取り組みにより SCN 機能を発揮する基盤ができること、(2) SCNs による活動は地域住民にとって有用であることが示唆されました。今後は、SCNs による地域活動の拡大・普及が必要と考えます。そのために、2019年度は SCN 機能を発揮するために必要なコンピテンシーと、SCN 機能が定着する要素について明らかにすることを計画しています。

最後に、本調査にご協力いただいた皆様及び、関係者の皆様に深謝申し上げます。

2018年度研究報告書は7月末に、財団ホームページ (<http://www.orangecross.or.jp/>) に掲載します。

【研究委員会】

田中滋 (埼玉県立大学 理事長)、山本則子 (東京大学大学院 医学系研究科 教授)、大森純子 (東北大学大学院 医学系研究科 教授)、堀川尚子 (日本看護協会 医療政策部 在宅看護課 社会保険・調査研究担当専門職)、

【Working Group】

山本則子 (東京大学大学院 医学系研究科 教授)、大森純子 (東北大学大学院 医学系研究科 教授)、五十嵐歩 (東京大学大学院 医学系研究科 講師)、津野陽子 (東北大学大学院 医学系研究科 講師)、野口麻衣子 (東京大学大学院 医学系研究科 助教)、目麻里子 (東京大学大学院 医学系研究科 助教)、稲垣安沙 (東京大学大学院 大学院生)、姉崎沙緒里 (東京大学大学院 大学院生)



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しています。

● 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 各種セミナーの無料招待
(セミナーの内容は裏表紙をご参照ください)

● 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いただき、FAXにてお申込みください
<http://www.orangecross.or.jp>

(アイウエオ順)

法人賛助会員	URL
一般社団法人訪問看護 エデュケーションパーラー	https://www.hokan-e-parlor.com/
株式会社コスモケアサービス	https://www.cosmos-group.co.jp/care
株式会社ツクイ	https://www.tsukui.net
株式会社デベロ	http://www.develo-group.co.jp
株式会社福祉の里	https://www.fukushinosato.co.jp/
株式会社やさしい手	http://www.yasashiite.com
公益財団法人 星総合病院	http://www.hoshipital.jp
社会福祉法人 伸こう福祉会	https://www.shinkoufukushikai.com/
社会福祉法人 新生会	https://www.sun-village.jp/
日本生活協同組合連合会	—

(2019年6月現在)



● 第5回オレンジクロスシンポジウム 参加費無料

日時：2019年7月19日（金）14時～17時30分（14時～14時45分はエピソードコンテスト表彰式）
 会場：TKPガーデンシティPREMIUM京橋
 演者：座長：堀田聡子氏（慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授）
 後藤励氏（慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 准教授）
 近藤尚己氏（東京大学大学院 医学系研究科健康教育・社会学分野 准教授）
 澤登久雄氏（社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院・地域ささえあいセンター センター長）
 長嶺由衣子氏（東京医科歯科大学大学院 医学部付属病院 総合診療科 特任助教）
 三上はつせ氏（医療法人社団 つくし会 新田クリニック 看護師長）

演題：医療だけで健康は創れるのか — 「社会的処方」の活動を手がかりに、生老病死を住民の手に取り戻そう—
 概要：健康は医師や専門職の手のなかにあるのでしょうか。昨今、人とひととのつながりや領域・世代を超えたさまざまな主体の協働を通じた、よりよく生きることが出来る地域づくりが広がりつつあります。他方、医療機関等においては、健康の社会的決定要因への対応に目を向け、患者の非医療的ニーズについては地域における多様な活動やボランティア・グループなどの地域資源に橋渡しし、より患者が主体的に自立して生きていけるよう支援する取り組みが始まっています。「社会的処方」と称してこうした活動を推進する英国の潮流を手がかりに、改めて健康の概念を問い直し、地域共生社会実現に向けたチャレンジを議論します。

社会的処方

社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が（時にボランティア・コミュニティセクターによって提供されるサービスを使いながら）、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー（link worker）に紹介できるようにする手段。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。

● 2019年度オレンジクロスセミナー

・ 第2回 賛助会員無料 一般参加1,000円

日時：2019年9月20日（金）15時～17時
 会場：TKP東京駅八重洲カンファレンスセンター
 演者：一般財団法人 オレンジクロス理事 岡本茂雄氏
 演題：在宅ケアとICT（仮題）

・ 第3回 賛助会員無料 一般参加1,000円

日時：2019年11月15日（金）15時～17時
 会場：TKP東京駅日本橋カンファレンスセンター
 演者：メディカル・ジャーナリスト 西村由美子氏
 演題：米国ヘルステック事情 — 在宅ケアと先端技術 —（仮題）

詳細は逐次当財団ホームページ（<http://www.orangecross.or.jp>）にてご案内します。
 （上記の内容等は予告なく変更になる場合がありますので、ご了承願います）。



一般財団法人
オレンジクロス

広報誌 オレンジクロス | 夏号 2019 SUMMER VOL.07 | 2019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://www.orangecross.or.jp/>



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。