



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 ～

春号

2022 SPRING

VOL. 12

巻頭言

社会医療法人大雄会 理事長
一般財団法人オレンジクロス評議員
伊藤伸一氏

特別寄稿

パンデミック下の地域医療の現場で考えてきたこと

医療福祉生協連合会家庭医療学開発センター センター長
生協浮間診療所 医師
藤沼康樹氏

財団レポート

認知症見立て塾の実践で見えてきたオンライン学習の仕掛けとデータ化

静岡大学 助教
石川翔吾氏

耳より情報

地域に必要な支援「コミュニティコーピング」を超高齢社会体験ゲームで学ぶ

一般社団法人コレカラ・サポート 代表理事
千葉晃一氏

第7回 オレンジクロスシンポジウム(日本家族看護学会と共催)

新たな看護実践の枠組みを創る

—SCNs (Social Community Nurses) による看護実践—

2021年 第2回 オレンジクロスセミナー

介護現場の働き方改革 ～人材不足への対応～

千葉大学医学部附属病院 特任教授
小林美亜氏

2022年度セミナー等のご案内



一般財団法人

オレンジクロス



巻頭言

地域医療構想について

「地域医療構想」は病院関係者には存続にかかわる重要なキーワードですが、多くの皆さんはご自身には関係ないとお考えではないでしょうか。実際は皆さんの生活に直接的に影響することになるかもしれません。これまで「地域医療構想に関するワーキンググループ」に6年間かかわった者としてその概要をお伝えしようと思います。

地域医療構想は平成25年の社会保障制度改革国民会議で医療介護分野の改革テーマとされました。これから起こる社会構造の劇的な変化に向けてそれぞれの地域の特性に合わせた病床削減と人的資源の集約化により効率的で持続可能な医療提供体制を再構築しようとする政策です。まず病院の病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けて、団塊の世代が後期高齢者になる2025年を目標に区域で必要となる病床数を病院同士の協議で病床機能の振り分けをします。これまでの経験で急性期のほうが生き残りに有利であると考える病院も多くあり、人口が減少し、かつ高齢者が減っていく地域では病床の振り分けや削減のための協議は熾烈なものとなります。これまでは地域での競合のなか自院だけが生き残るための過剰な設備投資や医療人材の争奪を繰り返してきたことで多くの病院が疲弊して存続が危ぶまれる事例も散見されます。

他方で公立病院などは多額の補助によって過剰装備や華やかな建築で競争力を強化する事例も見られ必ずしも存続の条件が公正でなかったとの評価があります。各二次医療圏での地域医療構想協議会ではまず区域内のすべての病院の医療機能、診療実績、補助金活用状況など、公立・公的病院は病床稼働率、救急対応状況、経営情報なども加えて公開したうえで協議するように示されています。平成29年に「再編統合の必要性の議論が必要な424の公立・公的病院」が名指しされたことも地域医療構想での医療再編のための情報共有の一環です。

さらに公立・公的病院は医療需要や民間病院との役割分担を踏まえて民間で担えない分野に重点化する方針が明示されています。このように大都市部を除く地域で病院病床の削減が急速に進むことになると自治体の首長や住民の皆さんの強い反対で協議が止まることが懸念されます。私見ですが2040年には人口が現在の90%になり、さらに医療技術の発達によって平均在院日数が短縮されることで必要な病床が現状の60%で充足することになれば都市部を除き地域の約半数の病院が消滅することになります。今の公立病院の運営は多額の補助で支えられていますが、今後も同様の財政補助を持続できる自治体は多くありません。公立・民間の役割を明確にしたうえで、継続可能な医療提供システムを目指す地域全体での協議こそ未来をつなぐ鍵になります。多くの皆さんが地域医療構想にさらに関心を持ち協議に参加することこそ明るい未来を作り上げると確信しています。

社会医療法人 大雄会 理事長
一般財団法人オレンジクロス 評議員

伊藤 伸一

パンデミック下の地域医療の現場で考えてきたこと

医療福祉生協連合会家庭医療学開発センター センター長
生協浮間診療所 医師

藤沼 康樹



凡庸で自己隠匿的な新型コロナウイルス

2019年12月末に入って中国の武漢で新型コロナウイルスが確認され、患者数が増えているという情報が日本に伝えられるようになり、翌年の1月にその原因が新型コロナウイルスであることがWHOより発表された。比較的速やかに国内の医療機関にも注意喚起がなされ、指定感染症に認定された。その後、2月に入ってダイヤモンドプリンセス号乗客の集団感染、さらに北海道や東京でのクラスター発生などを契機に、いよいよパンデミック状況に日本の医療が注力する状況になっ

た。また、新型コロナウイルスによる様々な病態をCOVID19と総称することとなった。

さて、私の医療活動の主たるフィールドであるプライマリ・ケアの現場では、当初はインフルエンザのようなもの?程度の認識だった。しかし、武漢でのCOVID19の臨床経過が明らかになり、プライマリ・ケアの現場は震撼することになる。COVID19の初期症状はほぼ普通のカゼ症状と違ってよく、また、きわめて軽い経過を辿る場合も多く、一貫して無症状の場合もあるということであった。インフルエンザとはだいぶ発症経過

家庭医療学について

(家庭医療学開発センターホームページから抜粋)

家庭医療とは

家庭医療 (Family Medicine / General Practice) は、特定の個人、家族、地域に継続的に、全ての健康問題にかかわる医療形態です。そして、家庭医療学開発センター (Centre for Family Medicine Development : CFMD) では、質の高い家庭医療を実践するためにトレーニングされた医師を家庭医と呼びます。個々の地域のコンテキストにより家庭医の具体的な活動形態はことなるが、都市部の医療生協診療所における家庭医にもとめられる能力は以下のとおりです。

- ① 都市型診療所における質の高い非選択的外来診療ができます。
- ② 24時間対応を原則として、急性期及び緩和ケア対応が可能な在宅診療ができます。
- ③ 地域の健康度の向上をめざした、特定の人口集団へのケアが実施できます。

家庭医療学とは

家庭医療学 (Family Medicine) は、質の高い家庭医療・プライマリ・ケアを効果的・効率的に提供することに寄与する学問分野です。よって、研究対象としては、疾患、医師自身、患者医師関係、家族、地域、ヘルスケアシステムなど多岐にわたり、手法も量的研究だけでなく質的研究も含まれます。

が異なるということと、きわめて軽い症状が始まり、一定の時期から急に重症肺炎に移行する場合があるとのことであった。つまり、これは感冒様症状で来院した患者は全て COVID19 である可能性があるということの意味していた。日常的に軽症救急として普通に診察していたカゼの患者を一般外来で診ることはできないということであり、さらに無症状の新型コロナウイルス感染者も普通の来院患者の中に紛れている可能性があるということであった。COVID19 は派手な皮疹が出たり、出血したりというような感染者が「それとわかる」ような特異的な症状はなく、あくまでカゼのような凡庸な表現型をもち、しかも無症状でありうるという自己隠匿的な性格を持つ、きわめて厄介な感染症として医療現場に登場したのである。

これまで、慢性疾患・退行性変化と地域包括ケアのパラダイムの中で、自分たちのシステムを整えてきた地域医療の現場が、突然、かつての感染症時代のパラダイムにタイムスリップしてしまったのだ。パンデミックという異世界にダイブしてしまったのだ。

外出自粛とアクセシビリティの低下

2020年4月の緊急事態宣言以降、外出自粛・ステイホームという状況に移行した東京の風景は今も鮮明に覚えている。やむを得ない理由で、都心にでかけることが何回かあったが、九段坂近辺は夜の8時を過ぎると人通りはまったくなくなり、行き交う自動車も少なく静けさの中にあった。そして、何か空気が異様に澄んでいて、まさに異世界感を醸し出していた。人が消えてしまうと、これだけ風景が変わって見えるのかと恐怖感に近い

ものを感じた。

では、最初の緊急事態宣言以後の診療所の様子はどのように変わったのだろうか？ 顕著であったのは新患、再来初診患者の減少である。前年比でおおよそ7割減が数ヶ月にわたって持続した。地域には医療機関は感染のリスクの高い危険なところという意識が相当広がっていた。つまり、この時期は軽症救急や健康問題に関連したよろず相談のアクセシビリティ（近接性）が相当低下していたと思われる。実は最近の研究によると、2021年に入っても日本ではこうした受療行動の傾向は持続しているといわれている。つまり、プライマリ・ケアの重要な要素であるアクセシビリティが低下した状態がパンデミック下で続いているのだ。しかし、この健康問題相談へのアクセシビリティの確保は地域社会には必要不可欠であり、医療機関という形式にとらわれない、別の健康問題の相談システムを創出する新たなニーズが生まれていると考えてもいいだろう。もちろん、遠隔診療の導入は重要だが、むしろ私は、何かあったら医者にかかるというマインドセット、或いは医療保険制度をこの機会に変化させた方がいいと考えている。地域に健康よろず相談のリソースを創出することを考えた方がいいと思う。例えば、コミュニティナースのような専門職が地域のマーケットにいたり、薬局や鍼灸院にナースプラクティショナーがいたり、外来看護ステーションのようなものを作ったりして、健康問題の相談を医療機関以外のところでできるような仕組みが必要だろうと思う。

2つの都市空間

そして、2020年末の「第3波」以降で私が感

じていたことは、医療現場の疲弊に比して、必ずしも一般住民の間では事態危機感が共有されていなかったことである。その理由については、COVID19が直撃している人口レイヤー（虚弱高齢者、貧困層、慢性疾患や認知症の人たち等）は、特に都市部では、50歳以下のいわゆる勤労層や若者たちからは見えない社会になっていたということがあると思う。医療者にとっては、これまでずっと日常的な仕事の対象がCOVID19直撃レイヤーであり、元気な勤労者層や若者は主たる仕事の対象ではなかったのだ。つまり、医療・介護系の人たちにみえる都市とそれ以外の人たちにみえる都市は微妙にずれていたのである。実は、「都市化」の本質は集中化・効率化であり、成長や拡大にとって都合のわるいもの、みたくないものを覆い隠すことが都市化の本質の一つだということに再認識することになった。おそらくこうした都市内部の平行ワールド間のコミュニケーション回路を開くことが、今後もやってくるだろう様々なパンデミックに強い都市計画の重要な要素なのだろうと思っている。

COVID19の在宅医療

2021年8月になって東京ではCOVID19患者が急増し、感染者数が5000人を超えるようになった。診療所でも発熱・カゼ外来に予約された全員がPCR陽性という状況が日常的になったのである。そして、特にワクチン未接種の40代から60代が直撃対象となり、重症化する人数も急増した。それに伴いCOVID19を受け入れている病棟の状況が一変した。

まず重症患者の入院ベッドが埋まり、あふれた

重症患者が中等症病棟に滞留するようになり、中等症病棟でレスピレーターを装着した患者をケアすることになった。そのことにより、稼働可能な中等症ベッドが実質的に減少してしまったのだ。その結果、入院できない中等症の患者が在宅に溢れてくることになった。この患者を地域の在宅医療チームがフォローすることになり、在宅医療がこれまで経験したことのないクリティカルな救命のためのケアを、創意工夫でやらざるを得ない状況が生まれた。

私の診療所では一時的に中等症2（絶対的入院適応の病状）の在宅患者を4名フォローせざるを得ない状況になり、スタッフルームのホワイトボードは各患者の経過が記入され、病棟における温度板と化した。酸素が必要だが機器が手に入らないのでどうするか、せん妄状態への対応をどうするか、ステロイド投与の検討や対応可能な訪問看護ステーションを探すこと等、スタッフにとっても全てが初めての経験ばかりであった。

COVID19の在宅医療を実施する上で特に困難だったことは、患者宅は全てレッドゾーンであることと、医療者の長時間の滞在が困難で、およそ15分しか時間が取れないことであった。そして、患者宅を一步出ると、そこには街の日常が普通に存在しているのであり、まさに見えない瓦礫に患者が埋もれていた、という比喩が当てはまる状況がおおよそ2週間続いたのだった。在宅で救命を目的としたクリティカルケアを行うということは、そもそも在宅医療の対象としては想定されていない。日本各地の在宅医療チームの奮闘には頭が下がる思いであった。

おわりに

以上、パンデミック下の自分自身の医療現場の様子を振り返ってみたが、このパンデミックで様々な不可逆的なヘルスケアシステムの変化が生

じたこと、そして、次のパンデミックに向けて地域医療は、地域そのものがどのように準備を進めていくのかが問われているのだと思っている。

医療福祉生協連合会家庭医療学開発センターについて

(家庭医療学開発センターホームページから抜粋)

家庭医療学開発センター（Centre for Family Medicine Development：CFMD）は、家庭医療の教育・研究活動、診療所開発により医療生協組合員および地域の人々の健康状態の向上に資することを使命としています。

☑ 家庭医療後期研修プログラム（レジデンシー）の運営

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療後期研修プログラムを運営しています。家庭医療学開発センター（Centre for Family Medicine Development：CFMD）のレジデンシープログラムは、創造的かつ地域基盤型医学教育研究の成果を反映した内容をめざし、プログラムの質改善に常に取組みます。日本や世界各地で家庭医療のリーダーとして活躍できる人材を育成します。

☑ フェローシッププログラムの運営

レジデンシー修了後家庭医としてさらに学び続けるためのフェローシッププログラムを運営しています。リサーチ（PhD取得）、在宅医療（専門医取得）、リーダーシップ・トレーニングの3つのフェローシップがあります。

☑ 家庭医療学の研究

診療所を基盤とし、現場の中で得られた仮説や疑問に対して、その現場で解明する研究ネットワークです。家庭医療に関するさまざまな研究活動をすすめ、日本および世界の家庭医療学の発展に寄与します。CFMD-PBRN^注はAHRQ（Agency for Health care Research and Quality；アメリカ合衆国保健福祉省の一部局である医療研究品質庁）に認定されました。

☑ 家庭医療の実践を行う診療所の開発

医療生協の診療所を中心として、効率的・効果的で質保障された家庭医療の実践を行うモデルとなる診療所づくりを行います。

注. Centre for Family Medicine Development - Practice-Based Research Network;プライマリ・ケア現場に根ざした臨床研究を行う医療生協診療所ネットワーク。Practice-based researchという用語について、決まった定義があるわけではない。ここでは、「診療所における現場の中で得られた仮説や疑問に対して、その現場で解明する研究」とする。

財団レポート

認知症見立て塾の実践で見えてきた オンライン学習の仕掛けとデータ化

静岡大学 助教 石川翔吾



1. ケア従事者のためのオンライン学習の可能性

COVID-19の影響によって、学びの場はオンラインへの移行を余儀なくされました。おそらく、この流れは元には戻らないと思います。ただ、この学習環境のシフトはケア従事者にとってはポジティブなようにも思います。よい学習とは、よい学び手とよい教え手の相互作用により生じます。そのため、学習者はよい講師を求めますし、講師も伸び代のある学習者を求めます。オンライン学習は、その出会いを促進する契機となりました。インターネットを介することで、誰でもよい学習の場に辿り着けます。多忙な医療・介護現場の皆さんには相性のよいシステムです。

一つ一つ取り上げることはしませんが、オンデマンド学習をはじめとした映像視聴が学習に及ぼす影響について、メリットやデメリットがあることを多くの研究が指摘しています。オンデマンド学習への批判として代表的な意見は、受け身になり、自発的になりにくいことのようにです。しかし、一方で、オンラインの映像視聴と問題を解いたりすることを組み合わせることで、成績が向上することも分かっています。すなわち、オンライン学習の特性を理解して適切に設計することが重要です。

本稿では、このような背景の中で、オンライン見立て塾で明らかになってきたことをご報告したいと思います。

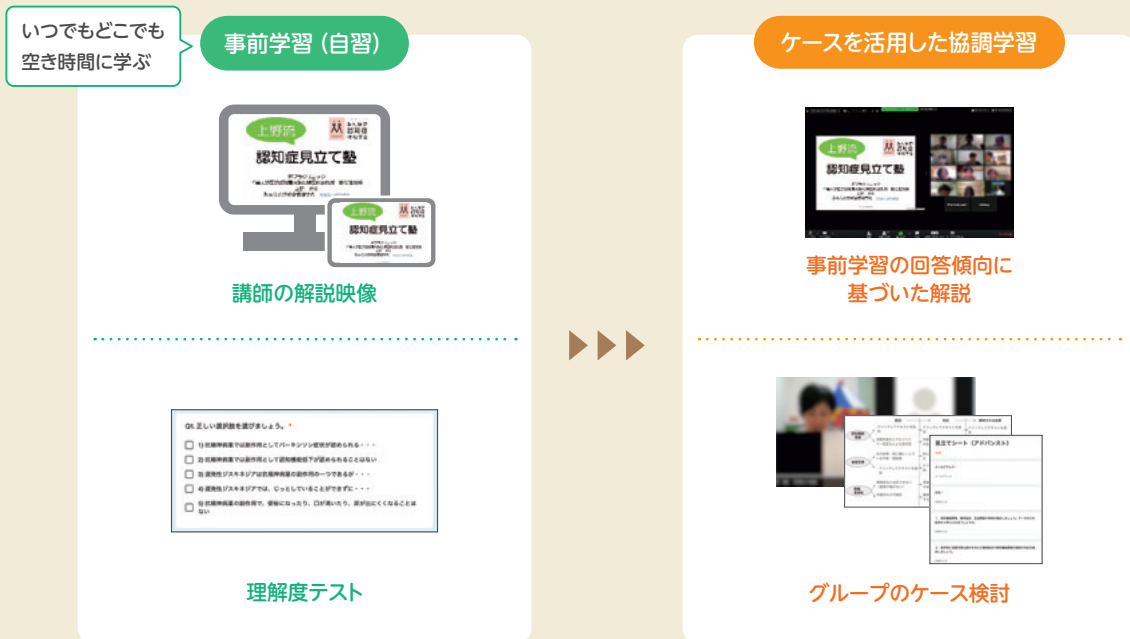
2. 見立て塾におけるオンライン学習活動の工夫

我々が実践している見立て塾でも、単に講師の話聞くという受け身になりやすい方式は採用していません。実際、講師の話聞く際にPCの画面だけになるため、注意が分散しやすいですし、周りの受講者の学習態度の影響も小さくなってしまいます。グループワーク等の学習者同士の交流を促す仕組みを導入することで、単に講師の話聞く(input)だけではなく、具体的にケースを検討すること(output)で、自発的に知識を取り入れることを意図しています。

グループワークでは、経験や考え方の違いを聞けるため、参加者にとってはとても貴重な場となるようです。最初はグループワークごとにメンバをシャッフルしていたのですが、そうすると、誰から言い出すかを探り合ったり、自己紹介をつど実施したりしている内に貴重なグループワークの時間を消費してしまいました。一方、同じメンバで継続的にグループワークすることで、内容を深める方向に進行していくことがわかりました。また、最初は多少ICTに慣れている方にファシリテータをお願いし、自身も含めて参加者に話を振るお手伝いをしてもらっています。見立て塾では、グループワークで結論を出したり、まとめたりせずに、各自が均等にoutputをしてもらっています。グループの構成を多職種にするというのもポイントです。同じ職種や同じ職場でグループを構成すると、相手の言うことに同意するだけで、自分の意見を言わないことがよく起こりました。

このような小さな工夫をさらに活かすために、反転学習の仕組みを導入しました。すなわち、講師の講義

を事前に映像で学習し、当日はグループワーク中心にケース検討する仕組みです。この仕組みは事前に映像を視聴してくるという性善説に基づいています。そのため、事前学習をしないとグループワークには参加できないという制約を設け、実りの多い学習を全員ができるような最低限のサポートは必要なようです。図1は見立て塾で実施している仕組みです。



【図1】 自習と協調学習を組み合わせた見立て塾の構成

このようなさまざまな工夫をしても、やはり、オンラインの限界はあります。最も大きい点は空気感の共有です。対面で実施した場合、盛り上がっている状況や、困っている人の検出、他のグループのザワザワ感や、講師との対話における緊張感、さらには頷きなどの反応、これらの情報をその場にいる「全員」が共有することが可能です。また、特に講師の話を書く際には注意が分散しにくいという点もあります。そして、副次的なこととして、対面で実施した際には参加者同士の交流が新たに生まれました。主観的な印象ですが、そのことは単に学習の外への影響だけではなく、学習に一体感をもって取り組むという効果もあったように感じています。このように、対面からオンラインにシフトすることで、我々が感じていた空気感のようなものが大事だったと改めて気づかされたわけです。

ということは、オンライン学習を適切にデザインしないと孤独な学習が強調されてしまうことを意味しています。そのために、オンライン学習には多くの工夫すべき点があり、さらに、オンラインだからこそできることもあるはず。図1の仕組みもオンラインだからこそ実現できます。オンラインはさまざまな仕掛けが作りやすいため、これまで個人の紙の上に展開されていたアウトプットの情報や、グループワークの会話のデータ化が容易になり、データ化から分析まで一気通貫して実施することができるようになってきました。では、オ

オンラインの学習状況をデータ化することによって何がわかるのでしょうか。まだまだ研究の蓄積が必要ですが、少しずつ、データの特徴がわかってきました。次の節では、その一例を紹介します。

3. オンライン学習データの特徴の分析

本節では、学習の際にスレート端末（この研究では主に iPad）を活用してケース検討を実施したデータから、スレート端末の入力パターンと学習効果の関係を分析した結果 [1] を報告します。学習者は見立て塾の受講後に成績向上の評価のためのテストを受けていて、その結果を学習効果の指標として利用します。入力されたデータの文字数や内容を評価することで学習状況が把握できると仮定し、学習効果との関係を分析しました。その結果は表 1 に示すとおりです。


| 入力のパターン | 学習効果の特徴 |
|--|------------------|
| ① 入力文字数が多く、見立ての語彙の使用率が高い | 学習前の得点が高い(11点以上) |
| ② 入力文字数が少なく、GW での追記する割合が高い | 学習前の得点が高い(4~7点) |
| ③ 見立ての語彙使用率が高い、あるいは GW での追記する文字数の割合が低い | 学習後の得点が高い(11点以上) |
| ④ 見立ての語彙使用率が低く、入力文字数が多い | 学習後の得点が高い(10点以下) |

表1 入力のパターンと学習効果との関連

（入力パターンとは、iPad にケース検討結果を入力する際の文字数、見立てに関するキーワードの使用率、グループワークでの追記の割合を数値化してパターンとして整理したものです）

学習前のテストの得点が高い学習者は、入力プロセスのパターン①に分類され、入力文字数が多く、見立ての語彙の使用率が高い特徴がありました。学習前のテストの得点が高い学習者は、入力文字数が少なく、グループワークでの追記によって増える文字数の割合が高いというパターン②の特徴がありました。この二つのパターンの解釈の一つとしては、自信の現れとして捉えることができます。パターン①は元々持っている知識が豊富であるため最初から自信をもってケース検討を実施できますが、自信のないパターン②のグループは自分の意見は控えめに他の人のいい意見を取り入れようとする行動として現れていることが推測されます。

また、学習後のテストの得点が高い学習者は入力パターン③の特徴をもち、見立てに関するキーワードを多く使用する、あるいは、グループワークでも追記する量が多いという特徴がありました。一方で学習後のテストの得点が高い学習者は、入力する文字数は多くても見立てに関するキーワードの出現率が低いという入力パターン④の特徴をもちました。見立て塾では認知症の医学的な原因を探索していきます。そのため、医学的に適切な判断の仕方があり、その判断材料となる言葉をしっかり自分に落とし込めていけば、当然、成績の向上につながります。



これらの結果は常識的なものですが、当たり前の結果が出てくるということは、スレート端末を活用しても、学習に関連するデータが取れるということを示しています。ただし、これら入力文字数や見立て関連キーワードの出現率と学習効果（テストの点数の前後差）との相関は認められませんでした。入力文字数と学習効果との相関が低い可能性は理解できますが、見立て関連キーワードとの相関が認められない理由はどのようなことが考えられるでしょうか。実は、多くの学習前のテストの点数の高い学習者には天井効果が見られ、点数は伸びませんでした。そういう方の入力データには適切なキーワードが入力されていますが、点数が伸びないためデータとの関係が見えにくくなったことが予想されます。さらに、点数の伸びた学習者には、探索的に様々なキーワードを残す傾向があることもわかりました。これは、興味深い結果ではないでしょうか。すなわち、学習の伸び代のある人が残したデータは、あらゆる可能性を検討するために、発散的な記述が残っていたのです。

このように、学習者がケース検討で残すメモには、学習態度に関わる評価ができる可能性があることが示唆されました。今後もオンライン学習における学習プロセスをさらにデータ化、分析しながら、オンライン学習ならではの仕掛けや結果を積み重ねていきたいと思えます。

4. リスキリングのために自身の学習傾向を知る

本稿では、オンライン学習環境の構築の工夫やデータの特徴について述べました。近年、「リスキリング (Reskilling)」という言葉を目にする機会が増えてきました。特に、経済の文脈で使われることが多くなっているキーワードです [2]。例えば、我々情報系の世界の進歩のスピードは本当に速くて、3年も経つと技術が陳腐化することはよくあることです。そのため、技術者が新しいことを学び、知識を再構築する必要があるわけです。この知識の再構築というのが曲者で、我々はこれまで経験によって熟達すると考えてきました。しかし、医師でさえ歳を重ねると知識が古くなり患者のアウトカムが悪くなることが指摘されており [3]、単に知識をアップデートするだけでなく、再構築することは一度習得したものを捨てて大幅にアップデートするため、かなりの努力が必要です。前節で述べたように、あらゆる可能性を発散的に考えている方が、学習にポジティブな影響があることが明らかになりました。これは知識再構築のヒントになるのではないのでしょうか。オンライン学習が進むことによって、少なくとも自分がどのように「思考」しているのかを可視化できる可能性があります。オンライン学習によってこのような学習のデータ活用も進めていきたいと考えています。これからさまざまな仕掛けやデータから明らかになってきたことをご報告します。みんなの認知症見立て塾へのご参加をお待ちしております。

【参考文献】

- [1] 神谷、他：医学的知識を持つ介護従事者育成のための認知症見立て遠隔講義システムの開発、デジタルプラクティス、VOL11(1)、pp.154-172(2020.01).
- [2] リクルートワークス研究所：リスキリング～デジタル時代の人材戦略～、Works Report 2020.
- [3] Tsgawa Y, Newhouse J P, Zaslavsky A M, Blumenthal D M, Jena A B. Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: observational study BMJ 2017; 357 :j1797 doi:10.1136/bmj.j1797

地域に必要な支援「コミュニティコーピング」を 超高齢社会体験ゲームで学ぶ

一般社団法人コレカラ・サポート 代表理事 千葉晃一



近年、高齢者だけでなく現役世代でも、引きこもりやダブル介護など、社会制度や支援が届かず、表面化しにくい悩みを抱え、地域の中で孤立する「社会的孤立」が深刻化しています。その中、困難を抱えて孤立する人を支えるうえで欠かせないのは、行政や医療・福祉系の専門職だけでなく、地域に暮らす私たち住民自身です。超高齢社会にどんな問題が起こるかを知り、何ができるかを考え、実際に一步を踏み出すきっかけにしてみようと、現在コレカラ・サポートが行っているプロジェクト、超高齢社会の疑似体験ができるゲーム「コミュニティコーピング」の普及活動についてご紹介します。

「社会的処方」を取り入れた超高齢社会体験ゲーム

私たちコレカラ・サポートは2020年10月、新たなプロジェクトとして、超高齢社会体験ゲーム「コミュニティコーピング」と名付けた超高齢社会を疑似体験できるゲームを開発しました。「コミュニティコーピング」は「社会的処方」を用い、人と地域資源をつなげることで「社会的孤立」を解消する協力型のゲームです。プレイヤー同士が協力し、孤立する人の本当の悩みを引き出して、専門家や地域の人たちにつなげていくことで「解決」を目指すというストーリーをゲームによって体験していく内容になっています。ゲーム名の「コーピング」とは「課題と向き合う、対処する」という意味です。

※「社会的処方」とは、薬を処方することで患者さんの問題を解決するのではなく、「地域とのつながり」を処方することで問題を解決するというもの。

ゲーム開発のきっかけは、近年、相談支援の活動の中で高齢者だけでなく現役世代でも、ダブル介護や介護離職など、社会制度や支援が届かず、表面化しにくい悩みを抱え、地域の中で孤立する人が増えていると痛感するようになったことです。「住民同士が支え合える地域をつくらなければ、超高齢社会は立ち行かない」と考える中で、若年層から高齢層まで幅広い世代

が参加し、一緒に楽しみながら気づきを得られるツールとしてゲームを思いつきました。

ゲームはオンライン版を2020年10月にお披露目し、体験会には1年間で300名を超える方々が参加しています。2020年11月開催の「第1回全日本ゲーミフィケーションコンペティション」では、ゲームに出てくる住民の悩みがリアルであり、親の介護、空き家の問題、8050問題など、実社会で起きている社会問題と、ゲーム性を両立させたことが評価されて準グランプリを受賞しました。また、2021年4月にはボードゲーム版を製作するため、インターネットで寄付を募るクラウドファンディングを実施したところ、目標額の倍以上100万円超の寄付が集まり、同年7月にボードゲームが完成しています。これまでには、高校生から高齢の方まで、また、普段ゲームに親しんでいない方にも体験いただき、体験後のアンケートでは「楽しかった」の5段階評価が平均4.4となっています。

これらの活動が、新聞やラジオなどの各メディアにも取り上げられたことをきっかけに、高校や大学などの教育機関や自治体などから、勉強会や研修ツールとして「コミュニティコーピング」を使いたいという要望や、企業のCSRとして普及活動を支援したいという申し出が寄せられるようになってきています。

ゲームの基本設定と遊び方

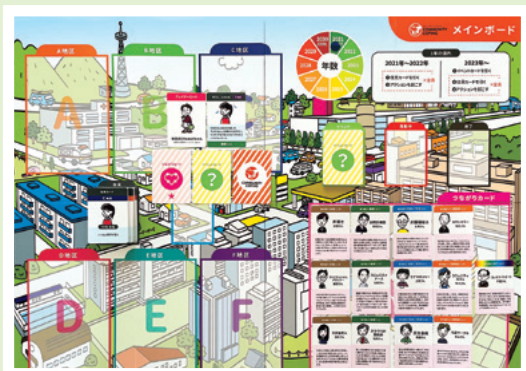
ゲームに参加するプレイヤーは基本4～6名で、まず、「研修中の医大生」や「カフェのマスター」、「自治会の会長」など、まちの中の住民キャラクターを担うことから始まります。それぞれが、話を聞くのが得意だったり、経済的な相談に力を発揮したりといったスキルを持っています。住民の住む地域は、A～Fまで6つの地区に分かれており、スタート時は「2021年」と設定されています。

各プレイヤーは、自分の手番に2つのアクションを行います。まず「今後の生活が不安」「家族のことで悩んでいる」といった漠然とした悩みが書かれている「住民カード」を山札から引き、カードに指定された地区に置きます。次に、以下の3つのうちどれか1つを選択して実行します。

◆プレイヤーの3つの選択

- ①住民に声をかけて本当の悩みを引き出す「COPING（コーピング）」
- ②訪問診療医、ケアマネジャーら専門家や施設などの地域資源と自分自身が関係を築く「つながり」
- ③「COPING（コーピング）」によって本当の悩みが明らかになった住民に対し、「つながり」で得た地域資源を紹介するなどして解決を図る「処方」

プレイヤーの手番が一巡するとゲームでは1年が経過したことになり、その時点で悩みが解決されていない人が1つの地区内に4人以上残っていれば「地域崩壊」で全員がゲームオーバーとなってしまいます。2021年から2030年末までの10年間、すべての地区A～Fを存続できるようプレイヤーは協力しながらゲームクリアを目指します。



超高齢社会体験ゲーム「コミュニティコーピング」

ゲームを通じて超高齢社会の課題を学ぶ

このゲームは、内容がすべて現実とリンクしているのが大きな特徴です。実は、住民カードを山札から引いた状態では、その住民の本音はわかりません。なので、まずは声をかける「COPING（コーピング）」によって、カードの裏側に書かれている本当の悩みを知ることがポイントとなります。悩みの種類は「お金」「健康」「住まい・生活」「人間関係」の4つに大別されています。例えば、「妻が認知症に。元気なうちは良いが、自分が入院したり、介護が必要になったらどうすれば良いのだろう」「先日、定期健診でがんの再発が見つかった。今後の自分の治療だけでなく、生活や子供たちの将来のことなどが不安」「5年前から義母の介護をしているが、実家の母親も介護が必要になってきた」など、住民が抱える悩みは、いずれも私たちが実際に受けた相談がベースとなっています。



(表) (裏)
住民カード

コレカラ・サポート

2011年、東日本大震災をきっかけに、超高齢社会の複雑多岐な悩みについて、相談のワンストップサービスを行う「コレカラ・サポート」を設立し翌年5月に法人化。

現在は、「社会的孤立」の解消を目指し、相談支援の現場において「当事者と家族の両方の立場から問題を考え」、「お金・健康・住まいと生活・人間関係の4つの視点から課題を整理し」、「支援が必要な人と専門職や地域資源をつなげる」という活動を「コミュニティコーピング」と呼んで実践しています。

中には、1人の住民が複数の悩みを抱えていたり、ターンによっては突然、住民カードを一度に2枚引く、つまり悩みを抱える住民が倍に増えるなどの「ハプニング」が起きたりします。そのため、ゲームクリアを目指すには、プレイヤー同士の連携が重要になってきます。お互いの得意を活かしつつ、どの地域のどの悩みに対処するか、誰が本当の悩みを引き出すかなどを話し合わないでゲームクリアはかなり難しく、限られた地域資源を最大限活かす上での鍵は、住民同士の協力であることが実感できる内容となっています。また、ゲーム終了後には振り返りの時間を設けて、ゲーム終了後の地域の現状や、起きた結果の要因分析、「実際により良い地域にするために自分にはどんなことができるか」などを話し合います。これにより、今までに社会問題や地域課題にあまり関心がなかった人には「こういった事が身の回りで実際に起きている」ということを知るきっかけや、自分自身がそういった問題と直面したときに「これはあの時にゲームでやったことでは？」となって、次のアクションに結び付けるためのヒントを得

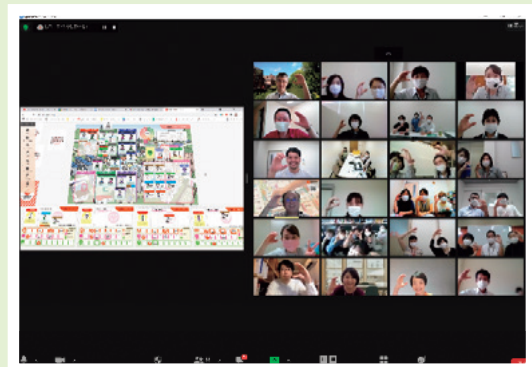
るなどの効果が期待できます。また、実際に地域で活動している人にとっては、「ゲームではこうだけど、実際にはこういったことなのです」といった知見を参加者に共有することが、現実の問題をより深く考えるきっかけとなったりもします。プレイヤー同士の新たな視点が加わることで、互いに気づきを得ることができ、新たな連携を図る動きが生まれるといった効果も現れ始めています。

今後の展望について

現在、高校や大学ゼミでの出張体験会&出前講座や、三重県リンクワーカー養成研修での体験会導入など、活動の実績も増えてきているところです。今後は、一人でも多くの方々に社会的孤立解消のヒントである「コミュニティコーピング」を体験していただけるよう、教育機関や自治体での講座や研修だけでなく、企業との協働事業などにも活動の幅を広げていく予定です。私たちは「コミュニティコーピング」を通じて、誰もが「助けて」と言い合える社会の実現を目指していきたくと考えています。



高校での出張体験会・出前講座の様子



三重県リンクワーカー養成研修

千葉晃一 (ちばこういち)

一般社団法人コレカラ・サポート 代表理事
1級ファイナンシャルプランニング技能士、CFP®、グリーンケアアドバイザー

関東郵政局（現・郵便局株式会社）、金融機関の個人資産相談部門を経て2009年に独立開業。相続や財産管理等、高齢期の財産のコンサルティングや、社会課題に取り組む起業家やNPO法人等経営者のメンターとしての活動を行っています。

第7回オレンジクロスシンポジウム

(日本家族看護学会と共催)

—2021年10月3日:日本家族看護学会学術大会においてWEB開催—

講演内容
紹介

テーマ

新たな看護実践の枠組みを創る

—SCNs (Social Community Nurses) による看護実践—

東海大学の井上玲子氏、東京慈恵会医科大学の児玉久仁子氏を座長、埼玉県立大学理事長 / 慶應義塾大学名誉教授の田中滋氏を指定発言者に迎え、各シンポジストの講演を受けて、参加者との質疑応答が行われました。

シンポジウムの冒頭に座長の井上玲子氏から、地域住民のかかえる健康問題は複雑化の一途をたどっており、さらに新型コロナウイルスの感染拡大が家族に対する新たな試練をつきつけているとの説明がありました。そして、その背景において既存の枠組みにとらわれず地域のニーズを拾い出して、当事者とその家族のために地域での新しい取り組みを行う看護職として Social Community Nurses について紹介がなされました。各講演者の講演テーマは以下のとおりです。

【講演者、講演テーマ】（講演順）

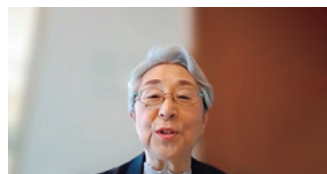
- ・大田章子 氏（社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院 福山脳血管医学研究所 研究員）
「地域にアウトリーチする病院 ～ With コロナ時代の「つなぎ人」としての看護職～」
- ・中山法子 氏（糖尿病ケアサポートオフィス 代表）
「地域を横断的に活動する診療看護師の活動 ～家族への関わりを振り返る～」
- ・中村順子 氏（秋田大学大学院医学系研究科 保健学専攻 看護学講座 地域看護学分野 教授）
「ホームホスピスくらの家における家族看護実践 ー大切なひとを見送る家族への疑似家族としての看護を考えるー」
- ・川添高志 氏（ケアプロ株式会社 代表取締役社長）
「病や障害があっても外出できる世の中を実現するために「交通医療」という新たな枠組みを創出」



大田章子氏



中山法子氏



中村順子氏



川添高志氏

【ディスカッション】

講演後各シンポジストに対し以下のような質問があり意見が交わされました。

- ・地域社会で自身の活動を開拓していくことの難しさ、新しいことに挑戦していくときの注意点や課題はなにか。

自らその地域に身をおき生活するなかで地域を見て困りごとやニーズを知ること、地域での活動に関心がありそうな人に声をかけて巻き込んでいくことが重要である。また、診療看護師などの地域での活動において、活動初期はその認知度自体が低く地域住民とのつながりがもてないという課題がある。既存の活動をみながら自分のできることを考え、地域の施設スタッフや住民に提案していくかかわりが必要である。

- ・新型コロナウイルス感染拡大により、ちょっと様子を見に行くといったことができなくなっているが、With コロナにおいて活動にどのような変革が必要か。

新型コロナウイルス感染拡大の影響でほとんどの地域活動ができなくなっている現状があり、状況をみながら常に模索している最中である。カフェやスナックのような屋内で飲食などをする企画ができなくなったため、今後はキッチンカーの場所に看護師が行って活動するなどの案を考えている。大人数でなければ実施できる活動もあり、IT も活用しながら一対一の関係性を築くことを大事にしていきたい。

また、交通医療の取り組みに関しては、活動を展開していくにあたってこれからは重要になってくるとの見方が示されました。利用者と介助者のマッチングのためには地域で活動する人材の確保が課題であり、医療者の働き方をどう変えていくか、管理者にどう安心してもらうかについて今後検討を進める必要があるとのことがありました。

最後に田中滋氏よりまとめとして以下のような発言をいただきました。

- ・高齢人口の増大という時代の変化において、要介護だけでなく金融や通信システムなどに対する弱さを含む複合的なニーズへの対応が求められるようになっており、医療・介護両方を把握している者として看護職の役割は大きい。施設内だけの視点ではなくソーシャルな視点をもった看護職の必要性が高まっている。
- ・医療施設で受けられる治療や処置の内容は全世界で一様である。しかしながら、在宅・地域でだれがどのような医療・介護を受けられるかは地域により差がある。今後は、ケアにおけるそういった側面を教える看護教育を行う必要がある。



田中滋氏

日本家族看護学会の沿革について

(日本家族看護学会のホームページから抜粋)

人口の少子高齢化が加速するわが国では、健康問題に直面する家族は以前にも増してケア機能が弱まり、家族を対象とする専門的援助の必要性が増大して来ています。また、科学技術の進歩と相まって治療の場を可能な限り在宅へと転換し、病気や障害を持ちながら自己管理して生活するという新しい局面を迎え、平成4年の訪問看護ステーション設置以降在宅患者の医療を家族を含めて組み立てやすくする支援のニーズが増大してきました。北米では家族システム看護あるいは家族看護専門看護師活動が1980年代より展開され急速に発展してきています。

わが国では患者とともに悩む家族を理解し、困難な状況を改善する適切な支援を行うことが患者への看護活動に有効であるという実践経験が重ねられてきていましたが、平成4年に東京大学および千葉大学（寄付講座、平成9年3月終了）に家族看護学講座が設置され、平成5年から平成7年にかけて家族看護学に関する成書が刊行され、雑誌に特集が掲載されるなど新しい変化がみられました。

この様な状況の中で、日本家族看護学会は国際家族年であった平成6年10月1日にわが国での家族看護学の確立を目的に発足しました。本学会はすでに確立されている看護各専門領域および他の広範な学問領域と連携しながら、家族ケア・家族システム看護・家族ストレス対処などに関する方法論を開発し病人とその家族への家族支援の向上に寄与するよう研究・実践活動を積み重ね、学問基盤の確立を目指しています。平成9年9月の第4回学術集会の時点で、会員数550名の学会に成長しました。

平成9年度において会員数が基準数に達した時点で、日本学術会議の学術団体登録申請を行うことと、わが国での家族看護実践・研究活動支援に向けたセミナー等を全国的に開催することを予定しました。平成15年4月の会員数は1121名で日本学術会議登録学術研究団体として活動しています。

【演題】介護現場の働き方改革 ～人材不足への対応～

千葉大学医学部附属病院 特任教授 | 小林美亜



厚生労働省は、令和3年7月に、第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数をとりまとめている。それによると、2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））、2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））、2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））の介護職員が必要となっている。これを受け、国は、

- ① 介護職員の処遇改善
- ② 多様な人材の確保・育成
- ③ 離職防止・定着促進・生産性向上
- ④ 介護職の魅力向上
- ⑤ 外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むこととしている。

しかしながら、新卒学生で介護職として働いてみたい人、介護現場でこれからも継続して働きたい人、他業種から介護職に転職してみたい人が、「働きやすい」と思えるような職場を実現しなければ、人材不足の解消にはつながらない。そのためには、働き方改革を推進していく必要がある。働き方改革を進めるうえでは、以下の取組が求められる。

- ① 長時間労働の是正：「やれないこと」を増やすのではなく、「やる必要のないこと」を減らし、「価値あること」「生産性の向上につながること」に注力できる時間を増やす。また、権威勾配残業やボランティア残業を減らしたり、記録や情報共有等にICTを効率的に取り入れたりする。
- ② 子育て・介護等と仕事の両立：改正育児・介護休業法への対応などを図る。
- ③ 非正規雇用者の処遇改善：非正規雇用者を正職員化し、短時間勤務制度を導入し、処遇を保証し、キャリアアップの推進を図る。
- ④ 職員個々が活躍できる職場環境：理念やビジョンに共感して就職した職員が定着できるよう、それらを戦略に落とし込んで実践し、職員個々が社会への貢献度を自ら実感できるようにする。また、自己裁量権を大切にし、自身のアイデア

などが組織の取組に積極的に採用され、仕事に対して、楽しさ、醍醐味や充実感が得られるようにする。

- ⑤ ワークライフバランスを実現する柔軟な働き方：育児世代から親の介護世代まで幅広い年齢層の職員が、ライフステージの変化に応じて柔軟に対応できる多様な働き方を整備する。
- ⑥ プラチナ世代の就業促進：個々の希望や特技・経験・知識・コミュニケーション能力などを踏まえた仕事の分担や多様な勤務形態を整備する。また、希望に応じて資格取得支援をする。
- ⑦ 職員間の世代を超えたよりよい人間関係の構築：世代間ギャップを埋める方策の実践や風通しのよい職場風土を構築する。

日本の超高齢社会において、社会的課題の解決を図り、持続可能な地域づくりをしていくための前提として、介護人材の確保が必要不可欠である。そのためにも、働き方改革を絵に描いた餅にせず、実行していくことが重要である。

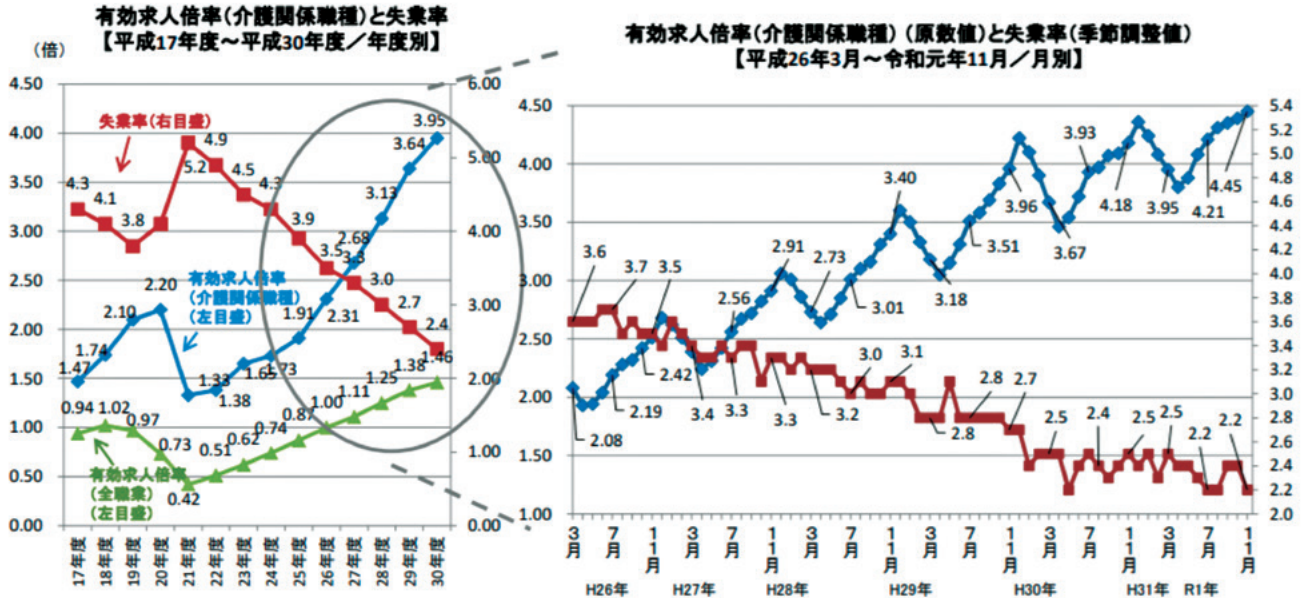
小林先生 プロフィール

- ① ニューヨーク大学大学院博士課程修了、学術博士。
- ② 聖路加看護大学(現、聖路加国際大学)卒業後、看護師、助産師として臨床に従事。
- ③ 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室助手
- ④ New York University でリサーチフェロー、また New York University John A. Hartford Center for Geriatric Nursing でポリシーインターンとして、高齢者ケアや病院・長期ケア施設のマネジメント等に係る研究に従事。
- ⑤ 東京大学医学部附属病院国立大学病院データベースセンター副センター長
- ⑥ 国立病院機構本部診療情報分析部主任研究員として、医療の質、病院経営等に係る情報分析・研究等に従事。
- ⑦ 千葉大学大学院看護学研究科准教授、千葉大学医学部附属病院医療の質向上本部地域医療連携部特命病院教授、静岡大学創造科学技術大学院特任教授をへて、現在、千葉大学医学部附属病院特任教授

図1 セミナー図表-1

介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向 ～有効求人倍率と失業率の動向～

○ 介護関係職種の有効求人倍率は、依然として高い水準にあり、全職業より高い水準で推移している。



注)平成23年度の失業率は東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県において調査の実施が困難な状況となっており、当該3県を除く結果となっている。
【出典】厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」
(※1)全職業及び介護関係職種の有効求人倍率は、パートタイムを含む常用の原数値。
月別の失業率は季節調整値。
(※2)常用とは、雇用契約において、雇用期間の定めがない、又は4か月以上の雇用期間が定められているものをいう。

図2 セミナー図表-2

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・2023年度には約233万人(+約22万人(5.5万人/年))
 - ・2025年度には約243万人(+約32万人(5.3万人/年))
 - ・2040年度には約280万人(+約69万人(3.3万人/年))
 となった。 ※()内は2019年度(211万人)比
- ※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 2019年度(令和元年度)の介護職員数約211万人は、「令和元年度介護サービス事業所調査」による。
注2) 介護職員の必要数(約233万人・243万人・280万人)については、足下の介護職員数を約211万人として、市町村により第8期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したものである。
注3) 介護職員数には、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員を含む。
注4) 2018年度(平成30年度)分から、介護職員数を調査している「介護サービス施設・事業所調査」の集計方法に変更があった。このため、同調査の変更前の結果に基づき必要数を算出している第7期計画と、変更後の結果に基づき必要数を算出している第8期計画との比較はできない。

第8回 看護・介護 エピソードコンテスト

テーマ「伝えたい!わたしの看護・介護エピソード」

募集
期間

2022年
2月1日(火)～5月6日(金)
(郵送の場合は当日の消印まで有効)

大賞(1編)
30万円

優秀賞(3編)
10万円

公表

弊財団ホームページおよび広報誌上にて大賞、優秀賞等を受賞された方、受賞作品を公表します。

選考委員



秋山正子氏

暮らしの保健室 室長
認定NPO法人マギーズ東京
センター長

(第47回フローレンス・ナイチンゲール記章受章)



川名佐貴子氏

介護福祉ジャーナリスト



溝尾朗氏

JCHO 東京新宿メディカルセンター
院長補佐、統括診療部長
患者サポートセンター長

応募資格

日本国内で看護・介護に携わっている方
(ご家族等の看護・介護をされている個人、職業で看護・介護をされている方を問いません)

応募方法

400字以上2400字以内、A4サイズ縦に横書きのWordファイル形式でエピソード本文を作成して、WEBまたは郵送にてご応募ください。手書き不可、ペンネーム不可

WEBから応募

下記応募フォームに必要事項を入力の上、エピソード本文を添付して送信してください。
スマートフォンなどでファイルが作成できない場合は、応募フォームの
『テキスト直接入力』欄にエピソード本文を直接入力してください。
応募フォームはこちら <https://business.form-mailer.jp/fms/7c5ad86d158493>



郵送で応募

弊財団のホームページ (<https://www.orangecross.or.jp/contest/index.php>) から応募用紙を印刷し、
所定の項目を記入して、応募用紙とエピソード本文を以下までお送りください。
エピソード本文には、作品タイトルと氏名を明記してください。

送付先
住所

〒104-0031 東京都中央区京橋2-12-11 杉山ビル6F
一般財団法人オレンジクロス「看護・介護エピソードコンテスト係」

お問い合わせ

一般財団法人オレンジクロス「看護・介護エピソードコンテスト係」
✉ info@orangecross.or.jp (弊財団は在宅勤務を行っておりますので、メールにてご照会ください)

【注意】応募要項、個人情報及び著作権の取扱い並びに審査対象外作品等について、弊財団ホームページで必ずご確認ください。
(<https://www.orangecross.or.jp/contest/application/index.php>)



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

● 申し込み方法：当財団ホームページ (<https://www.orangecross.or.jp>) 「賛助会員について」から申込書をダウンロードしてください。メールに申込書を添付して info@orangecross.or.jp までお送りいただくか、FAX または郵送でお申込みください。

(アイウエオ順)

| 法人賛助会員 | URL |
|----------------|---|
| 株式会社コスモスケアサービス | 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 | https://www.yasashiite.com |
| 公益財団法人 星総合病院 | http://www.hospital.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 | ————— |

(2022年1月現在)



一般財団法人オレンジクロス 2022年度セミナー等のご案内

2022年度第1回のセミナーは4月22日（金）にメディカルジャーナリスト西村由美子氏による米国最新事情の予定です。今後のセミナー・シンポジウムの詳細につきましては、当財団ホームページ (<https://www.orangecross.or.jp>) にてご案内いたします。



広報誌 オレンジクロス | 春号 2022 SPRING VOL.12 | 2022年2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

<https://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。