

厚生労働省「平成25年度 老人保健健康増進等事業」成果報告

自立支援に資する訪問介護サービスの
あり方に関する調査研究 及び
事例発表会の実施と好事例集の作成を
通じた普及啓発事業

事業実施報告書

平成 26 年 3 月

「民間事業者の質を高める」
一般社団法人 全国介護事業者協議会

目 次

◇ 本 編	2
1. 本年度事業の背景と目的 —— 2	
(1) 本年度事業の背景 2	
(2) 本年度事業の目的 3	
(3) 本年度事業の特徴 3	
2. 事業実施体制 —— 4	
(1) 有識者検討委員会・ワーキンググループの目的 4	
(2) 有識者検討委員会・ワーキンググループメンバー 4	
(3) 有識者検討会・ワーキンググループでの協議内容 5	
3. 本年度事業の内容 —— 6	
(1) 本年度事業の流れ 6	
(2) ヒアリング調査 7	
(3) 事例発表会 9	
4. 本年度事業の成果物 —— 12	
(1) 本年度事業の成果物 12	
(2) 成果物の普及啓発 15	
◇ 資料 1	17
「いかにして自立を支えるか？」	
自立支援のための仕組みづくりをめざして」 —— 19	
◇ 資料 2	115
事例発表会全国大会 発表事例資料 —— 117	

1. 本年度事業の背景と目的

本章においては、次章以降で本年度事業の詳細を述べる前段として、事業を実施した背景ならびに事業の目的について記載する。

(1) 本年度事業の背景

訪問介護サービスは、「家庭で生活を続けたいと願う高齢者のニーズに応え、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活に関する相談・助言、日常生活上の世話をするもの」と定義されている。こうした訪問介護サービスの大きな目的の1つは、サービスを通じて自己選択・自己決定を促し、本人のQOLの向上や生活の自立性の拡大を図ることにあり、同サービスは、あくまで本人が自力でできない部分をサポートする「自立支援」を目指すべきものと考えられる。

自立支援に資する訪問介護を行うためには、第一にサービス提供責任者を中心としたアセスメントを通じて本人の真のニーズを把握し、当事者の状況に即した個別性の高いケアを提供することが求められる。また第二に、身体介護のみならず生活援助においても、自立支援を大前提とし、サービスを通じた身体的・精神的な自立度の維持・改善状況などに着目した、科学的なアプローチ、エビデンスに基づくケアが重要になると考えられる。加えて、地域包括ケアシステムに向けた流れの中で、訪問介護サービス事業者はこれまで以上に医療や他の介護サービス事業者などとの連携が必要となる。

当協議会においても、会員事業者等に対するセミナーやシンポジウムを通じ、要介護者の自立支援に対して訪問介護サービスの持つ可能性や他職種連携の重要性について情報発信を進めてきた。また、ケアの好事例に関する事例発表会等を通じ、会員事業者が全国各地で実践する先進的な訪問介護サービスについて普及啓発を行ってきたところである。

こうした当協議会の事業については、我が国における自立支援に資する訪問介護サービスの確立に向けて一定の貢献をしてきたものと考えられるが、しかしながら、一部には、いまだに自立支援に対するアセスメントアプローチが弱いと見られ、家事代行などがサービスの中心となっている事業者も見られ、自立支援に関する先進的な事例や自立性の拡大に向けて訪問介護事業者が果たすべき役割の重要性が全国の事業者に浸透しているとは言い難い。

併せて、訪問介護に対する期待の高まりや事業所に求められるスキルの高度化・多様化が進む一方で、訪問介護事業者が提供するサービスの内容や自立支援に資する訪問介護を提供する際の阻害要因、理想的な訪問介護サービスのあり方等について広く実態を把握した調査はそれほど多くはない。

(2) 本年度事業の目的

当協議会では、上記(1)の背景を踏まえ、以下の点を目的として調査研究事業を実施した。

- ① 全国の訪問介護事業者におけるサービス提供の現状、アセスメントとエビデンスに基づくケアへの考え方、自立支援に資するサービスの提供状況、提供時の阻害要因などについて複数事例を対象とするヒアリング調査を通じて広くかつ深く実態を把握する。
- ② 文献調査やヒアリング等を通じて「自立支援」の視点からサービスを提供し、一定の成果を上げている先進的な事例の収集を行う。
- ③ 事例の収集と先進事例の普及に向けて、全国の訪問介護事業者を対象とした事例発表会を企画・開催する(地区予選6カ所+全国大会)。
- ④ ①～③の内容を取りまとめた好事例集を作成し、全国の訪問介護事業者等への配布を通じて研究内容の普及・啓発を行う。

(3) 本年度事業の特徴

本年度事業における特徴は以下のとおりである。

- ① 訪問介護事業者が多数加盟する全国規模の事業者団体としてのネットワークを活用し、幅広く事例収集を行う。
- ② 平成18年度から行う事例発表会を通じて蓄積された知的資産をベースに、自立支援に資する訪問介護サービスのあり方についてより深い考察を行う。
- ③ サービスを通じて身体的な自立度・要介護度の維持・改善を図っている事例のみならず、精神的な自立を目指した取組みについても研究の対象に含める。
- ④ 「自立支援」の考え方の発展系として、セルフケア、セルフマネジメントの支援等を進めている事例等についても把握する。
- ⑤ また、単一の事業所の個別の取組みのみならず、訪問介護事業所が、地域の多様な関係機関と連携し、対利用者支援を超えた地域全体のセルフケア力や互助の掘り起こしなどに取り組んでいるケース等についても研究対象とする(事例の有無の把握やヒアリングなど)。

2. 事業実施体制

本章では、本年度事業における実施体制として有識者検討委員会ならびにワーキンググループのメンバーリストと事業推進のために開催した検討委員会等での議論の内容について記載する。

(1) 有識者検討委員会・ワーキンググループの目的

- ▶ 本年度事業においては、調査の進め方や事例集の内容、事例発表会の進め方等に対する助言、ヒアリング対象先の紹介・推薦などを通じて事業全体の質の向上を図るため、訪問介護サービスの現状に精通する学識経験者や訪問介護サービスを手掛ける事業者などから構成される有識者検討委員会を組成した。
- ▶ また、実務レベルでの協議を行うワーキンググループ会議も実施した。

(2) 有識者検討委員会・ワーキンググループメンバー

本年度事業の実施体制は、以下のとおりである。(敬称略)

◆有識者検討委員会 メンバー

氏名	所属
堀田 聡子	独立行政法人 労働政策研究・研修機構 研究員
佐藤 優治	株式会社ソラスト 専務執行役員／民介協 副理事長
扇田 守	民介協 専務理事

◆ワーキンググループ メンバー

氏名	所属
今村あおい	株式会社新生メディカル
菅野 雅子	株式会社エム・デー・シー
安東 真	株式会社ソラスト
田尻久美子	株式会社カラーズ
岡 大輔	社会福祉法人三愛会
赤堀 進	年友企画株式会社
迫田 三佳	年友企画株式会社
田中 知宏	株式会社浜銀総合研究所
加藤 善崇	株式会社浜銀総合研究所

(3) 有識者検討委員会・ワーキンググループでの協議内容

本事業における有識者検討委員会およびワーキンググループの実施状況ならびに協議事項は以下のとおりである。

会議名	実施日時	協議事項
第1回有識者検討委員会議兼 第1回ワーキンググループ会議	2013年7月18日 16:30～	■ 事業の趣旨・目的・全体像の説明 ■ 事業スケジュールの説明 ■ ヒアリング先候補の検討 ■ 「自立支援」の考え方・捉え方に関する意見交換
第2回ワーキンググループ会議	2013年9月12日 15:00～	■ ヒアリング途中経過の報告 ■ 成果物の方向性に関する意見交換
第2回有識者検討委員会議兼 第3回ワーキンググループ会議	2013年12月17日 14:00～	■ ヒアリング結果の報告 ■ 成果物の構成に関する意見交換
第3回有識者検討委員会議兼 第4回ワーキンググループ会議	2014年3月15日 11:30～	■ 事業完了報告 ■ 成果物の普及啓発の方策について

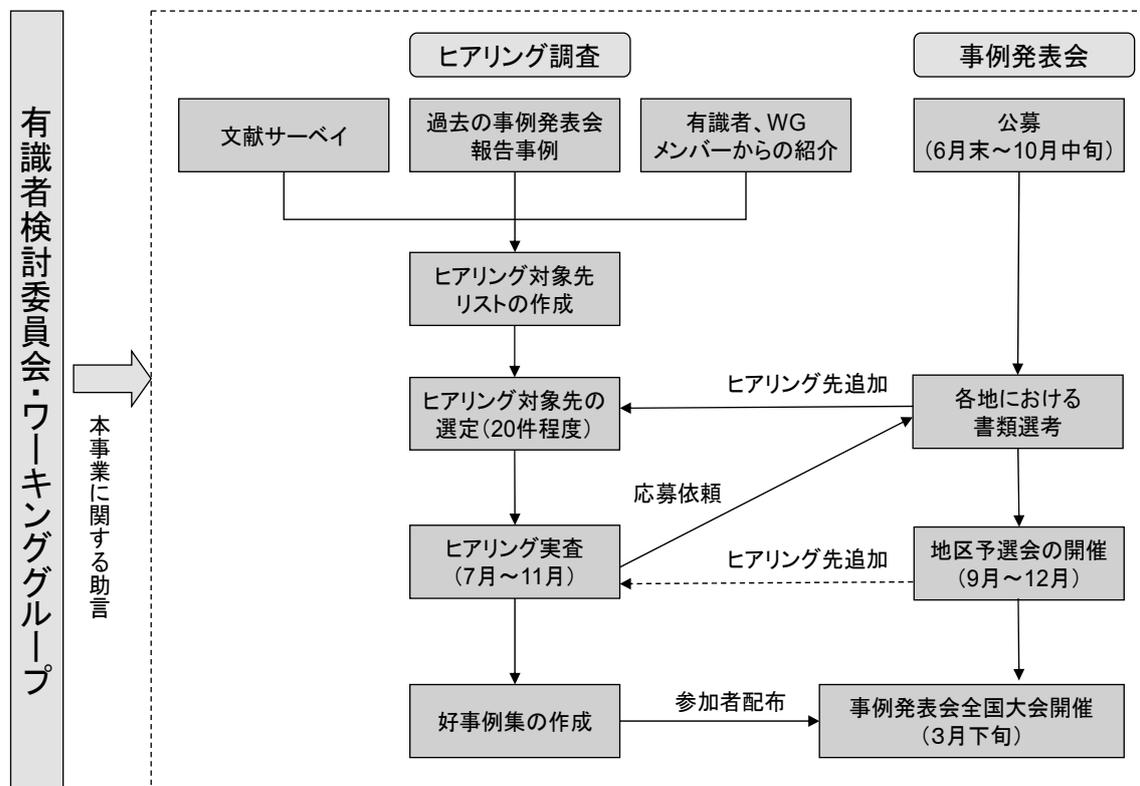
3. 本年度事業の内容

本章では、本年度事業の流れと本年度事業で実施したヒアリング調査および事例発表会の実施概要について記載する。

(1) 本年度事業の流れ

本年度事業の大まかな流れは以下のとおりである。

【図表 1】 本年度事業の大まかな流れ



(2) ヒアリング調査

①ヒアリング調査の実施概要

本年度事業の成果物である「いかにして自立を支えるか？ 自立支援のための仕組みづくりをめざして」の作成に向けた基礎情報を収集することを目的として、ヒアリングを実施した。ヒアリングの実施概要は下表のとおりである。

【図表2】ヒアリング実施概要

関連項目	実施内容
○調査対象	全国の訪問介護サービスを提供する事業所のうち、利用者の自立支援に関して一定の成果を上げている先
○抽出方法	先行文献や、民介協が過去に開催した事例発表会の内容などから有識者検討委員会・ワーキングメンバーでの議論を通じてヒアリング対象先を選定。また、本事業の一環として実施する事例発表会への応募事例についても、書類選考等を行い、一部、ヒアリングの対象とする。
○調査実施件数	20事業者程度
○調査手法	半構造化面接法により実施
○調査実施時期	平成25年7月下旬～11月
○備考	ヒアリングの実施にあたり、3件程度のプレ調査を実施

②ヒアリング調査における聴き取り項目

本年度事業で実施したヒアリング調査においては、主に以下の項目について聴き取りを行った。

- 訪問介護サービスの現状・事業者属性
- 訪問介護サービス提供時に特に重視している点
- 当該事業者における「自立支援」の考え方について
- 自立支援の視点からの訪問介護サービスへの取組み状況（特徴的な取組み）
- 利用者の自己選択・自己決定を促す工夫
- 訪問介護サービスにおける成果の把握・検証方法
- 自立支援の視点から訪問介護サービスに取り組む上での課題と対応策 など

③ヒアリング実施先事業者

最終的に、以下の事業者に対してヒアリングを実施した。また、事例発表会北海道ブロック地区大会、東北・関東・甲信越ブロック地区大会を訪問し、発表内容を聴取の上、メール、電話等で追加情報収集を行った。

【図表3】ヒアリング実施概要

ヒアリング訪問先	ヒアリング実施日	備考
○(株)新生メディカル	2013年 8月13日	プレ調査
○(株)ソラスト	2013年 8月19日	
○医療法人社団三愛会	2013年 8月20日	
○ジャパンケアサービス(株)	2013年10月 9日	南阿佐ヶ谷事業所
○(株)ホームヘルパー福祉協会	2013年10月15日	—
○医療法人財団緑秀会 田無病院	2013年10月28日	—
○NPO法人校舎のない学校	2013年11月 8日	—
○(株)新生メディカル	2013年11月 9日	東海北陸ブロックの事例発表会地区大会の際に聴き取り
○(株)ひまわりの会	2013年11月11日	—
○社会福祉法人慶友会	2013年11月13日	—
○医療法人社団三愛会	2013年11月13日	—
○ジャパンケアサービス(株)	2013年11月15日	南品川事業所
○(株)ソラスト	2013年11月25日	八戸ノ里事業所
○(株)ライフサービス	2013年11月27日	福井県小浜事業所
○(有)ノバネットワークス	2013年11月28日	—

(3) 事例発表会

①事例発表会の実施概要

本年度の事業においては、成果物作成に向けた情報の収集および介護業界全体における「自立支援」意識の醸成、「自立支援に資する介護」に関する好事例の周知などを目的として、全国6ブロック（北海道、東北・関東・甲信越、東海・北陸、関西、中四国、九州・沖縄）において事例発表会を開催した。

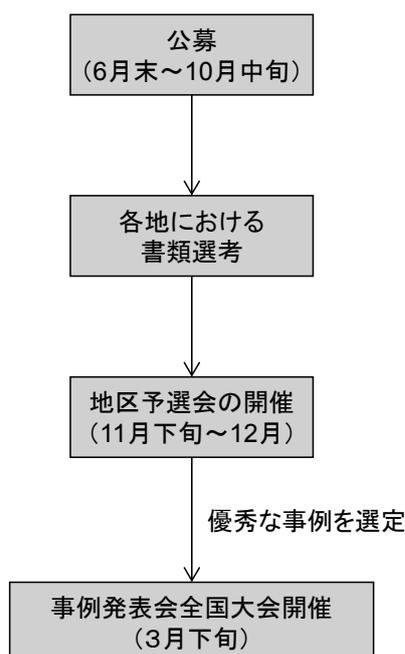
【図表4】事例発表会の概要

関連項目	内容
○募集時期	2013年6月～10月（約4ヵ月間）
○告知方法	民介協HP、各地区理事による広報チラシ配布 新聞記事による情報告知
○募集テーマ	自立支援に資する介護の取組み事例 その他、介護の質を高める取組み事例
○応募件数	全国からの応募件数92件

②事例発表会の流れ

事例発表会における事例募集（公募）から全国大会までの流れは以下のとおりである。

【図表5】事例発表会全国大会までの流れ



③事例発表会全国大会の発表事例

2013年10月から12月にかけて全国6ブロックで地区大会を開催。各地区大会において1～2事例ずつ優秀事例を選定。優秀事例として選定された11件が、3月15日の全国事例発表会で発表を行った。

各発表事例の詳細については、＜資料2＞を参照されたい。

【図表6】事例発表会全国大会 発表事例

発表事業者	地区	発表者	事例発表タイトル(※)
(有)ケア・コラボレートK・H	北海道	片桐 照子	転倒骨折入院からの再起 ～笑顔で歩けるその日まで～
(株)尚進	北海道	竹田 晴美	夢の持つ力
(株)ジャパンケアサービス	東北・関東・ 甲信越	須藤 健司	ささかまhands(せんだい医療・福祉多職 種連携ネットワーク)
(株)福祉の街	東北・関東・ 甲信越	工藤記代子	デイサービス利用者の生きがい獲得に向 けた取組み～過去に演奏経験のあるクラ リネット演奏を用いて～
(株)ライフサービス	東海・北陸	井上久美香	生き生き農作業「ええのができたなー！ うれしいなー」「美味しいなー」
(株)新生メディカル	東海・北陸	市川 寛子	これからの生活援助サービスの担い手と しての一提案 ～インフォーマルサービ スを使ってQOLを継続した事例～
いのちの花協会(有)	関西	吉田 一裕	巨大地震・災害時における食事の提供に ついて
(株)プランニングケア	関西	稲 裕次郎	孤独感を緩和するケア
(株)創心會	中国・四国	石井 裕子	ご利用者様から一緒に働くスタッフへ ～介護保険を利用しながら、一般企業で 働く～
にこにこサービス(株)	九州・沖縄	赤嶺 節子	意欲と誇りをもたらすエビデンスケア ～ひきこもり生活をなくし、外出する楽 しさを味わってほしい～
ぱんぷきん(株)	特別賞	渡邊 智仁	3.11から3年・経過報告と今後の取組み

(※上記の発表タイトルは、発表者のプレゼンテーション資料の表記に準拠しています。)

④事例発表会全国大会の実施概要

全国事例発表会は、全国から124人の聴講者を集め、2014年3月15日に女性就業支援センター大ホールにおいて開催された。当日の実施スケジュールは以下のとおりである。

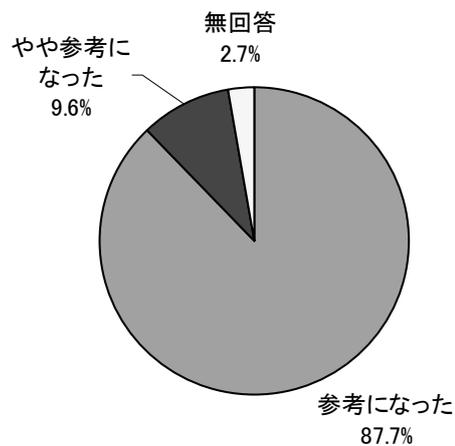
【図表7】事例発表会 実施スケジュール

時間	内容
11:30～	受付開始
12:30～	事例発表会 発表（1事例10分・全11事例）
16:00～	講評・講演（講師：労働政策研究・研修機構 堀田 聡子氏）
16:45～	表彰状授与・閉会式

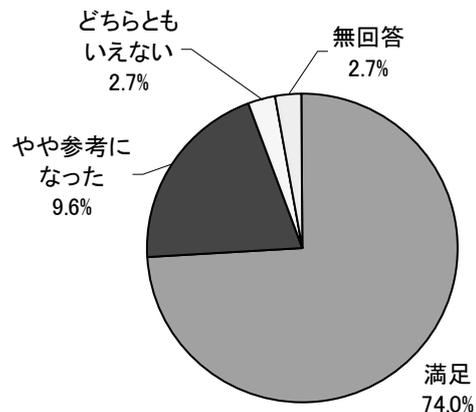
また、当日の参加者に対して実施した参加者アンケートの結果は以下のとおりである。大半の参加者から事例発表会の内容は業務の参考になったとの回答が得られ、満足度も高いものとなった。

【図表8】事例発表会全国大会 参加者アンケート結果

事例発表会の内容は参考になったか？(n=73・単数回答)



事例発表会の満足度は？(n=73・単数回答)



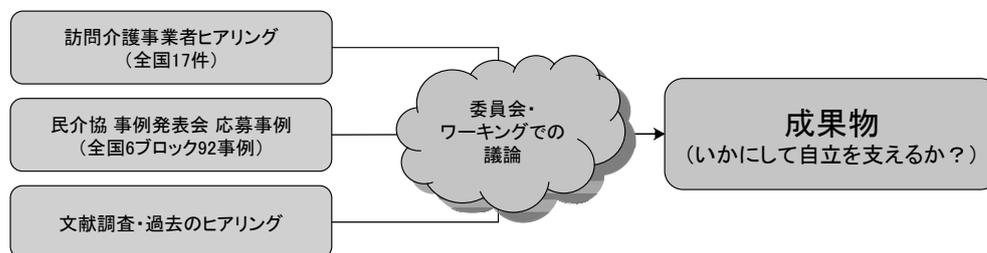
4. 本年度事業の成果物

本章では、本年度事業を通じて作成した成果物と事業成果の普及啓発の方法について記載する。

(1) 本年度事業の成果物

本年度事業では、ヒアリングおよび事例発表会応募事例の分析を通じ、「いかにして自立を支えるか？ 自立支援のための仕組みづくりをめざして」を作成した。事例集の内容については、<資料1>を参照されたい。

【図表9】成果物作成の流れ



① 成果物作成上の視点

◎ 「自立支援」の考え方

成果物の作成においては、ヒアリングにおける事業者の方々からのご意見、今回の研究事業のための組成された委員会での議論などを踏まえ、身体機能やADLの改善のみならず、生活意欲や社会参加の改善、本人を取り巻く環境への働きかけなどを通じ、要介護者本人の生活機能を高めることを目的としたケアを「『自立支援』に資する介護」として捉えた。

◎ 本書の視点

全国の訪問介護事業者において「『自立支援』に資する介護」が行われているものと考えられるが、要介護者の置かれた環境、抱えている障害や疾病の状況は様々であり、個々のケアの内容は極めて多様性に富むものと推察される。例えて言えば100人の要介護者がいれば100通りのケアがあると考えられる中で、本書の限られた紙幅においてその全てを取り上げることは難しい面がある。

加えて、介護関連の文献や各事業者団体による研究発表会などの取組み等を見ると、個別の要介護者に対するケアに関する多数の事例が紹介・報告されており、そうした既存の知識・ノウハウの蓄積とは異なる視点から「『自立支援』に資する介護」に対して貢献を行うことも重要と考えられる。

そこで、成果物では、個別の要介護者に対するケアの内容を取り上げるのではなく、要介護者に対して、生活機能の向上を支援するケアを効率的かつ効果的に提供するための「基盤」「しくみ」に着目した事例紹介を行うことを意図している。具体的には、「自立支援の介護」を提供するための体制の整備や地域風土の醸成に向けた取組みなどを掲載の対象とした。

②本書の基本コンセプト

成果物の基本コンセプトは以下の3点である。

■「自立支援に資する介護」を進めていく上での「しくみづくり」に着目

個別のケアの内容そのものではなく、介護事業者が要介護者の自立支援を進めていく上で必要な、「職員教育」や「効果的な多職種協働のあり方」などに着目して事例を掲載した。

■介護事業者に求められる「地域社会とのつながりづくり」について考察

後述の好事例集本文を含めた本書全体にわたり、介護事業者が、「地域包括ケアシステム」の中で、どのように今後の地域社会との関係構築を進めていけばよいか、そのあり方を考える上でのヒントとなる事例、考察を掲載した。

■中小事業者においても実践可能な取組み事例を紹介

介護事業者の大多数を占める中小規模の事業者での活用を念頭に置き、実際に中小事業者で行なわれている取組みの事例を多数紹介している。また、大手事業者の取組みであっても、その取組みの背景にある考え方が本書の視点（自立支援を進めるための仕組みづくり等）に合致し、大規模な設備投資などを要さないものであれば掲載した。

③成果物の構成について

成果物では、まずセクション1で、「自立」「自立支援」に関連する制度上あるいは実務上の考え方や「自立支援に資する介護」を進める際に重要と考えられる複数のポイントについて整理した。その上で、セクション2～3において各ポイントの内容を深掘りし、事例紹介や解説を行っている。

【図表10】 成果物の全体構成

大テーマ		中テーマ	トピック
§1	「自立支援」とは何か？	自立支援を概観する	「自立」と「尊厳」～介護保険制度における基本理念 「自立支援」を考えるキーワード
		「自立支援」のための仕組みづくり	「自立支援」のための仕組みづくりの重要性
		「自立支援」に向けて何を共有するか？	「自立支援」のミッションの共有と実践 訪問介護事業者におけるミッション共有と実践に向けた課題
§2	組織内に「自立支援」の考えをいかに共有しているか？	「自立支援」に向けた事業所内部での取組み	「自立支援」のミッションや行動規範の可視化 現場での実践教育を通じたミッション・行動規範の共有
		わかりやすさとスタッフを巻き込んだ「自立支援」の共有	抽象的な概念の加工、スタッフ参加型の共有
		なぜ「多職種協働」が重要か？	多職種協働が求められる背景 多職種協働における阻害要因
§3	多職種協働がなぜ自立支援に重要なのか？	効果的な多職種協働体制の構築に向けた取組み	多職種協働の土台づくり 多職種協働のためのツール活用
		まず、自分を知ることから始める	自分を知ること、自己理解から他者理解へ
		地域介護力の向上と訪問介護事業者の役割	地域包括ケアにおける「自助」「互助」の重要性 訪問介護事業者による地域との協働
§4	地域の中に自立を支える文化をいかに育むか？	地域に自立を支える文化を育むために	生活支援の担い手の育成 地域の多様な世代への働きかけと「自立」意識の醸成
		地域住民の背中を押し、活動の主体として育てる	地域住民のエンパワーメント

(2) 成果物の普及啓発

①全国の介護事業者への配布

本年度事業を通じて作成した成果物については、民介協会員事業者、全国事例発表会参加者など全国の介護事業者へ配布し、成果の普及・啓発を行った。

②民介協ホームページへの掲載

また、成果物および全国事例発表会当日の内容を民介協のホームページに掲載し、E-ラーニング教材として公開した。

③業界紙への情報発信

業界紙等への成果物の送付を通じ、マスメディアを活用した事業成果の発信を行った。

資料 1

「いかにして自立を支えるか？

自立支援のための仕組みづくりをめざして」

いかにして **自立**を支えるか？

自立支援のための仕組みづくりをめざして



『民間事業者の質を高める』
一般社団法人 **全国介護事業者協議会**

はじめに

いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となる 2025 年を見据え、国においては「地域包括ケアシステム」の構築に向けた動きが加速しています。

この「地域包括ケアシステム」は、高齢者が自立と尊厳を保持しながら、可能な限り住み慣れた地域で自分らしく生活を送るための基盤となるものですが、その実現に向けて、地域に密着して高齢者の生活を支えてきた訪問介護事業者の持つ経験と知識に対する期待が日増しに高まってきています。

訪問介護の意義は、いうまでもなく在宅で生活を続けたいと願う要介護者に対して「日常生活上の世話」を提供することですが、同サービスが目指すべき大きな目標の一つは、介護が必要な方々の QOL の向上や生活の自立性の拡大を図ること、つまり、要介護者の自立支援を進めることにあります。

訪問介護サービスを利用される要介護者の方々は、その生活歴や周辺環境、障害の状況などにおいて極めて個別性が強く、現場の介護従事者には A D L の改善にとどまらず、生活意欲を高め、生活機能全体の向上を図る全人的なケアを通じて自立を支援していくことが求められます。

上述のような訪問介護の意義・目標を踏まえ、当協議会においても、セミナーやシンポジウムを通じ、自立支援に資する訪問介護のあり方について会員事業者等に対して情報提供を進めてまいりました。また、本年度で 8 回目を迎えるケアの好事例に関する事例発表会を通じ、会員事業者が全国各地で実践する「自立支援」に資する介護の実例を広く社会に発信しています。

こうした当協議会の事業については、会員事業者を通じて介護サービスの質を高めるという視点から一定の貢献をしてきました。

しかしながら、一部には、いまだに自立支援に対する認識が弱く、「お世話」する介護をしてしまうケースもあるとの話も聞かれ、自立支援に関する先進的な事例や自立の拡大に向けて訪問介護事業者が果たすべき役割の重要性が全国の事業者十分に浸透しているとは言い難い面があります。

また、訪問介護に対する期待の高まりが見られる一方で、訪問介護事業者による自立支援に資する介護の事例やケアを提供する際の阻害要因等について広く実態を把握した調査

はそれほど多くはありません。

このような現状を踏まえ、当協議会では本年度、『自立支援に資する訪問介護サービスのあり方に関する調査研究及び事例発表会の実施と好事例集の作成を通じた普及啓発事業』として、自立支援に資するケアの提供状況、提供時の阻害要因などについて広く実態を把握することを目的にヒアリング調査を行いました。併せて、全国の会員における「自立支援」意識の醸成と先進的な事例の普及を目的として、「全国事例発表会」の地区大会（全国6地区）および全国大会を開催いたしました。

本書は、全国の訪問介護事業者の皆様方に対するヒアリングや「全国事例発表会」に応募いただいた92事例の分析の成果を、『いかにして自立を支えるか？ 自立支援のための仕組みづくりをめざして』として取りまとめたものです。本書が全国の訪問介護サービスに関わる皆様方に活用され、少しでもケアの質の向上に貢献することができれば望外の喜びです。

最後になりましたが、当協議会の事例発表会に日頃の成果をご応募いただいた事業者の皆様、ヒアリング調査において貴重なお話をいただいた皆様、また、本研究事業を遂行するために様々な助言を下さった有識者検討委員会委員ならびにワーキンググループメンバーの皆様には厚く御礼を申し上げます。

平成 26 年 3 月

『民間事業者の質を高める』
一般社団法人 全国介護事業者協議会
副理事長 佐藤 優治

目次

はじめに.....	2
本事業の検討委員会.....	6
巻頭インタビュー 自立支援に資する訪問介護のあり方とは？.....	7
座談会 訪問介護の現場で自立支援はいかに取り組まれているか？.....	10
本書の見方.....	20

SECTION 1

「自立支援」とは何か？

「自立」と「自立支援」の捉え方.....	25
1 自立支援を概観する	26
↑「自立」と「尊厳」～介護保険制度における基本理念.....	26
↑「自立支援」を考えるキーワード.....	27
2 「自立支援」のための仕組みづくり	31
↑「自立支援」のための仕組みづくりの重要性.....	31

SECTION 2

組織内に「自立支援」の考えを

いかに共有していくか？.....	35
1 「自立支援」に向けて何を共有するか？	36
↑「自立支援」のミッションの共有と実践.....	36
↑訪問介護事業者におけるミッション共有と実践に向けた課題.....	37
2 「自立支援」に向けた事業所内部での取り組み	38
↑「自立支援」のミッションや行動規範の可視化.....	38
↑現場での実践教育を通じたミッション・行動規範の共有.....	42
3 わかりやすさとスタッフを巻き込んだ「自立支援」の共有	47
↑抽象的な概念の加工、スタッフ参加型の共有.....	47
トピックス 1 スーパービジョンは成熟したスーパーバイザーの存在により成り立つ.....	49
トピックス 2 「自立支援」に向けたケアの実現のために ーサービス提供責任者の役割と重要性の観点からー.....	52

SECTION 3

多職種協働が なぜ自立支援に重要なのか？ 55

1 なぜ「多職種協働」が重要か？ 56

↑ 多職種協働が求められる背景 56

↑ 多職種協働における阻害要因 57

2 効果的な多職種協働体制の構築に向けた取組み 59

↑ 多職種協働の土台づくり 59

↑ 多職種協働のためのツール活用 63

3 まず、自分を知ることから始める 68

↑ 自分を知ること、自己理解から他者理解へ 68

トピックス 3 大田区における民間介護事業者間の連携への取組み・
今後の地域との関係構築に向けた展望 71

SECTION 4

地域の中に自立を支える文化を いかに育むか？ 75

1 地域介護力の向上と訪問介護事業者の役割 76

↑ 地域包括ケアにおける「自助」「互助」の重要性 76

↑ 訪問介護事業者による地域との協働 77

2 地域に自立を支える文化を育むために 80

↑ 生活支援の担い手の育成 80

↑ 地域の多様な世代への働きかけと「自立」意識の醸成 84

3 地域住民の背中を押し、活動の主体として育てる 88

↑ 地域住民のエンパワーメント 88

トピックス 4 「民間事業者の質を高める」ための民介協の活動 91

【総括】委員長インタビュー 介護の専門性を地域に開き「自立」の文化を育む 93

本事業の検討委員会

◎有識者検討委員会

- 委員長 **堀田聰子**
独立行政法人 労働政策研究・研修機構 研究員
- 委員 **佐藤優治**
株式会社ソラスト 専務執行役員（民介協 副理事長）
- 委員 **扇田 守**
民介協 専務理事

◎ワーキンググループ

- 委員 **今村あおい**
株式会社新生メディカル 取締役部長
- 委員 **岡 大輔**
医療法人社団三愛会 総合福祉センターさんあい センター長
- 委員 **安東 真**
株式会社ソラスト 福祉事業本部人材開発課 課長
- 委員 **田尻久美子**
株式会社カラーズ 代表取締役
- 委員 **菅野雅子**
株式会社エム・デー・シー（現代マネジメント研究会） 経営人事コンサルタント
- 委員 **赤堀 進**
年友企画株式会社 部長
- 委員 **迫田三佳**
年友企画株式会社 主事
- 委員 **田中知宏**
株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部 社会システム研究室 主任研究員
〈本編（セクション1～4）執筆担当〉
- 委員 **加藤善崇**
株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部 社会システム研究室 研究員



自立支援に資する 訪問介護のあり方とは？

『民間事業者の質を高める』
一般社団法人 全国介護事業者協議会
理事長 馬袋 秀男
(株式会社ジャパンケアサービス 代表取締役社長)

介護保険制度の基本理念である「自立支援」。とりわけ、近年の「地域包括ケアシステム」の構築に向けた動きの中で大きく注目されている概念だが、訪問介護事業者においても、その捉え方は一様ではない。「自立支援をどのように捉え、実現していくか」という本事業の課題に取り組むにあたり、民介協・馬袋理事長に、自立支援に資する訪問介護のあり方について基本的な考え方を聞いてみた。



「自立支援」とは 本人の生きる力と生き方を 支える活動

——単刀直入ですが、「自立支援とは何か」という点について考えを聞かせてください。

まず「自立支援」とは何か、ということですが、国際生活機能分類（ICF）（※ p.28 参照）の概念を踏まえていえば、心身機能、日常生活、社会参加などの生活機能や背景因子をトータルにみて、本人の想いに対してバランスがよいケアを提供し、生きることを良くしていくことではないでしょうか。

例えば何らかの障害を有する利用者には、日常生活を送るうえで“活動しづらい”部分があります。今までの介護では、ADLといわれるような活動性の部分に着目されやすかったのですが、有する能力を使ってできることを増やすことや、利用者自身の生活歴やストレングスにアプローチしながら、社会への参画や利用者本人の役割を考えるなど、生きることを全体に着目することが重要だと考えています。

現在わが国で進められている地域包括ケアシステムの構築でも、「自立支援型介護」が声高にうたわれていますが、この概念自体は新しいものではなく、介護保険制度創設時から変わりません。介護保険法第2条2項に示されているように、「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われる…」とあるのです。すなわち、私たちはもう一度原点に戻り、真剣に「自立」を考え、実践する方法論が必要だということです。

しかし、これは言葉でいうほど簡単なことではありません。自立支援とは、あくまで本人の生きる力と生き方を支える活動です。ところが、対象者である本人が「望まない」「やろうとしない」という声があることを時々耳にします。自立支援を阻む要因として、本人に関わる家族や知人、ケアマネジャーやサービス事業者の考え方も影響します。例えば自立を促すことは、本人や家族に負担がかかることでもあり、またサービス事業者には負担感やリスクが高くなることに対する抵抗感を抱く可能性もあります。ご家族への経済的負担が増加する時期もあるで

しょう。これらの状況を踏まえ、利用者や家族、ケアマネジャー、サービス事業者等関係者が、各々の立場から自立の重要性を訴え、理解を得て参画させる「ケアマネジメント力」が求められます。

また年齢に対する“考え方”も無視できません。具体的にいうと、家族やケアマネジャー、サービス事業者など介護をする側の「もう90歳だから無理じゃないか」「あの歳でそこまでできるのか」「歳だから失禁するのは当たり前」という考え方です。そして本人自身の考え方も同様です。実際に「もういい」「人に迷惑をかけるから早く死にたい」などと発言する利用者もいらっしゃいますね。このような発言を聞くと、「良くなる意思がない」と判断されてしまう可能性もあります。でも本当にそうでしょうか。そのような思いを抱ききっかけがあったのかもしれない。

「人間はいくつになっても『良くなりたい』という思いがある」と私たち自身が信じ、アプローチしていくことが大切であると思うのです。



——介護の現場で自立支援に資する介護ができているか、要介護者が「自立した」という点はどのように評価されるのでしょうか。

まず身体機能で考えましょう。活動性が低下していた利用者が何かができるようになった、というのはもっともわかりやすい自立の形でしょう。座位が保てなかったためにオムツを着用していた人が、座位が保持でき、ポータブルトイレに移動し排泄するようになったという活動面の回復から、自己選択が可能になる事例です。次に、活動性は向上していないが、福祉用具等の機器を用いて外出ができるようになり社会に参画することができるようになった事例も、生活機能が回復している点から自立したということがいえます。

このような場面に至るには、小さい活動量を積み重ね、本人自身の想いを引き出す、家族の力を引き出すなど、様々な要素が重なり合って成り立ちます。したがって、自立をしたというには、そもそも何が困っているのか、何が課題なのかを把握するとともに、解決するケアマネジメント力がベースになるのでしょうか。



訪問介護に求められるのは
気づき、分析し、予測し、
それを発信する力

——訪問介護事業者が自立支援に資する介護を進めていくうえで重要な視点はどのようなものなのでしょうか。

やはり自立の考え方を整理する必要があります。我々サービス事業者も「お世話することが介護ではない」と問い直し、理解しなければなりません。これは過去の自分たちのケアを客観的に評価し、見直すことでもあります。人間は、いずれ要介護状態となり、死を迎えます。チャレンジすべきなのは、身体能力の重度化を回復および遅延化させ、本人の尊厳を保持するケアを進めるとともに、生きることを全体を捉える

視点を持つことではないでしょうか。それには、「お世話」するための援助の視点ではなく、生きること全体を表しているICFを構成する6つの視点を用いて、関係する情報を収集し、分析することです。

そのためには基礎となる知識が必要です。例えば、すべての人間が生きていくためには、マズローの欲求段階説でいうところの生理的欲求を満たすことが大前提です。できる限り健康状態を良くすることは、自立支援を進めるうえでは基本となりますからね。

また、これからは自助や互助能力を引き出す、高める視点でのアセスメント、さらに地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、多職種連携が欠かせません。多職種連携は以前から唱えられていることですが、「自立支援」という価値観を、もう一度地域の力を含めた多職種で共有し議論することも大切です。利用者の生きること支援するのはサービス事業者だけではありません。あくまでも我々は一部の機能であり、基本は利用者本人の生きる力、そして家族や地域住民の力です。これらの力を巻き込み、価値観を共有していくことが必要です。

——当事者の生活の視点に立ったケアと情報の発信が訪問介護に求められているということでしょうか。

そうですね。訪問介護は、他のサービスと比較して、利用者の住まいで本人に関わる機会が圧倒的に多いのが特徴です。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、短時間の複数回訪問を提供している事業所では、1日複数回、短時間訪問することで、利用者や家族がどのように生活しているのか、把握できる情報量があります。毎日複数回訪問しているので、ちょっとした変化もつかみやすいのです。その点では、利用者にも最も身近に関わり多くの情報を得る機会がある訪問介護には、「気づく力」と「情報を分析」し「予後を予測」し、関係者に「発信する力」が求められますね。



ケアのプロセスに関するデータを蓄積していくことで知識が知恵になっていく

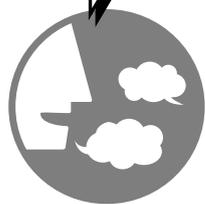
——エビデンスに基づく介護が重要だといわれることがありますが、社会とのつながりなど、目に見えない部分について、エビデンスに基づく、自立を支援する訪問介護とはどのようなイメージでしょうか？

エビデンスという点では介護のクオリティをどうやって測定するのかが課題になります。このサービスは、無形性で生産と消費が同時、利用者本人と確認しながら進めるという協働性などの特徴があり、介護の成果を測定するのは難しいのです。そこでプロセスアプローチという考え方があります。ケアのプロセスを明確にしておく中で、どのプロセスを実行したら表情が良くなった、運動改善ができた、などというアプローチをするのです。事故を起こした時にも、どのプロセスで起きたのかなど、サービスをプロセス化することが一つの方法ではないでしょうか。

——ある人に当てはまったプロセスが、他の人にも当てはまるというデータが蓄積されればエビデンスになっていくと。

医療の世界には、新しい薬や治療法がどんどん出てきますね。この薬はこれくらいの割合でこういう副作用が出るとか、そういった情報が提供されていて処方する際の助言になっていますが、介護にはそういう助言がありません。ですからケースを集めることになります。

そうした集められたデータは蓄積され、統計的に見たらこういう人にはこうなる可能性が高いといえるようになれば、それがエビデンスということになっていきます。知識が知恵になっていくと言い換えてもいいかもしれません。こうした知恵が蓄積され、経験の浅いスタッフの教育に活用できるようになれば、現場のレベルも向上していくと思います。



訪問介護の現場で 自立支援はいかに 取り組まれているか？

医療法人社団三愛会
総合福祉センターさんあい
センター長

岡 大輔氏

株式会社ビリーブケア
執行役員

山内有子氏

株式会社新生メディカル
取締役部長

今村あおい氏

株式会社ソラスト
福祉事業本部人材開発課長

安東 真氏

司会

株式会社ソラスト
専務執行役員

佐藤優治氏

自立支援に資する訪問介護とは？——この本質的にして多様な要素を含むテーマに対して、訪問介護業界ではどのように向き合い、取り組まれているのだろうか。各現場の視点からの意見交換をとおして、その課題と展望を探ってみた。



介護事業に携わる者の間でも 「自立支援」の考え方は異なる

佐藤 本日はお忙しい中、ありがとうございます。色々な視点から「自立支援」について議論したいと思います。まず、簡単な自己紹介からお願いします。

岡 北海道の士別市で訪問系を主体に小規模多機能型居宅介護事業所を運営しています。そのほか老健や通所リハビリ、訪問リハビリ等、様々なサービスを行っています。今日のテーマである「自立支援」については、地域の中でどのように展開していけるだろうかと考えながら取り組んでいます。

山内 青森から来ました。私の会社は在宅介護が専門で介護保険サービスとしては訪問系の介護のみを行っています。児童福祉法では障がい児のデイサービスをやっており、高齢者における自立と障がい児における自立は違うのではないかと考えさせられているところです。

安東 私どもの会社は首都圏、関西圏および名

古屋の3大都市圏で在宅系のサービスを中心に展開しています。私自身は人材開発課という、採用やスタッフの育成・指導を行っているセクションの統括をしています。他の部署と一緒に事業所を回っての帳票類の確認等、品質管理的なこともやっています。

今村 当社は岐阜県内で在宅介護を中心に提供しております。グループ法人である社会福祉法人では施設系サービスを展開しています。在宅系と施設系を展開する中で、両者の壁を取り払い、力を合わせて地域で住み続けられる土壌づくりに力を注いでいるところです。

佐藤 さて、「自立支援」は、介護保険法の施行の段階からその基本理念に盛り込まれていて、2006年の改定の時に「尊厳」が新たに加わりながら、ずっと掲げられてきたテーマです。元気な高齢者を増やさないと社会保障費がかさむという財政的な側面もあるわけですが、我々介護事業者としては、「自立支援」とはどう捉えるべきものなのか。まず、そこから議論したいと思います。

安東 正直、非常に難しい問題ですね。本来は制度上、自立支援が目的だと位置づけられているのですから、「自立支援とは何か」は、介護事業に携わる者の間で共通の認識がなければならぬはずなんです。しかし、実際は、同じ会社の人間であっても、管理者一人ひとりに聞いてみても、考え方は違うところがあります。

現場の研修をする中でも感じるのですが、自立支援という考え方が、日本ではどうしても自分のことは自分でやるようにするという身体的な自立を指している面があります。本人が自分の意思で選択して決定するという自立の部分が後回しになって、支援者の視点と自分のことは自分でやるべきであるという使命感がずっと先行してきたのではないかと。ようやくここにきて、尊厳の保持とか利用者主体・利用者本位という視点が出てきたと感じています。

私たちが行っているケアの本質は、ひとつには継続性という言葉がキーワードになっていると思います。得てして「ここができない」という目の前の困難になっているところに目が行ってしまいがちですが、その人にはこれまで生きてきた過去の生活があって、そして今があって、これから未来に向かって途切れることなく人生は継続していくわけですから。わかりやすく言えば、障害を持つ以前の、その人が自己決定に基づいて自分で選択して生きてきた生活を取り戻すために、私たちはどうやって環境を整えるかという視点が、自立支援を考えるときの重要な要素ではないかと思っています。

佐藤 最近、制度の見直しの中で厚生労働省が国際生活機能分類（ICF）（※ p.28 参照）のことを打ち出していますよね。今のお話と共通する部分が多いと思いますが。

安東 ICF は、本人の可能性を最大限に見いだし、障害があっても環境を整えたうえで生活を成り立たせていきたいと思いますというもので、アセスメントを行うときに、単に ADL だけではなく生活全体を見ましよう、では生活全体を何で



株式会社ソラスト
福祉事業本部人材開発課長
安東 真氏

測っていくか、という際のツールになるものだと思いますので、共通していると思います。



利用者自身は何をしたいのか？ 探すところから自立支援は始まる

佐藤 今村さんは、「自立支援」というとまずどのようなことを思われますか。

今村 一言で言うのはなかなか難しいのですが、私が職員と色々と考えてきて思うのは、「自己実現に向けて自己決定していけるように気持ちを持っていくこと」かなと。ADL 的に可能であれば自分でやるようになろうとか、できなければ周りにあるものを駆使して自分の人生を自分で歩んでいこうとか、そういう気持ちになれるかどうか。例えば、自分で家事ができなくなっても、自分で食べたい、という気持ちが動くなどといったことですね。

佐藤 自己実現ということ、高齢者はどういう形で認識するとお考えですか。

今村 高齢者の場合、それまでは健康だったのに高齢になることで失うものがあつたり障害を持ったりしていきますが、それでも「こういう風に生活したい」という気持ちを持るとか、失ったものを追いかけるのではなく、どういう生き方をしたいのか、そういう気持ちを持つことも自己実現につながると思います。

佐藤 山内さんはいかがですか。

山内 お二人の意見とほぼ同じかと思うのですが、訪問介護における自立支援とは何かを具体的に考えてみたときに、ヘルパーができることという視点では、「家での生活を整えること」と「体調を整えること」ではないかと考えました。片麻痺や足が欠損した状態でも住み慣れた家で過ごしたいと皆さんがおっしゃいます。そのような状態になっても杖があれば歩けるかもしれない、そういう具体的視点ですね。アセスメントから掘り下げ、本人が目指すところに向けて、在宅での環境を整えること、体調を整えること、それを私たちは自立支援の目標にして頑張っています。

佐藤 岡さんはいかがでしょう。

岡 先ほどICFの話が出ましたが、ICFの視点は、利用者自身がどんな動きをしているのかだけでなく、どんな生活をしているのか、全体で利用者を理解しようというところにポイントがあると思います。その中には環境要因もあるし、自己実現の話も出ましたが、心理的要因がかなり大きい。ですから、利用者自身が何をしたいのかを探るところから自立支援が始まるのではないかと私は考えています。

利用者自身が何をしたいのか、私は「プラスの意欲」と言っていますが、我々はいかにプラスの意欲を引き出せるかというところが大事だと思っています。逆に、何もしないでほしいという「マイナスの意欲」というのもあるんです



医療法人社団三愛会
総合福祉センターさんあい
センター長
岡 大輔氏

ね。それをそのまま受け取り、何もしないことが自立支援かという、そうではないと思います。家事をしてもらいたい、それは今できないからなのか、やれるのにやりたくないのか、本当はやりたいと思っているのか…、ICFでいう全体像をつかんだうえで利用者をどう理解するか、そのために情報をどう引き出してアセスメントをしていくのかが問われます。

旅行に行きたいからトリハビリを頑張り、それでADLが改善する人もいれば、ADLは改善しないけど車いすに乗ったままでも旅行に行きたいという人もいます。そういう精神的な自立も含めて、すべてが自立支援だと思います。



利用者のフィールドに入ってこそ 利用者の本当の姿が見えてくる

佐藤 自立支援についてのそれぞれのお考えをお聞きしました。本人の思いを尊重するという視点では共通していたと思いますが、安東さんのお話にもありましたように、訪問介護を行ううえでの利用者に対する自立支援の視点や姿勢が、同じ事業者内でも共有されていない場合があります。その問題に対して皆さんの事業所では、どのように取り組まれて自立支援の実現を図っていますか。

岡 小規模多機能の場合、サービス提供強化加算において利用者の情報を伝達する会議が義務づけられています。訪問介護事業所であれば特定事業所加算の算定要件になっていると思うのですが、うちではそれを利用して、利用者理解をどう深めて、プラスの意欲をどう引き出し、それに対してどう取り組もうとするのか、そしてその結果はどうなったのか、次のステップはどうするのか、について月1回の会議を行っています。

最初は、小規模多機能なので、通ってきた人に話を聞いてみる程度だったんですね。それだとどうも意欲をうまく引き出せていないことが

多かった。それで、利用者が住んでいるところを訪問して、ちゃんと話を聞いてみるように指導したところ、変わってきました。通いだとどうしても職員のフィールドなんですね。利用者のフィールドではない。やはり、利用者が暮らしている家に行って、そこで聞かないと本音を聞き出せないところがあります。もちろん、面接技術やコミュニケーション能力も必要なので、それを向上させる勉強会や内部研修会ともリンクさせながらやっていますが、少しずつ効果が出てきているところです。

佐藤 そうした職員への教育については、どのような点に気をつけていますか。

岡 強調しているのは、利用者が何をしたいかという部分を、上っ面を聞くだけで終わらずに、掘り下げて具体的なところまで引き出すようにということです。会議で「利用者さんはこんなことを希望しています」という報告があります。それに対して「本当なの？ 何て言ったの？」と聞いてみると、「どうしたいかと聞いたなら、これがしたいと答えました」と。これで終わっているケースが多かったのです。掘り下げて聞けていない。利用者自身が本当は何を望んでいるのかを引き出す力量を上げることが重要ですね。

佐藤 先ほど、利用者の家に行くと本当の状態がわかるという話がありましたが、訪問介護の神髄はまさにそこだと思います。相手の本拠地で仕事をすることによって、相手の本当の姿が見えてくるというのは、我々も感じています。掘り下げて具体的に聞くということですが、何かツールとか方法みたいなものはあるんですか。

岡 ツールとしてはありません。経験や実践が重要になるのではないのでしょうか。例えば、方法として、「どうしてやりたいのか」を3回以上は聞くように、という言い方をすると、その通りに「どうしてやりたいの？」「どうして？」と聞いてしまうことがあります。そういう意



株式会社新生メディカル
取締役部長

今村あおい氏

味ではなくて、実践していく中で少しずつわかってくる部分が大きいと思いますね。

今村 ただ、「どうして？」と聞くこと自体は大事ですよ。高齢になってから、何がしたいかを聞かれることがなくなって、聞かれることも考えていなかったけれども、聞かれることで考える癖がつくようになる。そういう可能性がありますよね。

安東 「何がしたいの？」「どうして？」という問いかけは、自分のことを考えてくれているということが相手にわかってもらえていれば、お互いの距離を縮めることになることはあると思いますね。

今村 重度の方の場合、色々な障害で機能を失ってきたときに、何がしたいかと聞いても、意欲をなくしていて答えられないんですね。だけど、毎日訪問して、成功体験といいますか、自分で何かできるようになると、次にもっと何かできるようになるのではないかと意欲が湧いてくる。そういうところが、訪問介護の強みかなと思っています。

安東 私どもでは、接遇コミュニケーションのインストラクターとして「ウェルフェア・コンシェルジュ®」という社内資格を作っています。支援をする側・される側という力関係ではなく、相手が信頼して話してくれる関係をつくるうえで、単なるビジネスマナーではない「接遇」というものが重要だと考えたのです。資格は、カ

リキュラムに沿った数日間の研修を受けた後、実技と筆記の試験により取得させ、有資格者にはそれぞれの所属事業所で年に何回かの研修を受けることを義務づけています。利用者に対して行っている顧客満足度アンケートの結果を見ると、この資格の活用を事業所全体で積極的に取り組んだ事業所は接遇に対する満足度が高くなって、全体のサービス満足度が比例して良くなるのがはっきり表れているんですよ。利用者はケアそのものの技術や知識の高さは当然求めているわけですが、人としてしっかりと対応してくれるという面も利用者にとって大きな要素なのだと実感しています。



1人を多くの視点で立体的に見ることでケアはつながっていく

佐藤 社内の教育だけでなく、ほかの事業者や他職種との協働・連携を通して、自立支援の実現に向けた対応をしている事例はありますか。

安東 うち是在宅の介護を中心にやっていますが、基本的なパターンというのは、訪問介護と居宅介護支援とデイサービスがセットになった在宅ケアセンターというものを中心に展開をしています。少し規模の大きいところでは、そこにショートステイもあります。まずはこの中のサービス間で連携を取ることが大事だなと思っています。



株式会社ビリーブケア
執行役員
山内有子氏

多職種で連携をすることって、ケアの面でも色々な効果があるのですが、私が大事だと思っているのは、違う職種や違う専門性を持った人間が同じ利用者に関わることで、違う視点の発見があることですね。訪問介護で入っていても、自分が入っている1時間や1時間半の間での利用者しか知らないヘルパーばかりだと、決められた時間の中で決められた内容をこなすことにしかになっていない場合がある。そうではなくて、例えばデイサービスに来ているときはリハビリをして、こういう訓練をしていますよと、色々な職種からの情報が集まることで、その方の全体像といいますか、その方自身、その方の生活そのものが見えやすくなるんですよ。

もちろん一人ひとりのスキルやアセスメント力を上げることは大事です。しかし、私はケアマネジャーをやっていましたが、どんなに勉強しても経験を積んでも、所詮一人の人間なんです。ヘルパーも同じで、同じところに月・水・金と入っていたら、一人ひとりがつくっている関係や、利用者自身にも合う・合わないがあるから、それぞれ違う情報を手に入れてくるんですね。

ですから、そこに様々な職種や色々なサービスが関わることで、よりその方の実際像がわかるようになるということが、一番重要だなと思っています。結果として実際的な多職種協働にはならなかったとしても、最初の段階で色々な職種の人間が関わって、その方に関する情報が集められたり、お互いにアドバイスできたりすることは、次のケアに必ず生きてくると思います。

今村 今のお話は、例えば訪問介護しか関わっていない利用者でも、ショートステイやデイサービスの方からアドバイスがもらえとか、そういうカンファレンスをしているということですか。

安東 まだ具体的な形にはできていないです。そうしていこうよという働き掛けをしていて、

自発的な取り組みをしているところがあるという段階です。

佐藤 今村さんのところでは何かやられていますか。

今村 自分の事業所だけでなく、他サービスとも協働しようということで取り組んでいるところです。ケアマネジャーとショートステイやデイサービス、訪問介護、看護など関わるサービス機関で生活をアセスメントします。朝起きているのか、3食食べているのか等と同じアセスメントツールを使ってアセスメントし、結果を持ち寄るのですが、その結果はそれぞれバラバラなんですよ。ヘルパーは毎日行っているんだけど夜の様子がわからなかったり、ショートステイでは1日を通して見ているので夜の時間帯のことまでわかる、看護師さんは体調は見ているけれど着替えや入浴のことはわからなかったりするわけです。例えば、排泄に関して、デイサービスでは自分で行っている、訪問介護では介助が必要で実際に介助している、という結果が出る。デイサービスではできているのに、家ではできていないのは何でだろうと話し合うと、デイサービスはバリアフリーで手すりもあるが、家には段差があると。それなら、その段差を超えられるようにデイサービスでリハビリしましょう、とつながるわけです。デイサービスの中でだけ見ていると排泄は課題にならない、でも自宅の様子や他の視点が入ると、今この方の解決すべき課題をみんなで共有でき、取り組めます。1人をみんなで前から後ろから横から立体的に見る。それでどうしてこうかという目標ができて、役割分担もできる。こういう取り組みをしているところです。

山内 これは東北のある市の話ですが、主治医を含めた定期カンファレンスが少なくとも3週間に1回は必ず行われています。

佐藤 地域ケア会議ではなく？

山内 地域ケア会議ではないです。5年ほど前からケアマネジャーが医師の意見、看護の意見、



株式会社ソラスト
専務執行役員
佐藤優治氏

ヘルパーの意見、リハビリ職の意見の交換を行う場として設けています。そしてケアプランをお客様に提示する前に必ず行政に持って行って、チェックを入れるなど、行政が指導しながら行っています。

佐藤 具体的にはどういうメンバーが入っているのですか。

山内 医師、看護師、ケアマネジャー、サービス提供している事業所などと、家族と本人。問題があるケースでは行政や民生委員も入ります。

佐藤 それはすごいですね。行政の事例としてモデルになるのではないのでしょうか。岡さんのところでは、他職種とやっていることは何かありますか。

岡 今は情報交換がメインですが、市内の色々な職種が集まって行う事例検討会を2ヵ月に1回開いています。最初はケアマネジャーだけで始めて、そこに色々な職種が入ってきました。医師にも加わってほしいのですが、士別は医師が少なくて本当に忙しいので、なかなか難しいようです。それでも個人で開業した医師などが顔を出してくれます。それから、内部研修のつもりであった内容を、市内の事業者全部に呼びかけて、地域包括センターとの公開講座として広げたりすることもあります。内部研修の講師を派遣し合ったりすることも始めています。



利用者自身が声を発していく風土を いかにつくっていきけるか

佐藤 地域全体という意味では、住民に対して何か行っている事例はありますか。

山内 住民の方に対しては介護予防指導教室を各エリアで開催しています。

今村 地域の人に向けて介護者教室をやったこともありますし、子供向けにキッズ介護セミナーも行っています。これは、ヘルパーをしている母さんが夜や日曜日にも出かけて何をしているのかという、仕事を理解してもらうことから始まって、地域の子供も呼んで、介護とは何かとか自立支援で自分でやれることは自分でやるほうがいいよねといった話をしています。

佐藤 これから認知症のある方が増えてきますし、あるいは、本人の希望で最期まで自宅で看取ろうとすれば、コミュニティの理解が必要になってきます。それに対して、何か取組みはされていますか。

今村 グループ法人も一緒になって「ライフサポーター」という組織を育成しています。生活の中には、介護保険だけでは埋められない支援ニーズもたくさんあります。そこは地域で助け合えないといけない。ライフサポーターは、「プロの住民」による助け合いの仕組みです。ボランティアでも個人の家の中に入るので、講習を受けてもらい、マナーや受け入れる側の心理を学んでもらいます。そこに来る人はだいたい60代なんですね。介護を受ける一歩手前の人

たちが、現在受けている人たちから色々学ぶことになるわけです。自分が介護を受けることになったときにはどうしたらいいのか、この活動を通じて学んでいきますし、自分たちの地域は自分たちでつ

くるという意識も生まれていきます。

佐藤 本人が望む自立というものを、高齢者になっただけで考えるのではなくて、介護を受けるようになる前から教育することは必要ですよ。これまでは何も知らないで介護認定を受けてしまう人たちが多かった。これからは理解したうえで認定を受けて、自分がどんな介護を受けたいのかを主張できる、要求を出す、そういう高齢者をつくっていくことが大事であるというわけですね。今、私たちは相手の自立を考えていますが、高齢者自身が自分の自立を考えて介護を受ける社会ということです。

安東 日本の福祉自体がケアをする側の論理と目線ですとやってきた。当事者が抜けたまま、一方で専門性は育ってきたという、おかしな形があるのではないかと。サービスを利用する消費者としての視点は必要だと思うんですね。今、自立支援について論議していますが、ここに当事者はいません。こういうものが自立支援だということが利用者自身の中から出てくる風土や、元気シニア層が参加できる場というもの、民間も含めてどれだけつくっていくことができるか、高齢者自身が自分の自立を考えて介護を受ける社会というものができるか否かは、そこにかかってくるのかなとは思いますが。

佐藤 山内さんは最初に、高齢者の自立と障害者の自立は少し違うのではないかとおっしゃっていましたが。

山内 児童福祉法で18歳以下の未来のあるお子さんをお預かりしています。なので、プランを作るにあたっては、目標に向かって頑張れるような、階段を昇って達成できるような、見える化を図るようにしています。親御さんがいつも考えていることは、自分が亡くなってしまったら、この子はどうやって生活していくのだろうかということです。施設で生活するのか、収入源はどのようにするのか、そのようなことを常日頃考えていますので、子供が成長していく段階で、私たちは療育を通じて、その子が10



円でも1円でもお金を稼ぐことができるように、経済的な自立のパイプをつなぐことが大きな課題です。働けるように、働くとはどういうことなのか、お金をもらうとはどういうことなのかを理解してもらうことが重要になるわけです。

佐藤 親御さんにとっては子供がどうやって自立していくのかというのが一番の不安だということですが、雇用機会という問題に対して実際にはどう対応されているのですか。

山内 私たちの事業所だけではなく、特別支援学校と連携をして、精神科の主治医も含めカンファレンスを開催しています。障がい児の場合は3ヵ月に1回程度行っています。「この子の強みを活かした就業先を薦めたい」という思いに対し、特別支援学校の先生と主治医の評価・意見を加味して、「それだったらここに就労できて、給料はこのくらいだろう」と親御さんとも方向性を確かめることによって、不安が軽減していく過程を、いつも私たちは目の当りにしています。



訪問介護は生活を見ていく専門職 利用者に一番身近に寄り添える

佐藤 この場でも自立支援について少しずつ理解が深まってきましたが、自立支援に向けて、どういう方向感で、どういう意識を持ってこの仕事を続けていく必要があるのか意見交換したいと思います。訪問介護事業者として自立支援にどう向き合うかについて、いかがですか。

今村 自立支援とは何か、常に議論を続けて、狭い世界ではなく、議論したことをケアに活かしていけるか、常に問い続けることが大事だと思いますね。

佐藤 自立支援をするうえで、根幹に置くべきものは何だと考えますか。

今村 その人が何をしたいかを引き出せるか、ではないでしょうか。

佐藤 中心は要介護者本人ということですね。

安東 その通りだと思います。今の訪問介護全体の大きな問題として、最初に組まれたプランに基づいて手順書が作られて、それを忠



実に1時間の中でこなしている、でも実は最初のプランはケアマネジャーが1回2回しか面談をしていなくて、アセスメントの情報も少ない場合が多いということがあります。

ケアマネジャーの問題は置いておいても、サービスが「今、ヘルパーが入ってくれないとご飯が食べられない」といったマイナスから始まる場合がほとんどなんですよ。生活が破綻する寸前で仕方なく、というケースが多い。「ケアマネジャーさん、私の老後の人生を豊かにするためにプランを作ってください」と言う人はまずいません。言い換えれば、最初に始まったサービスは対症療法だと思うんですよ。対症療法で始まって、そのままサービスとして継続していて、利用者の過去の生活はおろか、これからの可能性にすら気づかずに決まったことだけを忠実にやっていることが、残念ながらまだまだ多いと思います。

訪問介護で働いている者自身が可能性に気づくためにも、例えば在宅の訪問リハビリやPT・OT、そういうところとの連携を強める中で可能性に気づいていく、そういう目が必要になってくる。可能性を見逃していることが一番の問題であり、次につながっていかないところだと思います。

佐藤 今の話はすごく現実味のある話ですが、家族関係が破綻したり困難事例であったり、そういう意味では自立支援以前に、目の前の生活をなんとかしないといけないというときに、これまでの議論で出てきたように、やはり自立支

援に向けた意識をしっかりと持って、自立支援という大きな目的・目標を踏まえた介護計画書が作り上げていけるような、そういう対応をしていかななくてはいけない。目の前の実態をなんとかクリアしながら、この利用者は本当はどのようなことを望んでいるのかを引き出せるような訪問介護事業者としての接点が生まれてくると、我々の目指す次のステップが出てくるのではないかと思います。

岡 利用者が主体という中で、訪問介護だからできることは、利用者自身のフィールドを活かしてどう考えていけるかという点だと思います。それを可能にするには最初の取っ掛かりで、信頼関係を築いてコミュニケーション力や色々な力を駆使してアセスメントをしていく力を身につけていく必要があります。家族がないデイサービスの方が話しやすいという利用者もいないことはないのですが、それよりは利用者自身のフィールドだからこそ家族がいてもこうしたいと言える利用者もいるので、そこでプラスの意欲をいかに引き出せるかというところが重要なんだと思います。まずは利用者がどう生活したいかというのを一緒に考えていくということで、生活者の視点を持って利用者が一番寄り添えるのは訪問介護ではないかと思います。

今村 まさに訪問介護は、生活を見ていく専門職であり、生活を一番見ることができるし、一番身近に寄り添うことができる存在です。その中で見えた課題を、専門職として担当者会議で

伝える力もこれからの訪問介護事業者には大事なことです。ケアプランに沿ってそれだけをやるのではなくて、もっとその人の生活全体を主体にした提言をしていく力が必要だと思います。



自立支援を進めるには 職員自身のモチベーションを 高めなければならない

岡 専門職の意欲を引き出すのもまた我々の仕事だと思うんです。そういう面では職員のメンテナンスって大事だなと思います。自立支援を色々考えてやってきましたが、お世話をしてもらう介護があたりまえと思っている利用者から意欲を引き出すというのは簡単なことではない。職員も辛いときがあると思うんですよね。個人面談をしても「何でこんなに辛いことをずっとやっていかななくちゃいけないのか」という声も出てきます。また、中には自己評価が高すぎる人もいないことはないのかなと思います。自己評価がなぜ高いかというと、職員同士のコミュニケーションが取れていないのかなとも考えます。そこは事業所の問題ですので、その問題をクリアする方法も考えていかなければと思います。

佐藤 なるほど、自立支援を進めていく職員自身のモチベーションを高めなければならない。介護の現場では、罵られたり蹴られたりということもしばしばあります。その中でも利用者に寄り添えるのか、その人のやりたいことのために汗をかけるのか、相手との信頼関係をつくる手前でくじけてしまう人はたくさんいると思います。事業者側が職員のモチベーションをいかに維持し高めていけるかというのはすごく大事なポイントですね。それに対して何かやっていることはありますか。

今村 そういうケースではカンファレンスを密にやりますね。同じ利用者に関わっている人で議論をして共有を深めるようにしています。

安東 悩んで辛くなるというのは、ちゃんと向き合っているからだともいえると思います。暴言を吐かれたりしたときに、内省せずに開き直って「結局、利用者とはそういうもの」という姿勢になってしまう人もいないじゃありません。



か。受容とか共感とか、言葉でいうのは簡単ですが、そこまでにはまだまだ至っていないと残念ながら感じています。「自立支援とは何なのか」が常に意識され、カンファレンスでも会議でも話の中心にあって、辛くなることもあるけど、そこまで追い求めていかないといけないんだ、という自覚をどれだけ多くの人に持ってもらうのかというのが、大事なのかなと思います。

佐藤 そういう意味では、事例の共有化というのはモチベーションが上がりますよね。乗り越えた人の事例を聞くことで刺激を受けるということがあると思うのですが、いかがですか。

山内 当社では毎月、ケースカンファレンスの日を設けています。お客様の数が多いので特に問題のないお客様は名前を読み上げるだけで、問題があるケースについてサービス提供責任者やヘルパーから手を挙げていただいて、ケアの仕方や関わり方などをみんなで討議しています。

今村 うちを通しカンファレンスというものをやっています。いわゆるカンファレンスは担当する関係者間でやるものですが、各サービスが集まり、担当に関係なく1ケース5分か10分ずつで意見をもらうということを、全員ではありませんが、何人かずつ決めて月に1回やっています。

安東 事例検討の簡略版みたいな形ですよ。専門職としてのスキルや気づきを持たせるのは、カンファレンスと事例検討だと思うんですが、その2つが合わさったようなものですね。



訪問介護の強みを生かすことで 自立支援は進んでいく

佐藤 今日は、様々な思いを語っていただき、有意義な意見交換がなされました。この場で「これが自立支援だ」と結論づけることはありませんが、自立支援については、それぞれが真剣に、常に意識しながら、議論をしながら、あるいは

行動を起こしながら、つくり上げていくことが必要なんだろうと改めて実感しました。最後に一言ずつ、訪問介護事業者にエールとかメッセージを送っていただけますか。

山内 「子供から高齢

者まで地域の輪を広げましょう」。地域連携への想いを伝えたいと思います。

岡 「在宅生活を一緒に考える匠になろう」。僕はそれですね。専門職というよりも匠。自分にしかできない、自分はこの人のことをこう考えるんだ、と声に出して言えることが大事だと思います。

安東 「訪問介護というサービスが持っている可能性をもっと信じてほしい」。医療と連携できないのは、医療職に対して気が引けるという面があるようですが、実は医療職の人たちと話してみると、ヘルパーが持っている観察力や生活を見る力を評価してくれる人がすごく多いです。だから、その気づきを言語化し、文書や記録で伝える力をつけてほしいです。それがあれば医療を含めた他職種との連携は必ずできるし、訪問介護が持っている力をもっとみんなで共有できるようになっていくと思います。

今村 私も似ていまして、「利用者の生活が一番見えるのは訪問介護」と言いたい。要になりうるサービスだと思うので、そのことを忘れずに頑張っていきたいと思います。

佐藤 国もそこを評価していただけるとありがたいですね。本日は、どうもありがとうございます。



本書の見方

○本書作成の背景

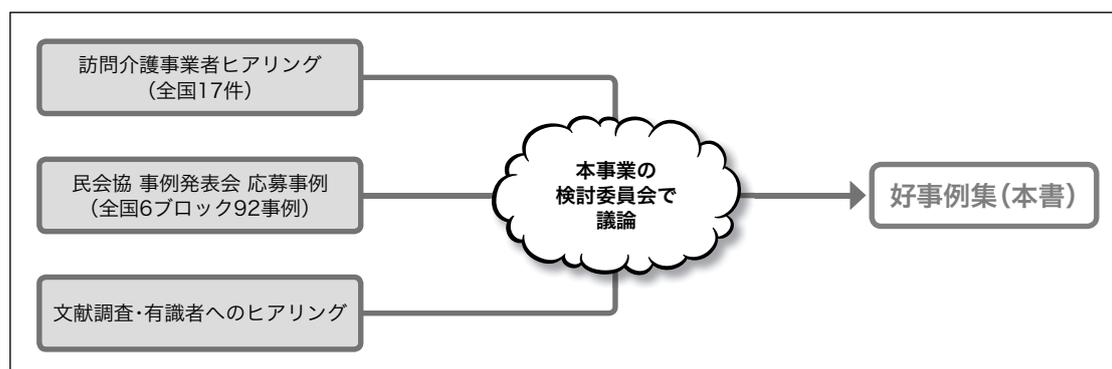
本書は、一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会（略称：民介協）が厚生労働省「平成25年度 老人保健健康増進等事業」の補助金を活用して実施した研究事業の成果を、「自立支援」に資する介護を行うための「仕組みづくり」に関する好事例集として取りまとめたものである。

本書の内容が全国の介護サービスに関わる皆様方に活用され、少しでもケアの質の向上に貢献することができれば幸いである。

○本書作成の流れ

本書は、以下のプロセスを通じて作成された。

■本書作成の流れ



○本書の視点

本書では、個別の要介護者に対するケアの内容を取り上げるのではなく、要介護者に対して、生活機能の向上を支援するケアを効率的かつ効果的に提供するための「基盤」「仕組み」に着目した事例紹介を行うことを意図している。具体的には、「自立支援の介護」を提供するための事業所内の体制の整備や地域風土の醸成に向けた取組みなどを掲載の対象とした。

なお、「自立支援」に関連する様々なキーワード（ICF、自己決定、自己選択など）や自立支援の捉え方に関する議論については、後述の「セクション1：『自立支援』とは何か？」で整理しており、そちらも併せてご参照いただきたい。

○本書の基本コンセプト

本書を作成するうえでの基本コンセプトは以下の3点である。

①『自立支援』に資する介護を進めていくうえでの「仕組みづくり」に着目

個別のケアの内容そのものではなく、介護事業者が要介護者の自立支援を進めていくうえで必要な、「職員教育」や「効果的な多職種協働の進め方」などに着目して事例を掲載した。

②介護事業者に求められる「地域社会とのつながりづくり」について考察

介護事業者が「地域包括ケアシステム」の中で、どのように今後の地域社会との関係構築を進めていけばよいか、そのあり方を考えるうえでのヒントとなる事例、考察を掲載した。

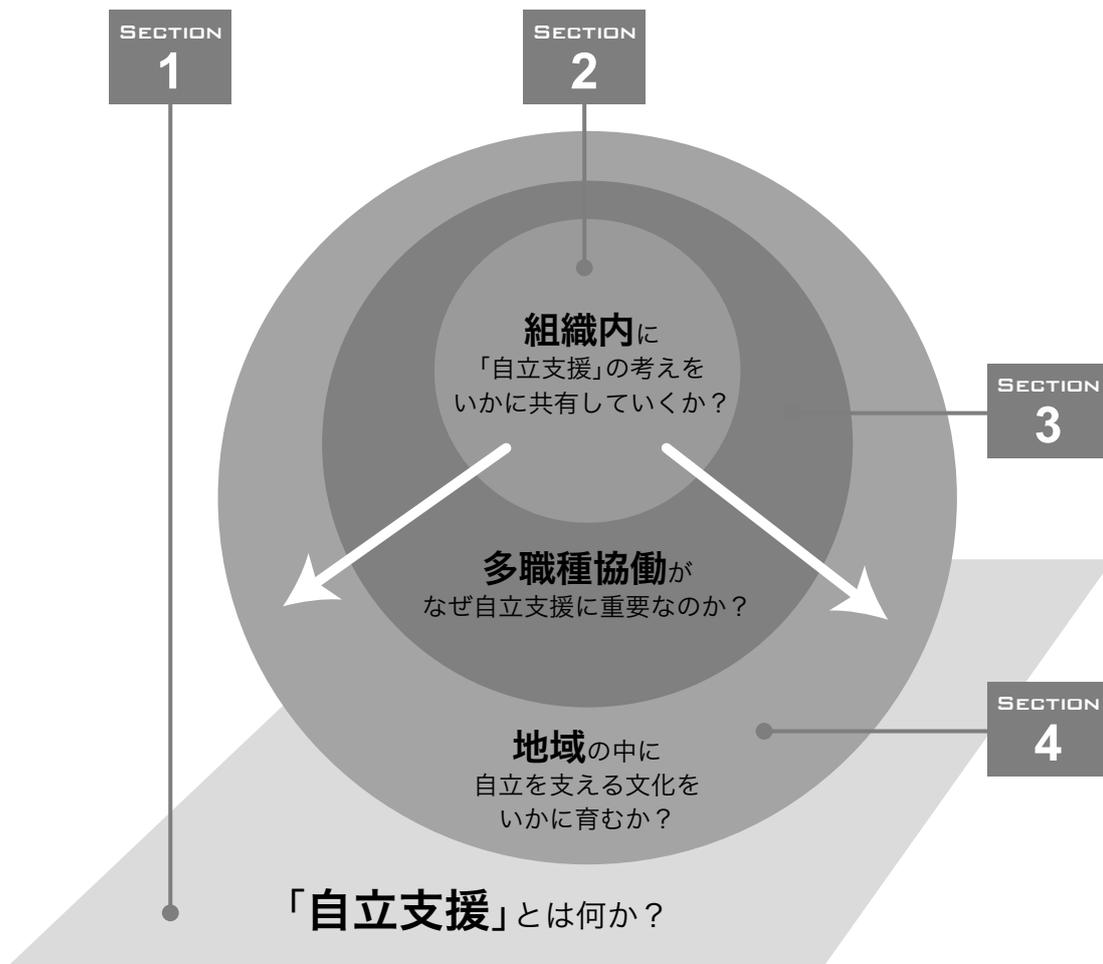
③中小事業者においても実践可能な取組み事例を紹介

介護事業者の大多数を占める中小規模の事業者での活用を念頭に置き、実際に中小事業者で行われている取組みの事例を多数紹介した。また、大手事業者の取組みであっても、その取組みの背景にある考え方が本書の視点（自立支援を進めるための仕組みづくり等）に合致し、工夫次第で大規模な設備投資などを必要とせずに行えるものであれば掲載した。

○本書の全体構成

本書は、セクション1：「『自立支援』とは何か？」からセクション4：「地域の中に自立を支える文化をいかに育むか？」までの4章構成となっている。

■本書の全体構成



自立支援のための**仕組みづくり**における視点の広がり

○それぞれのセクションの内容について

本書では、まずセクション1で、「自立」「自立支援」に関連する制度上あるいは理論的な考え方や『自立支援』に資する介護を進める際に重要となる仕組みづくりの視点について整理した。そのうえで、セクション2～4において各仕組みづくりの視点の内容を深掘りし、事例紹介や解説を行っている。

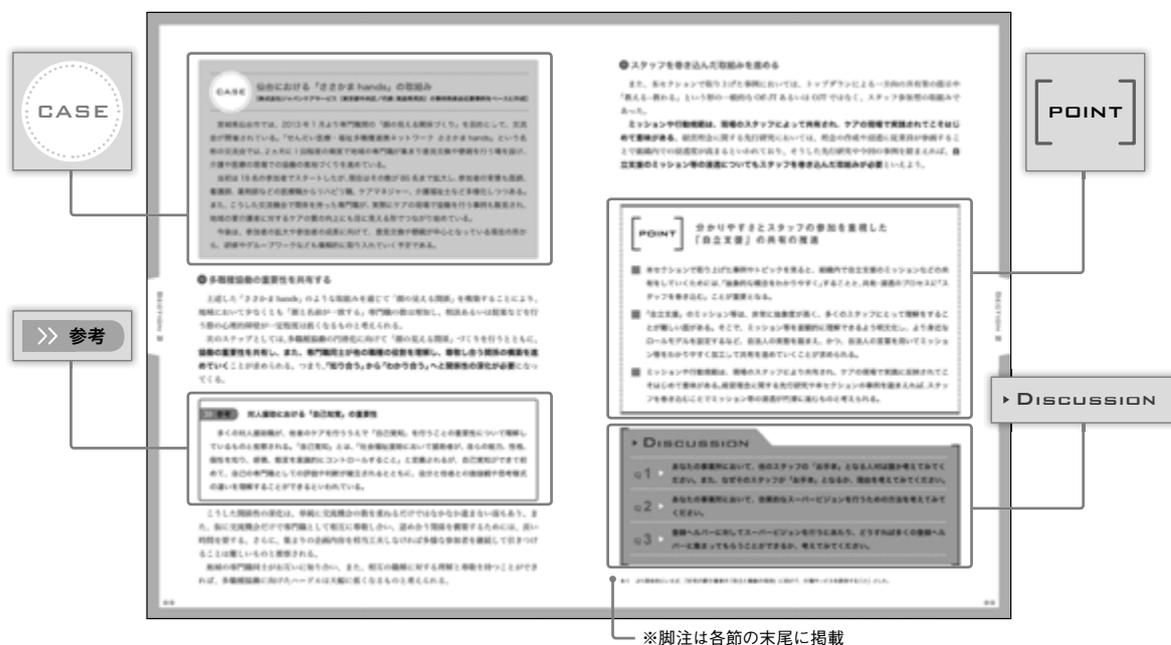
なお、本文を読まれる際には、まずセクション1をお読みいただき、そのうえで、興味のあるセクションをお読みいただければ、内容に対する理解が一層深まるものと考えられる。

■本書の全体構成

大テーマ		中テーマ	トピック
§1	「自立支援」とは何か？	自立支援を概観する	「自立」と「尊厳」～介護保険制度における基本理念
			「自立支援」を考えるキーワード
		「自立支援」のための仕組みづくり	「自立支援」のための仕組みづくりの重要性
§2	組織内に「自立支援」の考えをいかに共有していくか？	「自立支援」に向けて何を共有するか？	「自立支援」のミッションの共有と実践 訪問介護事業者におけるミッション共有と実践に向けた課題
		「自立支援」に向けた事業所内部での取り組み	「自立支援」のミッションや行動規範の可視化 現場での実践教育を通じたミッション・行動規範の共有
		わかりやすさとスタッフを巻き込んだ「自立支援」の共有	抽象的な概念の加工、スタッフ参加型の共有
§3	多職種協働がなぜ自立支援に重要なのか？	なぜ「多職種協働」が重要か？	多職種協働が求められる背景 多職種協働における阻害要因
		効果的な多職種協働体制の構築に向けた取り組み	多職種協働の土台づくり 多職種協働のためのツール活用
		まず、自分を知ることから始める	自分を知ること、自己理解から他者理解へ
§4	地域の中に自立を支える文化をいかに育むか？	地域介護力の向上と訪問介護事業者の役割	地域包括ケアにおける「自助」「互助」の重要性 訪問介護事業者による地域との協働
		地域に自立を支える文化を育むために	生活支援の担い手の育成 地域が多様な世代への働きかけと「自立」意識の醸成
		地域住民の背中を押し、活動の主体として育てる	地域住民のエンパワーメント

◎お読みいただく際の留意点

- ①セクション1以降の本文では、p.6に記載した本事業の検討委員会（以下、本検討委員会）での議論やヒアリングの結果を踏まえて内容を作成している部分が多い。本文中でいう「本検討委員会での議論」や「ヒアリング」とは、特にことわりのない限り、本検討委員会（有識者検討委員会およびワーキンググループ）において行われた議論や事業者向けのヒアリング結果のことを指している。
- ②また、本文作成にあたり、当協議会が「北海道」「東北・関東・甲信越」「東海・北陸」「関西」「中四国」「九州・沖縄」の6ブロックで開催した「全国事例発表会」地区大会への応募事例も参考にした。以下、本文中における「事例発表会」とは、当該地区大会のことを指す^{▶1}。
- ③本文中各所に見られる **CASE** の欄には、本文の内容と関連する事例を掲載した。また、同様に見られる **参考** の欄には、本文中で取り上げたキーワードや概念の解説などを記載している。本文をお読みになる時間のない方は、**CASE** と **参考** の欄だけをお読みいただいても有用な情報が得られるものと考えられる。
- ④各節の終わりに、**POINT** を掲載している。本文のエッセンスを取りまとめた部分であり、先にこちらからご覧いただき、内容に興味があるものから優先的に本文をお読みいただいても差し支えない。
- ⑤なお、各セクションの内容についてより深く考えてもらうための一助として、セクション末尾に **DISCUSSION** を掲載した。本文をお読みいただいた後に事業所のスタッフ間で当該テーマについて討議あるいは対話を行うことで、「自立支援」に対する認識が深まるものと考えられる。



▶1 在宅介護事業者の全国団体である民介協では、2006年度からケアの好事例の普及・啓発、会員団体の研鑽を目的とした全国事例発表会を開催しており、第8回目となる平成25年度的事例発表会には全国から92件の応募があった。

SECTION

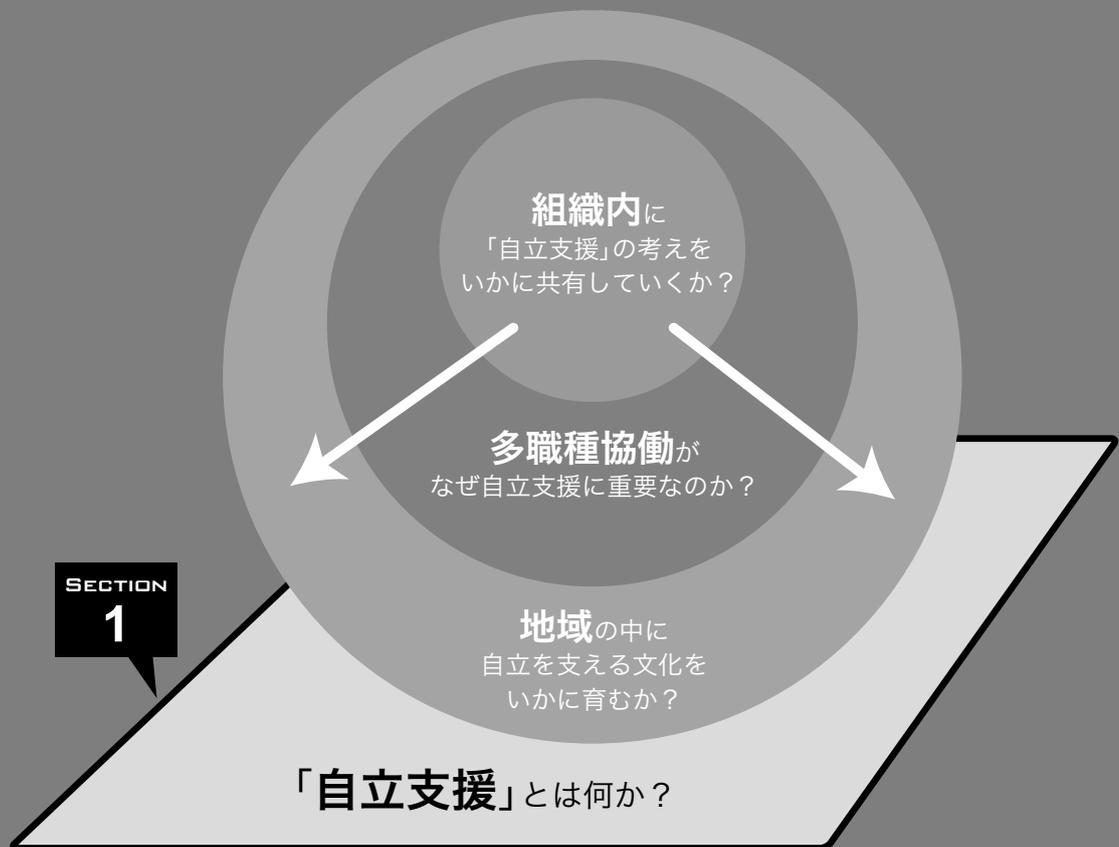
1

「自立支援」とは何か？

「自立」と「自立支援」の捉え方

本セクションでは、「自立」あるいは「自立支援」とは何かという点について、文献やヒアリング結果などをベースとして検討を行う。

そのうえで、本書のセクション2以降で言及する論点について整理をしたい。



1 自立支援を概観する

人間はだれでも、加齢や障害などにより日常生活に何らかの支障が生じてくる。その結果、日常生活動作や社会参加などの制約、地域や家庭での自己効力感の低下、自己実現の機会の減少などに直面し、また、問題を抱えているがゆえに、人間としての尊厳や基本的人権すら阻害されてしまう恐れがある。対人援助業務において最も重要な点は、上記のような困難に直面した人々に対してケアを提供すること、とりわけ、援助対象者の「自立」を支援することにある。

「自立」と「尊厳」～介護保険制度における基本理念

● 介護保険制度の基本理念

要介護者の自立を重視する考え方は2000年に施行された介護保険法の基本理念であり、同法の第1章第1条によれば、要介護状態となった方が「尊厳を保持し、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」必要なサービスを給付することが法律の目的として掲げられている。

また、同法の第2条では、求められるサービス給付の内容と水準について、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない」旨が示されている。

なお、「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年を目途に構築が進められている地域包括ケアシステムにおいても、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援」は重視されているが、これまでのように高齢者を介護サービスの利用者として見る視点から一歩踏み込み、自己選択や健康づくり等のセルフケアを通じて自らの自立した生活を支えていく主体として位置づけられている。

≫ 参考 介護保険法 第1章 総則 第1条（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、も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する。

≫ 参考 介護保険法 第1章 総則 第2条 (介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。



「自立支援」を考えるキーワード

● 自立支援を考えるための3つのキーワード

こうした、要介護者の「自立」についてだが、介護保険法の条文を見る限りにおいては、「日本の介護保険制度では要介護者の自立を重視している」ということしか示されておらず、自立あるいは自立支援に資する介護のあり方については記載されていない。

そこで、より具体的に「自立」や「自立支援」を理解するために、ヒアリング結果において**自立支援を考えるためのキーワードとして挙げられていた、「自立の分類」「国際生活機能分類 (International Classification of Functioning : ICF)」「自己決定・自己選択」**という3つの用語について整理していきたい¹⁾。

● 自立の分類：何の自立を支援するか？

まず、「自立の分類」についてだが、一般に要介護者の「自立」あるいは「自立を支援する」といった場合、「身体的自立」、ADLの改善が想起されるケースが多いのではないだろうか。

しかし、介護分野の基本的なテキスト²⁾によれば、「**自立**」は**支援の対象者が抱えている課題の内容に応じて「身体的自立」「経済的自立」「社会的自立」「精神的自立」という4つに大きく分類され** (図表1-1参照)、いずれの種類も人間のQOLに大きな影響を与えるものと考えられている。

図表 1-1 自立の分類

類 型	定 義	備 考
①身体的自立	食事、排泄、入浴、整容、衣服の着脱、歩行、見る、聞く、話すといった身体的な機能を自由に発揮できる状態	手指が不自由な方が、福祉用具としての特殊なスプーン等を用いて食事ができる場合、その方は、食事摂取において身体的に自立しているといえる。
②経済的自立	就労等により自立的に生計を営んでいること	就労、自営、年金生活等が含まれる。
③社会的自立	社会的なつながり（関係）をつくったり、維持したりすることができる状態	自立的に何らかの社会活動に参加したり、交友関係を取り持つことができる状態を指す。
④精神的自立	自律と同義であり、人間の尊厳の根拠の一つ	人間の尊厳を侵害するような自立の強要は、否定されなければならない。

【出所】 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科 (2013)、P.8 の図表を一部修正

今回実施したヒアリングや本検討委員会での議論においても、要介護者の QOL 向上のためには、図表 1-1 に記載した①～④のいずれか 1 つ、あるいは複数の自立を支援する必要があるとの意見が多く見られた。「何の自立を支援するか？」という一点を取っても、個々の要介護者の置かれた状況に応じて重層的な視点が必要になるものと考えられる。

● 国際生活機能分類 (ICF)：要介護者の抱える課題をどのように把握するか？

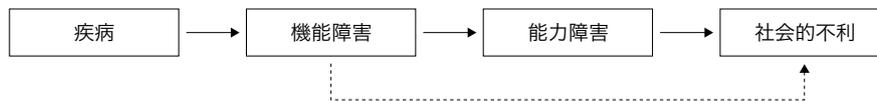
国際生活機能分類 (International Classification of Functioning:ICF) とは、世界保健機関 (WHO) において「国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : ICIDH)」の改訂版として 2001 年に制定された、人間の健康状態を生活機能と背景因子の 2 つの要因の相互作用として見るモデルである。

上記の 2 つの要因のうち、生活機能は「心身機能・身体構造 (生命維持レベル)」「活動 (日常生活レベル)」「参加 (社会・人生レベル)」の 3 つに分けられ、背景因子には、「個人因子」と「環境因子」がある (図表 1-2 参照)。

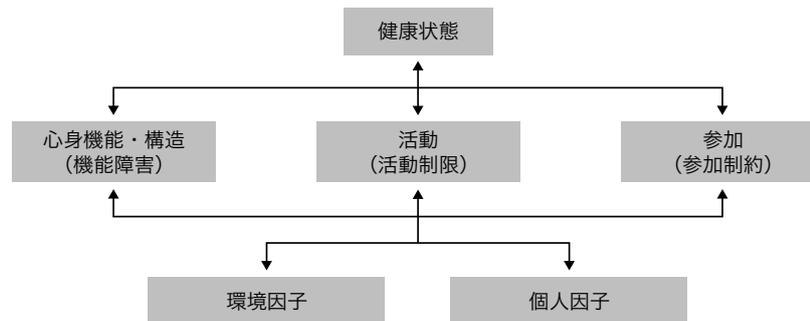
ICF の視点を用いることで、介護職の関心が「心身機能・身体構造 (生命維持レベル)」に偏ることを防ぎ、対象者を全人的に捉えてケアを行うことが可能になるとされる。

図表 1-2 国際障害分類 (ICIDH) モデルと国際生活機能分類 (ICF) モデル

●国際障害分類 (ICIDH) モデル



●国際生活機能分類 (ICF) モデル



ICIDHと比較したICFの特徴

- 機能障害、能力障害、社会的不利といったマイナスイメージの用語から中立的な用語へ
- 障害や疾病に加え、個人的な特徴や周囲の環境も視野に入れた、「生活のしづらさ」の原因の検討
- 構成要素間の相互作用を意識した矢印の向き (ICIDH は因果関係を前提)

[出所] 各種資料より筆者作成

●自己決定・自己選択：ケアの方向性をどのように決めていくか？

通常、アセスメントを通じて要介護者の抱える生活課題を把握した後は、自立に向けた具体的な支援が進められていくことになると考えられる。その際、専門職は、ケア内容などを要介護者が自分の意思で決定し、要介護状態であっても社会に主体的に関わっていけるように支援することが重要である。

例えば、「昼食のメニューを決める」といったことから**要介護者本人に意思決定の機会を提供し、もし本人が決定・行動する意欲を失っている場合には、生活意欲を高め、エンパワーメントしていくことが求められる。**

こうした**自己決定・自己選択を重視する考え方は、利用者主体、利用者本位のケアの根底を支えるものである。**また、**自立と並び介護保険制度の基本理念となっている「尊厳の保持」とも強く関係すると考えられ、自立支援を考えるうえで極めて重要な概念といえる。**

参考 対象者のエンパワーメントを進める際の「8つの原則」

エンパワーメントとは、目前の課題に対して当事者が自身の置かれた状況に気づき、問題を自覚し、自らが自身の生活の改善を図る力をつけることである。介護職が、要介護者やその家族のエンパワーメントを進めるにあたっては、以下の8つの原則を重視することが重要である。

エンパワーメントの8つの原則

- ① クライアントは、生活を破壊する全ての抑圧に挑戦すべきである。
- ② ソーシャルワーカーは抑圧の状況について全体論的に理解すべきである。
- ③ クライアントは自分自身でパワーを増強すべきであり、それをソーシャルワーカーは側面的に援助すべきである。
- ④ 共通の基盤を有しているクライアントは、相互にパワーを増強していくようにすることが必要である。
- ⑤ ソーシャルワーカーはクライアントと対等な関係を確立すべきである。
- ⑥ ソーシャルワーカーはクライアントが自分なりの言葉で語るよう励ますべきである。
- ⑦ ソーシャルワーカーは一貫して、クライアントを抑圧による被害を受けているものとしてでなく、抑圧に打ち勝っていく者として見ていくべきである。
- ⑧ ソーシャルワーカーは一貫して、社会的変革を中心に据えていくべきである。

[出所] Lee (1994), 小松 (1995) ▶ 3

※上記について、「クライアント」を要介護者あるいは当事者、ソーシャルワーカーを専門職と読み替えれば介護の現場においても参考になるものと考えられる。

● 個別ケアの展開と一様でない自立支援のあり方

本項ではここまで、「自立支援」の介護を行う際に頻繁に言及される3つのキーワードを取り上げ、その基本的な考え方を整理してきた。

それぞれの概念は異なる理論的背景や重要性を持つと考えられるが、その一方で、自立の分類の多様性、要介護者の全人的な評価、自分の意志に基づく自己決定・自己選択の考え方など、**各キーワードはいずれも要介護者の個別性に配慮しており、個別ケアの重要性を示唆している。**

人の趣味嗜好や本人が理想とする状態は千差万別であり、仮に同じ要介護度であってもケアを通じて達成を目指す生活目標は様々であると考えられる。そのため、**当事者に寄り添う介護を実践しようとするれば、おのずとオーダーメイド型のケアを行うことが必要になる。**現状、全国の介護事業者において、自立支援を目的としたサービスが提供されているものと考えられるが、おそらく、個々のケアのあり方は一様でないものと推察される。

▶1 各用語については、多数の先行文献が存在しており、詳細についてはそれらの文献を参照されたい。

▶2 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科 (2013). 『福祉教科書 介護福祉士 完全合格テキスト 2014年版』 翔泳社

▶3 Lee, Judith A.B. (1994) *The Empowerment Approach to Social Work Practice*, Columbia University Press.

小松源助 (1995) 「ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント・アプローチの動向と課題」 『ソーシャルワーク研究』 21 (2), 76 - 82.

2 「自立支援」のための 仕組みづくり

介護保険制度が施行されてから15年近くが経ち、大半の介護事業者において「自立支援」の重要性は認識されているものと考えられる。

また、ケアの現場においては、要介護者の生活全体をアセスメントし、ケアの目標を設定し、対象者の自己決定・自己選択に基づく支援が提供されているものと考えられる。併せて、目標として設定される自立の中身は、身体的自立のみならず、経済的、精神的、あるいは社会的な自立まで含む多様なものである。前節で行ったこうした議論を踏まえれば、「自立支援」に資する介護とは、「身体機能やADLの改善のみならず、生活意欲の向上や社会参加状況の改善、本人を取り巻く環境への働きかけなどを通じ、要介護者本人の自己選択・自己決定に基づくQOLを高めることを目的としたケア」であると大まかに定義できよう。

「自立支援」のための仕組みづくりの重要性

● 「自立支援」に資する介護事例の持つ個性

前節で述べたように、要介護者個人の家族関係や本人の嗜好、抱えている障害の状態などの個性を背景として、事業者により提供されるケアの内容は多様性に富むものと考えられる。おそらく**100人の要介護者がいれば、100通りのケアがある**のではないだろうか。

さらに、ヒアリングや本検討委員会での議論によれば、ある要介護者に対して一定の成果を上げたケアであっても、そのケア内容が翌日も効果があるとは限らず、日々状態が変化する要介護者を前に、**ケアワーカーは試行錯誤の中で最適なケアのあり方を日々模索している**ということが指摘された。

要介護者に対するケアの内容が一人ひとり異なり、また、同一の要介護者に対するケアのあり方が日々変化していくものとすれば、個々のケア事例を「これが自立支援に資する介護である」という形で取り上げることは極めて困難である。

加えて、試行錯誤、省察的实践を前提として中長期的視点から行われるケアについて、本書の限られた紙幅の中でその事例の一部分を切り取り、「自立支援に資する介護」の好事例として取り上げることは、「個性や状態像の変化を超えて普遍的なケアが存在する」というようなミスリードにつながる恐れがある。

● 「自立支援」のための仕組みづくりの重要性

では、ケアの個性に起因する上述のような問題点を考慮したうえで、本書においてはどのように好事例集としてのテーマを設定すべきであろうか。

テーマの方向性を探るべくヒアリング結果や事例発表会への応募事例を見てみると、自立支援に向けたケアを行うための前段として、事業所内における教育・意識共有、多職種間での協働、地域への参画など、いわば「自立支援のケアを効果的に行うための仕組みづくり」に向けた取組みが複数の事業者で行われていた。

また、本検討委員会においては、特に地域包括ケアシステムとの関係から、①「自立支援」の考え方の事業所内部への浸透を図るとともに、②地域内の他事業者・他職種と共有していくこと、および、③自助・互助機能の強化が重視される中で、地域における「自立」意識、セルフマネジメント意識の醸成を図ることの重要性について指摘がなされた。

本書では、こうした本検討委員会での議論やヒアリング等の情報を踏まえ、「組織（事業所）」「多職種間」「地域」といった各フィールドにおいて、「自立」意識の共有・浸透・醸成を進めていくための仕組み、仕掛けに着目してテーマを設定し、議論を進めていきたい。

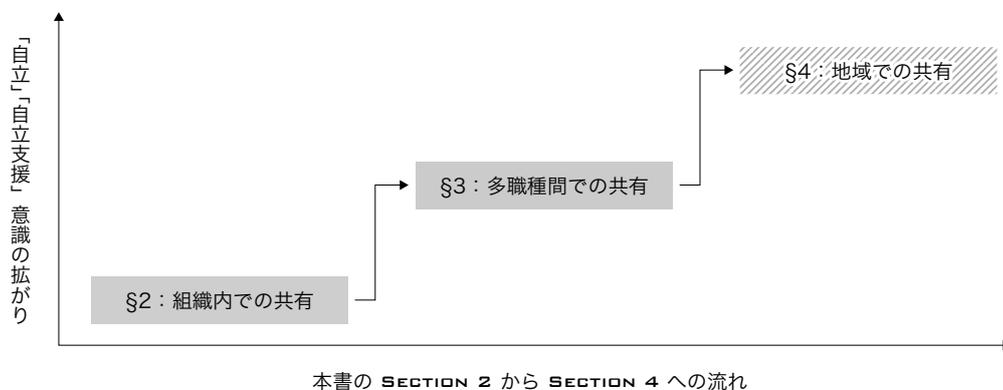
そうすることで、個々のケアの実践事例を中心として情報共有を行う事例発表会との差別化が図られ、また、議論する内容、掲載する事例の他（多）事業所での応用可能性も高まるものと考えられる。

図表 1-3 次セクション以降に記載するレポートテーマ

	テーマ	内容
SECTION 2	組織内に 「自立支援」の考えをいかに共有していくか？ [組織内での共有]	事業所における「自立」「自立支援」のミッションを共有していくための仕組みづくりについて
SECTION 3	多職種協働が なぜ自立支援に重要なのか？ [多職種間での共有]	多職種間、多事業所間で、「自立」を重視する意識を共有し、また、多職種協働を円滑に進めるための仕組みづくりについて
SECTION 4	地域の中に 自立を支える文化をいかに育むか？ [地域での共有]	「自立」を支え、考える地域風土を形成していくための取組み、仕組みづくりについて

[出所] 筆者作成

図表 1-4 各セクションと自立意識との関係



[出所] 筆者作成

▶ DISCUSSION

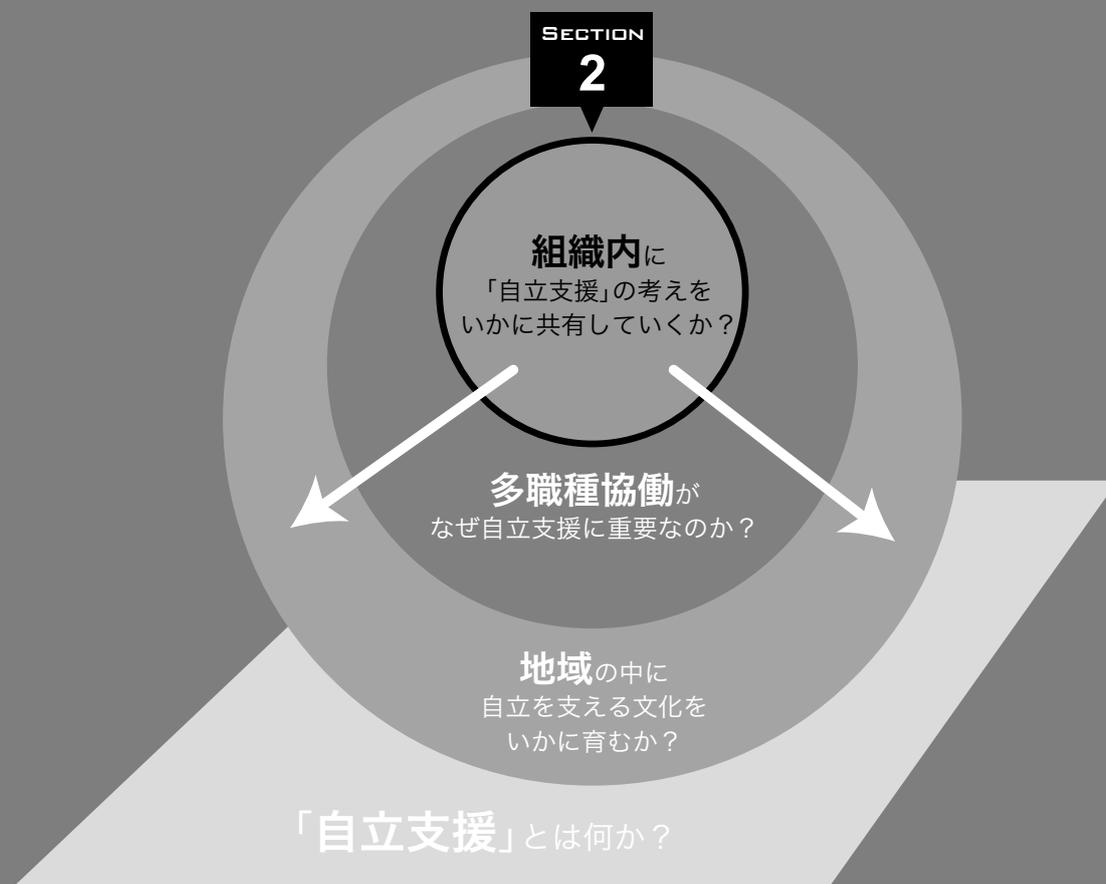
- Q1 ▶ あなたの事業所に新しく入職したスタッフに対し、「自立」「自立支援」の考え方についてどのように伝えればよいか、わかりやすい伝え方を考えてみてください。
- Q2 ▶ あなたの事業所のサービスを利用しているある利用者を想定し、その利用者の「自立」とは何か考えてみてください。併せて、どのような状態になれば自立したといえるか考えてみてください。
- Q3 ▶ これまでに最も印象に残っている自立支援に資する介護の事例を思い出し、そのケアの目標や最も苦労した点、工夫をした点などについて話し合ってみてください。

SECTION

2

組織内に「自立支援」の考えを いかに共有していくか？

本セクションでは、訪問介護事業所において「自立支援」のミッションをいかに共有していくかという点に着目し、まず、共有すべきミッション等の内容を整理し、そのうえで、具体的なスタッフ間でミッション等の共有・浸透を図るための手法について整理をしたい。



1 「自立支援」に向けて 何を共有するか？

前

セクションにおいては、「自立支援に資する介護」について、その目標設定とケアの方法論などは、極めて個別性が強く多様性があることを示した。

こうしたケアの持つ個性ゆえに、介護プロセスの中で当初の目標が曖昧になり、ケアが利用者への「お世話」になってしまったり、ケアの目標や方針に関する理解についてスタッフ間で齟齬が生じてしまうケースも少なからずあるのではないだろうか。

本節では、訪問介護事業所における意思を統一して「自立支援」に資する介護を進めるべく、共有・浸透が求められる「自立支援」のミッションと行動規範について整理していきたい。

「自立支援」のミッションの共有と実践

● ミッション共有の重要性

ミッション（Mission）とは、個人や組織が達成すべき「使命、任務」のことである。セクション1の内容を踏まえれば、訪問介護事業者のミッションは、「在宅の要介護者の『自立と尊厳の保持』に向けて、介護サービスを提供すること」といえる。

こうしたミッションを組織全体で共有することは、複数のヘルパーが同じ目的に向かってケアを提供していくために極めて重要である。

仮に、事業所のスタッフの間で「自立支援」のミッションが共有されていなければ、サービスを提供するヘルパーによってケアの内容にブレやバラツキが生じてしまう可能性がある。その結果、あるヘルパーは自立支援を目指した介護を行う一方で、別のヘルパーは「お世話」をしてしまうかもしれない。そうした事態が起きれば要介護者のQOLの向上に悪影響が出てしまうだろう。

● 高いレベルでの行動規範の統一

また、先に、要介護者に対するケアの内容は一人ひとり異なり、また、同一の要介護者に対するケアについても、そのあり方が時系列で変化していくと述べた。こうした状況下では、要介護者に対するケアについて「これでよい」という状態は長くは続かず、常に現在のケアの内容を内省し、「より良いケア」「最適のケア」に向けて試行錯誤を続けていく姿勢がスタッフに求められる。

組織全体で「自立支援」に資する介護を進めていくためには、**ミッションが共有されていること**に加え、上述のような**スタッフの行動規範についても高いレベルで統一される必要がある**。



● 登録ヘルパーの働き方とミッション共有等の課題

現状、多くの介護事業所において、要介護者の「自立と尊厳」を重視する考え方は浸透しており、導入時研修や全体研修などの機会に職員に対して教育が行われているものと推察される。さらに、初任者研修や介護福祉士などの基本テキストにも要介護者の自立に関してはかなりの分量が割かれており、資格試験の勉強等を通じて現場の職員が目にする機会も多い。

しかしながら、訪問介護事業においては、①スタッフの多くが直行直帰の働き方が中心の登録ヘルパーであること、②一人の要介護者に対して複数のヘルパーが対応するケースが多いこと、③管理者によるサービス提供内容のモニタリングが難しいこと、などの理由により、集合研修の開催やケアの現場での指導・助言、ヘルパー間の情報共有などが困難であり、結果としてスタッフ全体が「自立支援のミッション」を共有し、また、行動規範を高いレベルで保つうえでハードルがあることも事実である。

こうした問題には、事業所で通常行われている座学研修やOJTのみならず、何らかの「仕組み」を設け、効率的に対応していくことが必要と考えられる。

POINT

「自立支援」のミッションと 行動規範の共有に向けて「仕組み」を構築

- 「自立支援」の介護に向けては、ケアの目標と内容のブレを防ぐため、スタッフ間でのミッション（使命、任務）の共有が重要である。
- また、変化する要介護者の状態に対応するため、「実践→内省→実践→…」という流れを繰り返しながら、より良いケアを目指す意識と行動が求められる。
- しかし、訪問介護においては、①直行直帰の働き方が中心の登録ヘルパーが多いこと、②一人の要介護者に対して複数のヘルパーが対応するケースが多いこと、③管理者によるサービス提供内容のモニタリングが難しいこと、などの理由から、スタッフ全体が「自立支援のミッション」を共有し、また、行動規範を高いレベルで保つには、事業所内部で何らかの「仕組み」を設け、効率的に対応していくことが必要と考えられる。

2 「自立支援」に向けた 事業所内部での取組み

前 節では、自立支援の考えを組織内で共有していく際に、具体的に何をスタッフ間で共有するか、また、共有の阻害要因はどこにあるのかという点について大まかな整理をした。

本節では、自立支援のミッションおよび内省と実践を継続する行動規範について、組織内で共有を図るための具体的な手法について紹介をしていきたい。

なお、本節には、民介協が平成 24 年度に作成した『生産性の高い訪問介護とは？』¹⁾と親和性が高い内容が含まれている。同書も併せてお読みいただくことで、より理解が深まるものと考えられる。

「自立支援」のミッションや行動規範の可視化

● 「可視化」の重要性

インターネット等で複数の訪問介護事業者の経営理念をみると、表現の違いはあるものの、「自立支援」の重要性について言及されているケースが多い。

経営理念は、職員や地域との関係など様々な視点から法人全体の進むべき道を示したものであり、必ずしも「ケアの質」についてのみ言及しているわけではない。しかしながら、それがスタッフに共有され、行動に反映されなければ意味がない点では、「自立支援」のミッションや行動規範も同じである。

一部の先進的な法人においては、法人として重視する想いを様々な形で「可視化」し、浸透を図っているケースが多く見られる。本項でも、こうした経営理念の浸透策を参考として、自立支援のミッションや行動規範の浸透・共有を進めていく手法について整理していきたい。

● ミッションや行動規範の明文化をボトムアップで進める

最初に、組織におけるミッションや行動規範をボトムアップで明文化して浸透を図る手法として、「クレド (Credo)」の活用について述べる。

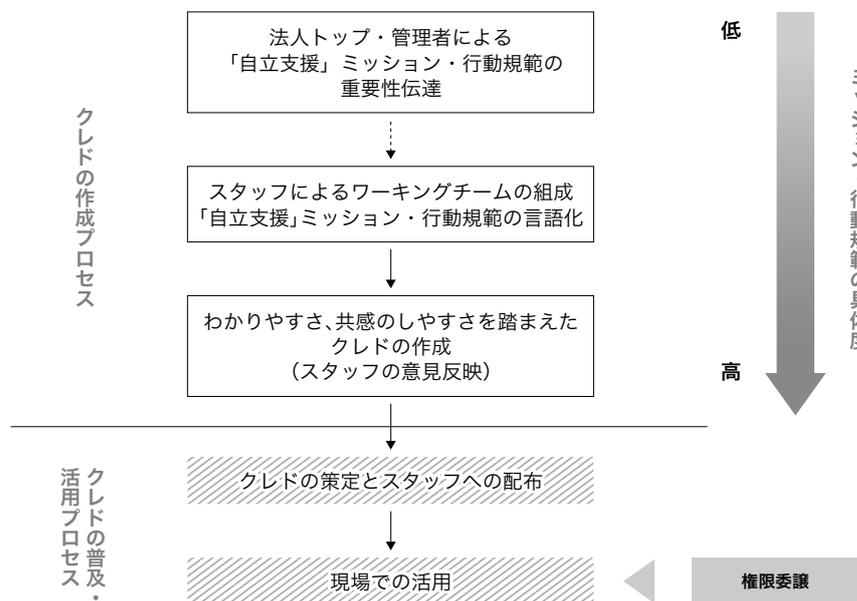
クレドとは元来、「信条」や「約束」を意味するラテン語だが、経営の分野では、「組織の価値観を表現した文章」や「スタッフが守るべき信条」、あるいは、それを記した各種ツール（携帯可能なカードなど）を指す。

ビジネス誌などにおいてリッツカールトンホテルやジョンソン&ジョンソンなどのクレドが世界的に有名となり、近年、介護業界でも導入する事業者が増加、『生産性の高い訪問介護とは？』（平成 24 年度・民介協作成）においても有限会社プライマリー（群馬県桐生市／代表：梅澤伸嘉氏）のクレドの導入・活用事例を紹介した。

このクレドについては、スタッフがその内容に納得できるものでなければ法人内に浸透していかないものと考えられ、**策定のプロセスを現場のスタッフによるボトムアップで進めることが重要**とされている。そのため、実際に筆者がヒアリングを行った事業所では、法人内で現場スタッフによるプロジェクトチーム等を組成し、現場の意見を取り入れながらクレドの策定を進めるケースが見られた（図表2-1参照）。

また、策定されたクレドは現場で活用され、ミッションや行動規範の浸透につながっていくことが求められる。そこで、多くの事業者で行われているクレドの常時携帯や朝礼等での読み合わせに加え、**クレドに記載されている内容をベースに自律的な判断が行えるよう、スタッフに対して一定の権限委譲を進めることも同時に重要**になると考えられる。

【図表 2-1】 ヒアリングにみるクレド作成プロセス



【出所】 ヒアリング等により筆者作成

● 法人内のミッションや行動規範の体現者を「お手本」として示す

法人としてスタッフに浸透・共有を図りたいと考えるミッションや行動規範がある場合、当該ミッションや行動規範をクレド等を活用して明文化することに加え、**スタッフや事業所による好事例を他のスタッフや事業所に対して「お手本」として示す**ことも一案である。

例えば、比較的規模の大きい事業所においては、自法人内部でケアの好事例に関する発表会等を定期的に開催し、ベストプラクティスの共有を図っているケースが散見される。また、法人内の優れた実践者を表彰、顕彰等を通じて身近な「お手本」として提示し、他のスタッフが当該スタッフの働き方、考え方を模倣することでミッションなどの浸透を図る取組みも見られた。

ミッションや行動規範は、「〇〇をすることが重要だ」という抽象度の高い内容にとどまっているケースが多い。それは、そうでなければ多様な局面で活用するための汎用性がなくなってしまうからだが、その一方で、抽象度の高さゆえに「腹に落ちた」理解をすることが難しい面もある。そのような問題に対し、**身近な職場の仲間の働き方、考え方をモデルとして示す**ことにより、ミッシ

ン等の具体的な理解と浸透を図ることが可能になると考えられる。

CASE

社内事例発表会によるケアの好事例の共有

【株式会社ソラストの取組み】

訪問介護事業大手の株式会社ソラスト（東京都千代田区／代表：荒井純一氏）では、全国にある同社の介護事業所からケアの好事例を収集し、社内で研究発表を行う「事例研究会」を毎年開催している。

同研究会では、すべての事業所が過去1年間を振り返って当該事業所において提供された「自立支援」に資する介護の好事例を選定。発表資料に取りまとめ、関西と関東のそれぞれの地区で発表会を行う。発表会には、役員や管理職も参加し、発表者に対して厳しい質疑が行われるとともに、優れた事例については、民介協が主催する「全国事例発表会」への応募という形で次のステップに進む。

こうした研究会を通じて、個々の事業所で行われているケアの工夫、知恵の可視化と共有が図られるとともに、同社における優れた事例、評価される事例とはどのようなものか、職員がそのモデルケースを理解することにつながっている。

CASE

身近なロールモデルとしての「ウェルフェア・コンシェルジュ®」資格の展開

【株式会社ソラストの取組み】

また、ソラストにおいては、同業他社の取組みやディズニーテーマパークのスタッフの行動基準である「SCSE」などを参考に、介護事業所での接遇・コミュニケーションの指導者資格である「ウェルフェア・コンシェルジュ®」を策定している。

職員の意欲向上、接遇・介護技術の要求水準の可視化などを目的として導入された同資格は、実務経験等の基準要件と社内での研修受講、および筆記、実技試験合格を通じて任命されるが、任命時には、単純な接客技術のみならず、「『自立支援』とは何か」、「要介護者の自立と尊厳の保持とは何か」ということに対する理解が重視される。

また、同資格については、同資格者を若手職員に対するロールモデルとすることも一つの目的とされている。若手スタッフが自身のケアのあり方などに迷った際に、介護職員としての身近な「お手本」として同資格者の働き方、考え方から学び、成長することが期待されている。

● 「利用者本位」のケアをイベントとして行う

多くの介護事業者においては、スタッフが目先の利用者対応に忙殺され、「自立支援」のミッションと行動規範が実務の中で一時的に忘れられてしまうケースもあるのではないだろうか。このような問題がある中で、上述のような事例発表会を開催することは、他の優れた取組みを認識し、定期的に「自立支援とは何か」を考え、自身の行ってきたケアを振り返る有益な機会だと考えられる。

その一方で、ソラストが行っているような事例発表会は、ある程度の事業所規模がなければ事例研究のための時間的余裕、研究会当日の人練りなどから開催が難しい面がある^{▶2}。

それに対し、今回実施したヒアリング先においては、**事業所の通常業務の中で「利用者主体」「自立支援」のケアを再認識するようなイベントを開催**することによって、スタッフが目先の利用者対応に忙殺され「自立支援」のミッションと行動規範が忘れられてしまうという事態を防ぐ取組みが見られた。

なお、こうした取組みについては、訪問介護事業者において行うことが難しい可能性もあるが、①小規模多機能事業所等の訪問系と通所系双方のサービスを提供する事業所や、②複合型の拠点において、通所介護等での取組みに訪問介護事業所のヘルパーが参画するような形式であれば、実践可能と考えられる（下記の事例も小規模多機能事業所での取組みである）。

CASE

利用者の夢をかなえる「夢の持つ力」

【株式会社尚進の取組み】

株式会社尚進（北海道札幌市／代表：関口忠男氏）では、自社の小規模多機能型居宅介護を利用している方々の生きる意欲を高め、また、スタッフが利用者の方々をより理解するための取組みとして、すべての利用者の方々の夢を実現するプロジェクトを実施した。

プロジェクトでは、まず、各利用者に対して、「あなたの夢は何ですか？」という質問を投げかけることからスタートするが、「特にない」という回答か、「若いころに戻りたい」というような実現不可能な回答が聞かれ、非常に難航する。

それでも粘り強く、本人の抱える希望や生活歴を聞き取るべくコミュニケーションを続け、何人かの利用者から夢を聞き出すことに成功。その夢（ジェームス・ディーンの写真が観たい、たててもらったお茶を飲みたい、など）の実現に向けて、スタッフが一丸となって努力することにより、利用者の不穏状態の安定化や気分の高揚が見られるなどの成果につながった。

併せて、このプロジェクトは、スタッフが利用者の持つ「見えない欲求・要望」について考える機会となり、利用者本位のケアとは何か、自立支援とは何かを考える組織風土づくりにも寄与することとなった。

● サービス提供プロセスの標準化

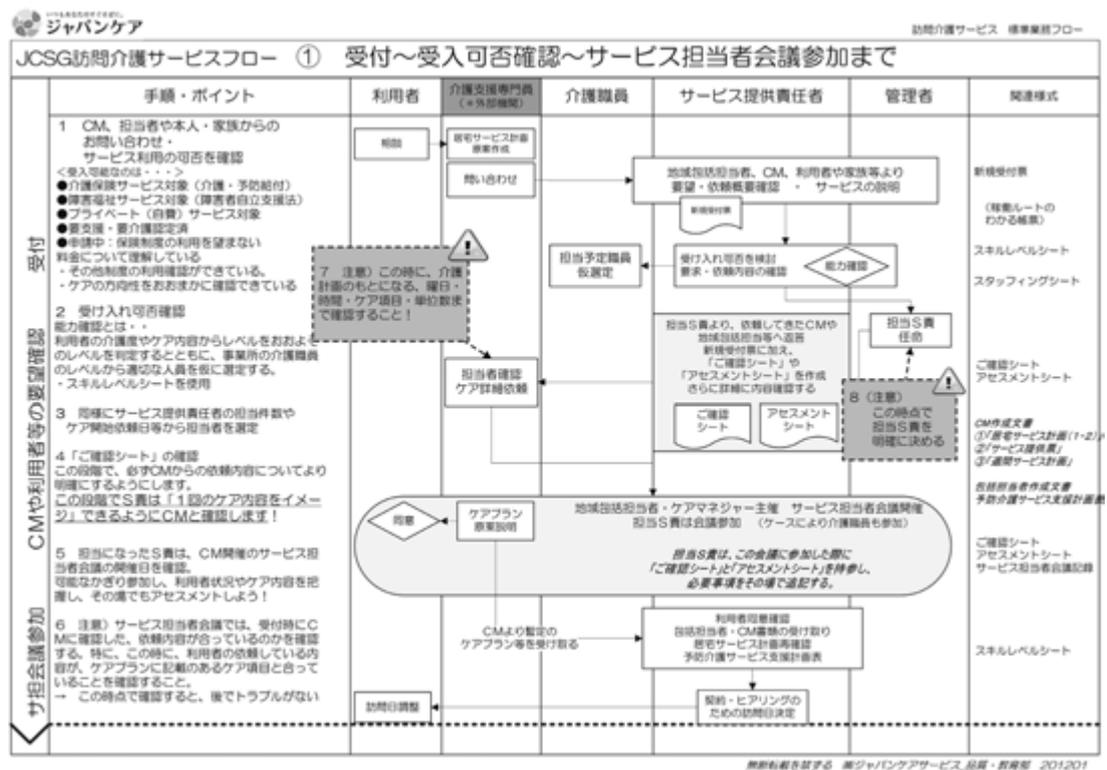
本項ではここまで、「自立支援」のミッションと行動規範の共有に向けて、当該ミッション等の明文化（クレドの作成）や、ミッションや行動規範等の体现者を組織内で参考とすべきモデルとして示す方法（社内事例発表会、ウェルフェア・コンシェルジュ[®]資格）について言及してきた。こ

うした取組みは、中長期的な視野に立って継続的に進めていくことで、法人内におけるミッション等の共有・浸透に有益なものと考えられる。

一方、訪問介護事業者においては、介護未経験の新規入職者も多いと考えられ、介護現場では、そうした介護未経験人材であっても早期にミッション等の浸透を図り、一定水準以上のケアを提供してもらうようにすることが求められる。

人材の経験や能力によるミッション等の浸透度合いとケア品質のバラツキを防ぐ手法を考えた場合、上述のようなクレドの理解や社内ロールモデルの模倣には一定の時間が必要になる。それに対し、ヒアリング先においては、マニュアルを制定し、当該マニュアルに沿ったケアを行ってもらうことで、経験の浅いヘルパーであっても早期に（あるいは自身が意識をしないうちに）「自立支援」のミッション等を踏まえたケアを行うことを可能にしている取組みが見られた。

図表 2-2 社内マニュアル（サービスフロー）の事例



【出所】 株式会社ジャパンケアサービス 内部資料

現場での実践教育を通じたミッション・行動規範の共有

● ミッション・行動規範の共有に向けた実践教育

前項では、ミッションや行動規範の共有・浸透に向けた「仕組み」として、法人全体の動き、制度的な動きに着目して、いくつかの取組みを紹介してきた。

本項では、より現場に密着した職員教育を通じたミッション等の共有・浸透のあり方について整

理したい。特にここでは、一般的な Off-JT や OJT ではなく、「スーパービジョン」の手法を応用しながら、現場での実践とその実践に対する振り返りを通じて共有・浸透を図っている事例を取り上げる。

● スーパービジョンを通じた職員教育

「スーパービジョン」とは、熟練した知識を持つ専門職（スーパーバイザー）が、同じ専門職にある若手人材（スーパーバイジー）の能力を伸ばす援助技術のことであり、以前より、介護職を含む対人援助職におけるスタッフ育成の手法として重要性が指摘されている。

スーパービジョンには、図表 2-3 に記載した 3 つの機能があるとされており、本セクションで取り上げているミッション等の共有・浸透においては、「①教育的機能」と「②支持的機能」が大きな役割を果たすものと考えられる。

また、スーパービジョンの手法には、図表 2-4 に挙げた①～③などがあるが、そのうち、今回のヒアリングでは、事業所管理者がスーパーバイザー、職員がスーパーバイジーとなるグループスーパービジョンを定期的で開催することで、自立支援のミッションの共有と、自立支援に資する介護の実現に向けた行動を促す教育を行っている事例が見られた。

図表 2-3 スーパービジョンの機能

スーパービジョンの機能	内容
①教育的機能	スーパーバイザーがスーパーバイジーの話を聞きながら、スーパーバイジーの持つ知識や技術を実際の介護実践に結びつける。また、今後、習得しなければならない知識や技術の明確化を図る。
②支持的機能	スーパーバイザーがスーパーバイジーの抱えている悩みや不安、問題などに耳を傾け、また、到達点を評価し、スーパーバイジー自身の気づき・成長を支援していく。モチベーションを高める。
③管理的機能	スーパーバイジーが実施したこと、実施しようとしていることを把握し、スーパーバイジーが職場の一員として能力が発揮できる環境を整える。

【出所】 Kadushin & Harkness (2002)³ の分類をもとに各種資料より筆者作成

図表 2-4 主なスーパービジョンの形態⁴

スーパービジョンの方法	内容
①個別（個人）スーパービジョン	スーパーバイザーとスーパーバイジーが一对一の関係で個人的に行うスーパービジョンのこと。
②グループ・スーパービジョン	事業所の複数のスタッフが集まり、グループワークや事例検討を通じて行うスーパービジョンのこと。
③ピア・スーパービジョン	事業所の同僚、職場の仲間同士で行われるスーパービジョンのこと。経験豊富な助言者としてのスーパーバイザーは必要としない。

【出所】 各種資料より筆者作成

CASE

「情報伝達会議」を通じた利用者主体のケアの実践

【医療法人社団三愛会の取り組み】

北海道士別市で小規模多機能型居宅介護事業所を運営する医療法人社団三愛会（理事長：小松作蔵氏）では、利用者の望む生活を実現するために、サービス提供体制強化加算要件にある「情報伝達会議」と内部研修の機会を利用した全正職員が参加するスタッフ教育を行っている。

同法人では、月末の情報伝達会議で翌月の利用者に対するケアの目標を設定し、ケアの合間に各スタッフが担当する利用者とのコミュニケーションを実施。その中で利用者の話を聞き、質問し、様子を観察し、その結果を記録にまとめている（下記の情報整理シートに記載）。そうして収集した情報の中から、利用者が自身の言葉で語る「やりたいこと」を拾い出し、その「やりたいこと」が次月末の伝達会議において翌月の新たな目標として設定される。

特徴的なのは、伝達会議で話し合われる内容であり、その月に行った利用者とのコミュニケーションについて、利用者がどのような状態の時にどのような声をかけ、どういった言葉を引き出したのか、その言葉は、専門職の判断ではなく利用者自身の言葉なのか、そしてその情報の記録はどのように行われたのか、といった点について徹底的に議論される。議論においては、事業所長である岡大輔氏がスーパーバイザーとなり、スタッフがスーパーバイジーとなるグループスーパービジョンの手法が用いられる。

こうした取り組みは、岡氏が講師を務める介護支援専門員研修において、「現場が自立支援を理解してくれていない」という声が聞かれる一方で、現場のスタッフからは「ケアマネが現場のことをわかってくれない」という相反する意見に直面したことがきっかけとなっている。こうした両者のギャップを埋め、すべての職種が「自立支援」を理解するための研修として内部研修と現場のリンクを念頭に伝達会議の活用を思い立った。

伝達会議を導入する以前（また導入した当初）は、サービス提供側の専門職としての判断のみによってケアの目標を設定する傾向があったが、同会議を継続することにより徐々に利用者側に立った情報収集を行い、利用者の意思を記録に残すようになってきている。

また、こうした伝達会議を毎回開催することにより、スタッフが利用者に対する洞察を深めるとともに、利用者主体のケアとは何か考え、また、日々のケアと自立支援を結びつける視点を持つようになるなど、教育的な成果が上がっている。

●情報整理シート

氏名	氏	期間 月 日～ 月 日 No. _____			
ADL や意欲	主な訴え	サービス提供時の 特段の要望	家族を含む環境	サービス提供時の 状況	その他必要な事項

●登録ヘルパーに対するスーパービジョン

なお、直行直帰の働き方のヘルパーが多い訪問介護事業所においては、事業所の管理者が全スタッフに対してスーパービジョンを行うことは難しい面があると推察される。しかし、多くの介護事業者においてはケアカンファレンスが定期的に行われているケースも多く、その機会を活用してミッションの共有などを進めていくことも可能である。

「ケアカンファレンス」とは、医療や福祉の現場で、よりよいケアのために専門職等の関係者が、情報の共有を図ったり、問題の解決策を検討するための会議のことである。

ケアカンファレンスにおいては、要介護者に関する情報共有のみならず、スタッフが学びや気づきを深めるために、事例検討を行うこともあり、こうした機会を活用してサービス提供責任者を中心としてスーパービジョンを行ったり、ピア・スーパービジョンを通じて登録ヘルパー間で気づきを得る機会を醸成することが重要である。

また、過去に筆者が実施したヒアリングにおいては、①月1回土曜日に登録ヘルパーが全員参加する研修を開催し、グループワーク等を実施している事例、②研修担当者が毎月全スタッフを訪問し、15分程度の面談を行う取組み、③茶話会などと研修を一体的に開催してヘルパーに集まってもらうなどの取組みが見られ、先進的な事業者においては**ケアカンファレンス以外にも積極的に登録ヘルパーに集まってもらい、育成するための工夫**が行われていた。

ただし、スーパービジョンの成果はスーパーバイザーの質により左右されるものと考えられることから、例えばカンファレンス時にスーパービジョンを行うにあたっては、**現場の管理者であるサービス提供責任者のスーパーバイズ能力を徹底して鍛えておく**ことが求められる（p.49～53、トピックス1～2参照）。

POINT 1

「自立支援」のミッションや行動規範の可視化を図り、共有・浸透を図る

- 法人が重視する「自立支援」のミッションや行動規範について、スタッフにわかりやすい形で可視化する。
- 可視化の手法としては、中長期的な浸透策としてクレドの作成、身近なロールモデルの設定、社内イベントの開催、短期的な浸透策としてサービスプロセスの標準化（マニュアル作成）などが考えられる。
- 短期的な浸透策と中長期的な浸透策を組み合わせ、訪問介護サービスに多い登録ヘルパーや介護未経験人材に対して「自立支援」のミッションや行動規範を伝える。

POINT 2

現場での実践的な教育を通じてミッションと行動規範の共有を図る

- 法人内部の基盤整備を行うとともに、現場でのケアとその振り返りを通じてミッションと行動規範を身につけることが重要である。
- ヒアリング先においては、「スーパービジョン」の手法を活用した実践教育が進められており、管理者がスーパーバイザーとなり、スタッフをスーパーバイザーとして定期的な教育が行われていた。
- 直行直帰型の働き方が多い登録ヘルパーに対しては、ケアカンファレンスその他の席上でスーパービジョンを行うことが考えられるが、その前段として、サービス提供責任者のスーパーバイザーとしての能力育成を図ることが重要である。

- ▶1 民介協ホームページ (<http://minkaikyo.info/profile/outline.html>) からPDF版の閲覧・ダウンロードが可能である。
- ▶2 筆者の実施したヒアリングでは、売上高10億円程度、5～10拠点程度以上の規模の法人において、内部の事例発表会を開催しているケースが多く見られた。
- ▶3 Kadushin, A., Harkness, D. (2002). *Supervision in Social Work 4th ed*, Columbia University Press.
- ▶4 表に記載したもの以外に、セルフ・スーパービジョンやライブ・スーパービジョンなどの形態がある。

3 わかりやすさとスタッフを巻き込んだ「自立支援」の共有

本

セクションではここまで、自立支援の考えを組織内で共有していくうえで、スタッフ間で共有すべきこと（自立支援のミッションと内省・継続を継続する行動規範）、および共有を行う際の課題について整理をした。併せて、組織内で自立支援のミッションなどの共有を図っていくための具体的な手法について紹介してきた。

本節では、セクション2のまとめとして、自立支援のミッションなどの共有・浸透を進める際に重視すべきポイントを整理していきたい。



抽象的な概念の加工、スタッフ参加型の共有

● ヒアリング先における取組み事例等の特徴

セクション2においては、クレドの作成、社内事例発表会の開催とウェルフェア・コンシェルジュ®の策定（ソラスト）、利用者主体のケアを意識するイベントの実施（尚進）、グループスーパービジョンを通じた実践的教育（三愛会）、登録ヘルパーに対するスーパービジョンなどに関するトピックを紹介した。

これらのトピックの内容を要約すると、組織内で自立支援のミッションなどの共有を図っていくため、「**抽象的な概念をわかりやすく**」することと、**共有・浸透のプロセスに「スタッフを巻き込む」ことがポイント**になると考えられる。

● 抽象的な概念をわかりやすく加工する

自立支援の考えを「組織内で共有する」といった場合、本セクションの冒頭部で述べたように、「そもそも共有すべきものは何か？」ということが問題になる。この点に関して本稿では、①「自立支援に資する介護を重視するミッション」⁵と、②「常に現在のケアの内容を内省し、『より良いケア』『最適のケア』に向けて試行錯誤を続けていく姿勢（行動規範）」、という2つを挙げた。

この①と②については、非常に抽象度が高く、多くのスタッフにとって「腹に落ちる」理解をすることが難しい面がある。そこで、こうしたミッション等を直観的に理解できるよう明文化し、より身近なロールモデルを設定し、わかりやすく加工したうえで浸透を図っていく取組みを本セクションでは紹介した。

法人において自立支援の考えを組織内で共有していくためには、**自法人の実態を踏まえ、かつ、自法人の言葉を用いてミッション等をわかりやすく加工**していくことが求められる。

◎ スタッフを巻き込んだ取組みを進める

また、本セクションで取り上げた事例においては、トップダウンによる一方向の共有策の提示や「教える－教わる」という形の一般的な Off-JT あるいは OJT ではなく、スタッフ参加型の取組みが中心であった。

ミッションや行動規範は、現場のスタッフによって共有され、ケアの現場で実践されてこそはじめて意味がある。経営理念に関する先行研究においては、理念の作成や浸透に従業員が参画することで組織内での浸透度が高まるといわれており、そうした先行研究や今回の事例を踏まえれば、自立支援のミッション等の浸透についてもスタッフを巻き込んだ取組みが必要といえよう。

POINT

わかりやすさとスタッフの参加を重視した「自立支援」の共有の推進

- 本セクションで取り上げた事例やトピックを見ると、組織内で自立支援のミッションなどの共有をしていくためには、「抽象的な概念をわかりやすく」することと、共有・浸透のプロセスに「スタッフを巻き込む」ことが重要となる。
- 「自立支援」のミッション等は、非常に抽象度が高く、多くのスタッフにとって理解をすることが難しい面がある。そこで、ミッション等を直観的に理解できるよう明文化し、より身近なロールモデルを設定するなど、自法人の実態を踏まえ、かつ、自法人の言葉を用いてミッション等をわかりやすく加工して共有を進めていくことが求められる。
- ミッションや行動規範は、現場のスタッフにより共有され、ケアの現場で実践に反映されてこそはじめて意味がある。経営理念に関する先行研究や本セクションの事例を踏まえれば、スタッフを巻き込むことでミッション等の浸透が円滑に進むものと考えられる。

▶ DISCUSSION

- Q1 ▶ あなたの事業所において、他のスタッフの「お手本」となる人材は誰か考えてみてください。また、なぜそのスタッフが「お手本」となるか、理由を考えてみてください。
- Q2 ▶ あなたの事業所において、効果的なスーパービジョンを行うための方法を考えてみてください。
- Q3 ▶ 登録ヘルパーに対してスーパービジョンを行うにあたり、どうすれば多くの登録ヘルパーに集まってもらうことができるか、考えてみてください。

▶5 より具体的にいえば、「在宅の要介護者の「自立と尊厳の保持」に向けて、介護サービスを提供すること」とした。

スーパービジョンは 成熟したスーパーバイザーの存在により成り立つ

医療法人社団三愛会 総合福祉センターさんあい センター長
岡 大輔

① スーパービジョンの意義

対人援助職におけるスーパービジョンの意義は、プロフェッショナルとして働き、それを次の担い手に伝達するために必要な実践であると考ええる。

実践には、理論と現実があり、起こりうる「多種多様な」できごとが存在し、テキストだけでは教えることは困難であり限界がある。実践においては、様々な場面やクライアントの行動があり、具体的な状況や現象のすべてに通用する万能の対処方法は専門書には書いていない。講義やテキストでは、具体的な現象を理解するための理論や概念、あるいは、症状と原因と因果関係、また、これらの問題に対処すべき方法の基本や原理原則などを一応は知ることができる。しかし、それを現実のケースの取扱いにおいて応用できるかは別問題である。

スーパービジョンとは、「教室の講義や教科書で論じられている事柄のすべてが具体的なクライアントの援助場面で生かされているかどうかを再度問われる場」である。また、現実には、「講義や専門書では言い尽くせぬほど多種多様な『伝達すべき知識、技術』」があり、それらを理論的にどのように説明するのか、を改めて認識する場でもある。

② それぞれの専門職としての視点の重要性

スーパービジョンにおいては、常に「〇〇職」としての視点を外さないことが重要である。「〇〇職」としての立場から何をしたのか。また、何ができ、何をすべきであるのか（管理的機能/後述）、「〇〇職」としてどのような視点を持ち、それをいかにして実践に結びつけるのか。また、他職種との視点の違いを学び、そこをいかにクリアして連携を図る手段を知るか（教育的機能/同）。さらに、「〇〇職」として何を大切に仕事をしていくかの保障と安全感を得るか（支持的機能/同）。これらの継続により、専門職としてのアイデンティティが確立される。

確立されたアイデンティティは、ひとりのスーパーバイザーがスーパーバイザーとなり、次の世代のスーパービジョン関係へ拡大していく。専門職としてのアイデンティティの確立と拡大により、真の専門職集団となるのである。

③ スーパービジョンの種類

スーパービジョンの種類には、(1) 個別スーパービジョン、(2) グループ・スーパービジョン、(3) ライブ・スーパービジョン、(4) ピア・スーパービジョン、(5) コンサルテーション、の5つがある。

(1) 個別スーパービジョン

個別スーパービジョンは、スーパーバイザーとスーパーバイジーが1対1の面接形式で行われるものであり、1つのケースについて深く掘り下げることができる。また、スーパーバイジー個人の問題を取り扱う場合にも適している。さらには、それぞれのスーパーバイジーの専門職としての到達状況に合わせてスーパービジョンが行えるという利点がある。

(2) グループ・スーパービジョン

グループ・スーパービジョンは、スーパーバイザーを含むグループで行われるものをいい、ケース会議や事例研究会、あるいは研修会といった形で行われていて、わが国の施設での意識されたスーパービジョンとしては、この形をとっていることが最も多いといえる。

長所としては、メンバーが仕事をしている環境や背景が同じであるため、共通する関心が多いので、相互理解がなされやすい点が挙げられる。また、メンバーが意見交換することにより学習効果も期待できる。つまり、他のメンバーの意見を聞き、相互に意見を交換することで、新しい気づきや共感が生まれることである。

短所は、スーパーバイジーの個人的な気持ちや問題が、個別スーパービジョンよりも隠され、自己覚知を高める討議が表面的になってしまう傾向があることである。またメンバー同士がなじみづらい傾向があると、他人事的な発言と捉え、気づきや共感が得られなくなることもある。

(3) ライブ・スーパービジョン

ライブ・スーパービジョンとは、面接のその場に同席したり、面接を収録した録音テープやビデオを通じて行われる方法である。

(4) ピア・スーパービジョン

ピア・スーパービジョンとは、同僚間で行われるものをいい、グループにおいて自主的に活動するケースがよく見られる。この場合、スーパーバイザー、すなわち他のメンバーよりも抜きんでて能力が高いワーカーが存在しないが、それだけ親しみやすい雰囲気の中でグループ討議を進めることができる利点がある。ただし、経験の浅い人だけで行うと、単なる話し合いや愚痴の言い合いに終わってしまうこともあり、メンバー構成や行い方に注意が必要である。

(5) コンサルテーション

コンサルテーションとは、業務遂行上、ある特定の専門的な領域の知識や技術について助言を得る必要があるとき、その領域の専門家（他職種）、つまりコンサルタントに相談する、あるいは助言を受けることをいう。

④ スーパービジョンの機能

スーパービジョンの機能としては、(1) 管理的機能、(2) 教育的機能、(3) 支持的機能、の3つがある。

(1) 管理的機能

管理的機能としては、①職員補充と選別、②業務の監視、点検、勤務評定、③ワーカーの就任と配置、④連絡調整業務、⑤業務計画、⑥コミュニケーション機能、⑦業務配分、⑧管理上の緩衝器としてのスーパーバイザー、⑨業務の委任、⑩改革者としてのスーパーバイザーが挙げられる。

(2) 教育的機能

教育的機能には、業務遂行上に必要な知識・技術を教える機能と、訓練する機能が含まれている。「教

える機能」とは、組織運営、会議運営、企画や記録管理の仕方、処遇計画の立て方、個別・集団処遇の仕方を具体的に教えることであり、「訓練する機能」とは、その能力の向上を図ることをいう。

(3) 支持的機能

支持的機能とは、クライアントを援助するワーカーをスーパーバイザーが側面的に支持することである。側面的に援助するとは、ワーカーの業務を認め、励ますことであるが、ワーカーが一定の専門職業上の役割をとれなければ、役割の主体である「自己」を知ることを援助しなければならない。

⑤ スーパーバイザーたりうる条件

スーパービジョンを行ううえで課題となるのは、昔も今もスーパーバイザーがいない、ということである。自分の力量がどの程度であるかがわからなく、どの段階まで達しているのか理解できていなかったり、経験年数があることで自身を実際よりも高い段階に達していると錯覚している人間がスーパーバイザーを名乗っているケースが多く見られる。

重要なことは、臨床の実践家として、目に見えない、形にならない世界を根拠立てて映像的に言語化でき、異なる職種や分野への伝達も可能である、自分のポジションニングをしっかりと認識している人が、スーパービジョンを実践する必要があるということである。

スーパーバイザー自身が、きちんとスーパービジョンの講義や演習を受け、現場で実践して、自らもスーパービジョンを受け続けること。その際、スーパーバイザーが語ることに耳を傾けて聴くことができ、スーパーバイザーが自ら気づけるように語りかけることができるようになると努力することが最も重要であると考えている。

「自立支援」に向けたケアの実現のために

ーサービス提供責任者の役割と重要性の観点からー

株式会社エム・デー・シー（現代マネジメント研究会）

菅野 雅子

① サービス提供責任者は「自立支援」に向けた総合コーディネーター

訪問介護サービスにおいて、個々の利用者の「自立支援」を最も深く考え、方向づけができるのは、利用者接点に位置しサービス品質を管理するサービス提供責任者ではないでしょうか。私は調査研究や職員研修の場などで多くのサービス提供責任者にお会いする機会がありますが、サービス提供責任者の利用者に対する「思いの強さ」と「力量」がケアの方向性を左右するということを感じさせられます。利用者の真のニーズに接近し、利用者にとってどうすることが一番良いことなのかを常に考え続け、利用者本人、そして家族、ヘルパー、ケアマネジャーや医療職種、関係機関と連携をとりながら、それをケアに反映させていく——サービス提供責任者は在宅で「その人らしく」終末期を送るための総合コーディネーターなのだなど。

サービス提供責任者の方々はしばしば「ケアマネジャーの作ったケアプランが、必ずしも利用者本人が真に望むサービスになっているとは限らない」と言います。サービス提供責任者がケアプランを自立支援に向けてどう具体的に訪問介護計画書や手順書に落とし込んでいくかが重要になってきます。また、利用者の日々の暮らし方全体をよく把握・理解しているサービス提供責任者が、利用者、家族、ケアマネジャーに対してケアプランの改善提案をしていくという意義は大きいと思います。ヘルパー任せでもダメ、家族やケアマネジャーの言う通りでもダメ。利用者・家族と信頼関係を構築し、利用者が自立の維持・向上に向けた意欲を持てるよう、また家族の協力を引き出せるよう、相手方の特性や個別性に合わせた対応を行う——いずれもサービス提供責任者の力量が問われるところです。

② サービス提供責任者の力量を高めることが重要

「自立支援」に向けたケアを実現するためには、サービス提供責任者の育成が重要であることはいうまでもありません。「自立支援」が単純に「これだ」という正解があるものではないだけに、これまでの知識・技術・経験・情報等を統合し有効に活用して、新たな課題解決に取り組む応用力を養う必要があります。

以前、私がサービス提供責任者の方に対しキャリア形成に関するヒアリング調査を実施したときに、とりわけ「難しいケース」への対応がサービス提供責任者としての力量を高めることにつながっていることがわかりました。「難しいケース」とは、「認知症」「医療的ニーズが高い」「精神疾患」「難病」「ターミナル」「サービス拒否」「本人の要求が高い」「暴力・暴言」「家族関係不良」「虐待」「経済的困窮」「家族の要求が高い・難しい」などの例が挙げられていました。

「利用者にとって一番良いことは何だろうか」「これで良いのだろうか」と常に自問自答を繰り返すとともに、チームの中で検討を重ね関係者と連携する中で、自立支援に向けたケアを模索していきます。「難

しいケース」への対応は、利用者や家族の性格、精神状態、ケアの方法、関連職種との連携、インフォーマルサービスとのつなげ方、ヘルパーへの指導など、トータルで細やかに対応しなければならないことが多く、精神的にも物理的にも負荷が高いことは確かだと思います。負荷が高いからこそ、深く考え振り返り、サービス提供責任者本人の成長にもつながるのだと思います。

このように、難しいケース・多様なケースに対応する機会があること、ケースについて自分自身で振り返ったり意見交換を行う場があり、学びと次の試行につなげる機会をつくることなどが必要です。小さな事業所で担当が固定化していると、経験する利用者も限定されてしまいます。そのような状態が続くと、サービス提供責任者の力量もなかなか伸びていかないものです。自分の経験だけに頼る知見は限定的になってしまいますので、事業所を超えた単位でのサービス提供責任者同士のケース検討や交流の機会も、自らの振り返りと新たな気づき、触発、意識変化等につながっていきます。

最近、地域の中で「学び合い」を志向するインフォーマル・グループも増えてきているようです。常に答えが一つではないからこそ、経験したことを省察し、自らの経験を俯瞰的な観点、多様な観点から振り返りを行い、経験を一般化あるいは概念化し、他の状況でも応用可能な力を身につけていくという経験学習のサイクルを構築することが有効ではないかと感じています。そうした学習の積み重ねにより、「自立支援とは何か」というテーマへの接近が可能になるのではないのでしょうか。

③ これからの高齢者の自立支援とは

団塊の世代が前期高齢者に到達しています。彼らは、戦後の経済や社会の変化の節目において、新たなライフスタイルや価値観、行動様式をつくり出してきた世代です。厳しい競争社会を生き抜いてきた世代ともいわれています。自分のニーズや主張を強くはっきり口にする人が増えてくるかも知れません。

利用者が口にしたニーズが、その方にとって本当に良いことだとは限りません。自立とは逆に、「〇〇してもらって当たり前」「やってもらって当然」と他者に依存しようとするニーズが強い人もいるでしょう。良かれと思って提案することが、受け入れられないこともあるでしょう。サービス提供責任者は、利用者接点の場面で言語・非言語のコミュニケーションを通じて、自立支援の観点からその人にとって何が一番良いことなのかを見出ししていかなければなりません。そのアプローチがこれまでの高齢者とは異なってくることも予想されます。

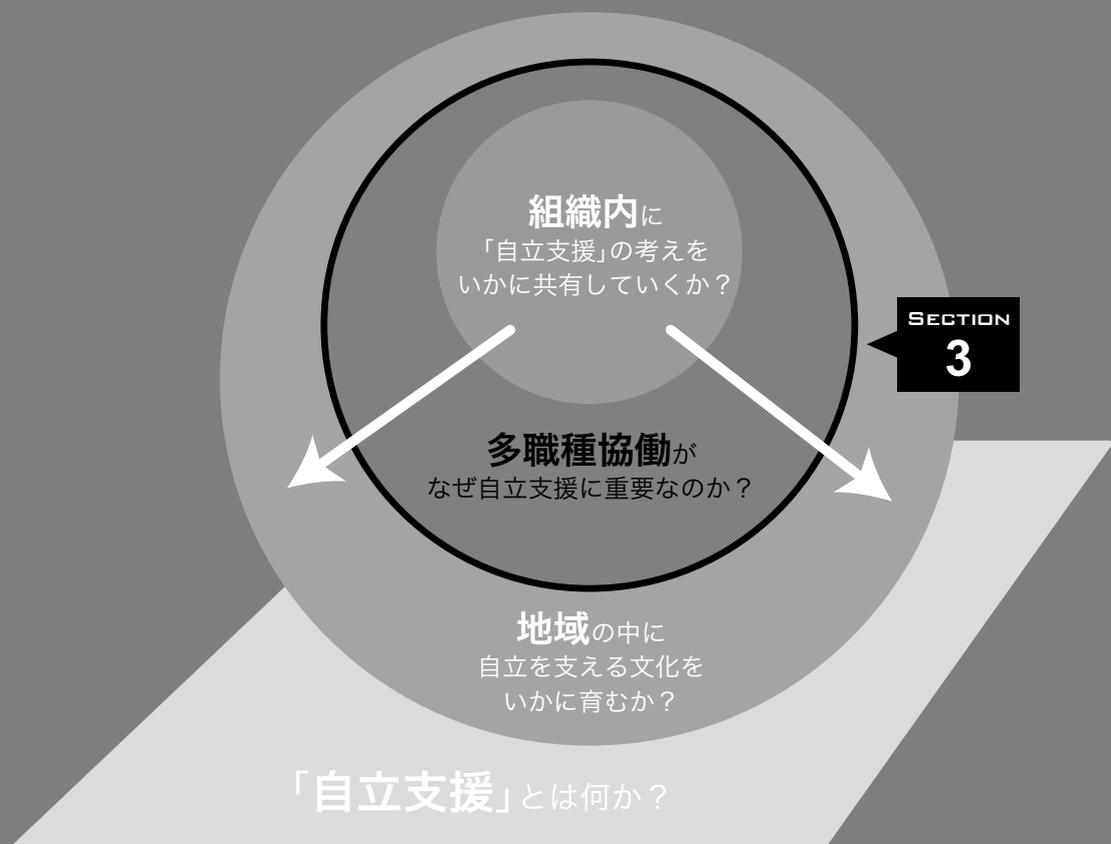
先輩世代の生き方や価値観に直に触れ、その世代・その人に合ったケアのあり方を模索していくことが必要で、利用者接点にいるサービス提供責任者の役割はますます重要性を増していくのではないのでしょうか。

SECTION

3

多職種協働が なぜ自立支援に重要なのか？

本セクションでは、「自立支援」に資する介護を進めるうえで必要となる多職種協働、チームケアに着目し、その重要性と連携を進めるうえでの課題を整理する。また、円滑な協働体制の構築に向けた取組みの方向性を示す。



1 なぜ「多職種協働¹」が重要か？

介 護の現場においては、医療やリハビリ、経済的な困窮など様々な支援ニーズを抱えている要介護者が見られる。現在の介護保険制度では、訪問介護サービス事業者が単独でそうした多様なニーズに十分に対応していくことは難しい面があり、医師や理学療法士、保健師など多様な専門職や他の事業者と協働をしながらケアを提供していくことが必要となる。

本節では、訪問介護事業における多職種協働の重要性と協働に当たっての課題について整理を行う。

多職種協働が求められる背景

● 地域包括ケアシステムにおける多職種協働の重要性

いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となる 2025 年には、我が国の 75 歳以上人口は 2,000 万人を超え、高齢化率は 30.3% に達すると推計されている。併せて、単身高齢者や認知症高齢者なども急激に増加するものと考えられている。

こうした高齢化の急速な進展に対応するため、国においては「地域包括ケアシステム」の構築が進められており、その実現に向けては、在宅で生活を送ることを希望する高齢者の多様な支援ニーズに対応するために多職種協働体制の推進を図ることが強く求められている。

多職種協働については、医学教育などの分野では「専門職連携 (IPW : Interprofessional Work)」と呼ばれ、医療・保健・福祉の専門家が連携して在宅療養を行う患者のサポートをするための取り組みとされている。しかし、**地域包括ケアシステムにおいては、「多職種」の範囲について看護師や介護福祉士などの医療・福祉専門職にとどまらず、行政や地域ボランティアとの連携、関係構築も重要になると考えられている。**

また、『社会保障制度改革国民会議 報告書』の中でも地域包括ケアの実現に向けて多職種協働の重要性に触れられており、「介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていく」ためには、介護に加え、「訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠」(同報告書 p.29) との記載がなされている。

● 協働時に訪問介護事業者に期待される役割

本書が主たる読者として想定している訪問介護事業者においても、当然のことながら要介護者の様々なニーズに対応し、自立を支援していくために、医療職やソーシャルワーカー、理学療法士や作業療法士などの様々な専門職と協働を図り、チームとしてケアの質を高めていく必要がある。

医療などの専門職や他の介護サービス事業者の側から見れば、**訪問介護事業者は、他の専門職やサービスと比較して要介護者と接する時間が長く（頻度が高く）、本人の日々の状態変化をいち早く察知することができる**という特徴を有している。また、一般に把握しづらい**家族・親族関係や経済状態など、ICFの尺度でいえば、「個人因子」や「環境因子」の把握が比較的行いやすい面**もある。

今回ヒアリングを実施したある病院の医療福祉連携担当者によれば、こうした要介護者の生活に関する情報は医療機関や医療職では得られないことが多く、そうした情報の提供に関して訪問介護事業者との協働に大いに期待をしているとのことであった。



多職種協働における阻害要因

● 多職種間でのコミュニケーション上の問題

多職種協働については、上述のように「地域包括ケアシステム」の実現に影響を与える重要な概念であるとともに、介護の現場においても関係する事業者にとってメリットが大きいものと考えられる。特に訪問介護事業者の持つ、要介護者の生活に関わる情報をアセスメントする能力に対する期待は大きい。要介護者に寄り添うことで蓄積された当事者の生活に関する知識や当事者の自宅の様子を他の事業者や専門職へ伝えていく、その情報のチャネルとして訪問介護の現場スタッフに対する役割期待が高まっている。

しかしながら、前出の『社会保障制度改革国民会議 報告書』によれば、「**医療・介護サービスの提供者が現場レベルで『顔の見える』関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない**」（同報告書 p.29）とされ、全国的に見て多職種協働は円滑に行われているとは言い難い側面もある。

協働が困難となる背景としては様々なものが考えられるが、今回のヒアリングでは、①**接触頻度が少なく、地域の専門職の顔と名前が一致しない**、②**他の専門職（特に医療職）がどのような情報を求めているかわからない**、③**他の専門職に相談等の対応をしてもらえない**、④**自身の判断やスキル、知識に自信が持てない**、といった意見が比較的多く見られた。

こうした①～④の理由が重なり、結果として、それぞれの専門職が自身の価値観や視点で要介護者に対するケアを行い、協働チームの中で目標の共有が進まないといった問題が顕在化しているものと考えられる。

いずれにせよ、上記のようなヒアリング結果などを踏まえれば、協働を困難にしているのは、制度的な要因というよりも、むしろ、コミュニケーション上の問題が大きいことを示唆している。

POINT

要介護者の多様なケアニーズに対して
多職種協働を通じて支援を行う

- 要介護者の医療や福祉に関する多様なニーズに対応するためには、訪問介護事業者のみならず多様なサービス、専門職との協働が必要になる。
- 多職種協働の推進は、地域包括ケアシステムの実現に向けて重要な視点であるとともに、個々の事業者や要介護者にとってもメリットが大きいものと考えられる。
- しかし、必ずしも多職種協働は円滑に行われておらず、その背景には制度的な問題というよりも、コミュニケーション上の問題が存在している可能性が高い。

▶1 多職種間の関係においては、要介護者の自立支援に向けて複数の専門職や介護事業者、行政といったケアの担い手が求められる役割を個々に果たすこと（連携）を超え、顔の見えるつながりをベースとして相互に協力してQOLの改善を進めていくこと（協働）が重要と考えられる。そこで、本セッションでは、多職種「連携」ではなく、多職種「協働」の用語を用いる（固有名詞を除く）。

2 効果的な多職種協働体制の構築に向けた取り組み

前 節では、「地域包括ケアシステム」における多職種協働の意義と実際に協働を進めるうえで見られるいくつかの課題について整理を行った。

本節では、当該課題を踏まえ、地域において多職種間の協働を効率的かつ効果的に進めていくための仕組み、仕掛けについて事例を交えながら紹介をしていきたい。

多職種協働の土台づくり

● まず「顔の見える関係」をつくる

前節で、『社会保障制度改革国民会議 報告書』における、顔の見える関係を構築してサービスの質の向上を実現できている地域は少ないとの指摘を引用した。この「顔の見える関係」について、「仮に介護において何か問題が発生した際に、専門職が気軽に相談や質問をし合えるような関係」と置き換えてみても、そうした関係が地域の中でつくられているケースは少ないのではないかと。

また、「あの人が聞きやすい、相談しやすい」という専門職を、地域の中でできるだけ多く確保しておくことが多職種協働の第一歩だと仮定すれば、この人脈のストックが個々の介護職の中で十分に構築されていないということもできる。あるいは、より初歩的な問題として地域の専門職の「顔と名前が一致しない」ということを指しているかもしれない。

通常、ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議などの席上で、要介護者のケアに関わる多職種間の情報共有やネットワークの構築が行われているものと考えられる。しかし、その一方で当該会議の開催頻度は要介護者の状態やケアマネジャーの考えにより様々であり、主治医などが参加しないケースもあるとの意見も聞かれる。

「顔の見える関係」を広げていくためには、専門職同士が「知り合う」ことがその第一歩と考えられる。しかし、ケアマネジャーの考え方などによっては「知り合う」機会、接点を持つ機会自体が限定されてしまい、その結果、介護職の間で関係が完結してしまったり、ネットワークの多様性が失われてしまうような事態も生じるのではないだろうか。

こうした接点不足の問題に対しては、特定の要介護者のケースを離れ、**セミナーや交流イベント**などの開催を通じて地域の専門職同士が「知り合う」ことから始め、**地域全体で気軽に相談をしやすい風土づくりを行うことが解決策の一つ**として考えられる。

CASE

仙台における「ささかま hands」の取組み

【株式会社ジャパンケアサービス（東京都中央区／代表：馬袋秀男氏）の事例発表会応募事例をベースに作成】

宮城県仙台市では、2013年1月より専門職間の「顔の見える関係づくり」を目的として、交流会が開催されている。「せんだい医療・福祉多職種連携ネットワーク ささかま hands」という名称の交流会では、2カ月に1回程度の頻度で地域の専門職が集まり意見交換や懇親を行う場を設け、介護や医療の現場での協働の素地づくりを進めている。

当初は18名の参加者でスタートしたが、現在はその数が86名まで拡大し、参加者の背景も医師、看護師、薬剤師などの医療職からリハビリ職、ケアマネジャー、介護福祉士など多様化しつつある。また、こうした交流機会に関係を持った専門職が、実際にケアの現場で協働を行う事例も散見され、地域の要介護者に対するケアの質の向上にも目に見える形でつながり始めている。

今後は、参加者数の拡大や参加者の成長に向けて、意見交換や懇親が中心となっている現在の形から、研修やグループワークなども積極的に取り入れていく予定である。

● 多職種協働の重要性を共有する

上述した「ささかま hands」のような取組みを通じて「顔の見える関係」を構築することにより、地域において少なくとも「顔と名前が一致する」専門職の数は増加し、相談あるいは提案などを行う際の心理的障壁が一定程度は低くなるものと考えられる。

次のステップとしては、多職種協働の円滑化に向けて「顔の見える関係」づくりを行うとともに、**協働の重要性を共有し、また、専門職同士が他の職種の役割を理解し、尊敬し合う関係の構築を進めていくことが求められる。**つまり、「知り合う」から「わかり合う」へと関係性の深化が必要になってくる。

こうした関係性の深化は、単純に交流機会の数を重ねるだけではなかなか進まない面もあり、また、仮に交流機会だけで専門職として相互に尊敬し合い、認め合う関係を構築するためには、長い時間を要する。さらに、集まりの企画内容を相当工夫しなければ多様な参加者を継続して引きつけることは難しいものと推察される。

今回のヒアリングでは、近年、大学の医学部等の医療系教育機関などで関心の高まりが見られる、「多職種協働教育（IPE：Interprofessional Education）」を、地域の医師などと連携して実践し、協働の重要性と各職種の役割を「わかり合う」ための取組み、いわば地域版 IPE を実施している事例が見られた。

地域の専門職同士がお互いに知り合い、また、相互の職種に対する理解と尊敬を持つことができれば、多職種協働に向けたハードルは大幅に低くなるものと考えられる。

CASE

多職種協働に向けた「ごちゃませ研修」

【新生グループ・特定非営利活動法人校舎のない学校の取組み】

特定非営利活動法人校舎のない学校（岐阜県池田町／代表：石原美智子氏）では、揖斐郡北西部地域医療センター・センター長の吉村学医師と協働し、岐阜シティ・タワー43（同県岐阜市）にある同グループの介護事業所を活用した多職種協働研修「ごちゃませ研修」を行っている。

同研修は、吉村氏が2011年に同郡揖斐川町において地域の介護事業者や医師会を巻き込んで行った研修がベースになっている。揖斐川町で実施した際には、グループワークを基本として、実際の事例を基にしたロールプレイ（寸劇）とその後に共同作業と振り返りを行う形式^{▶2}で行われ、医師を含む多数の参加者と研修後の協働実績などの成果が見られ、岐阜市では、その都市型という位置づけで行われている。

岐阜市における「ごちゃませ研修」については、多職種協働に関心を持つ医療福祉専門職が参加し、1日あるいは3日の日程で行われる。1回あたりの参加者は4～5名に絞るとともに、様々な分野の専門職が参加するように配慮されており、岐阜シティ・タワー43にある新生グループの事業所（通所、訪問看護など）の現場を中心としたフィールドで行われる。

研修のプログラムは、フィールドワークやグループワーク、ディスカッションなど多様であり、研修全体を通じて「医者や看護師がヘルパーの訪問に、また、介護職が往診や訪看の訪問へ同行するなど他職種の現場体験を通じて他職種を理解し、そのうえで自分の役割を再認識し、明日からの行動につなげる」という一連の意識の変革の流れが生まれるように工夫が行われている。2010年に研修がスタートしてから現在までに100人以上が受講し、地域の専門職の意識変革に大きな成果を上げている。

●現場実習スケジュール

	医師	ケアマネ	介護福祉士	作業療法士				
1日目 (月)	休憩	休憩	休憩	休憩				
	13:30 14:30	アンキーノ Aケース	13:30 14:30	アンキーノ Aケース	13:30 16:00	デイサービス Cケース(夫)・Eケース	13:30 14:10	ケアマネ Gケース
	14:45 16:15	LSA	14:45 15:40	訪問介護 Dケース	14:20 16:10	訪問介護 Aケース	14:20 15:10	訪問介護 Aケース
			15:50 16:20	ケアマネ Aケース				往診 Aケース
2日目 (火)	8:50 9:40	訪問介護 Bケース	8:50 9:40	訪問介護 Dケース	8:50 9:40	訪問介護 Cケース(夫)	9:00 11:00	デイサービス Aケース・Bケース
	9:45 11:00	元気塾(保育)	9:45 10:45	訪問看護	9:50 10:40	ケアマネ Cケース(夫妻)	11:15 12:00	訪問看護 Gケース
	11:00 13:00	デイサービス Aケース・Bケース・Cケース	11:00 12:00	休憩	10:45 12:15	LSA	12:00 12:40	訪問介護 Gケース
		休憩	12:00 12:30	訪問介護 Fケース		休憩	13:00 14:00	休憩
	14:00 15:00	ケアマネ	13:00 15:00	デイサービス Aケース・Fケース	13:30 14:00	訪問介護 Cケース(妻)	14:00 15:00	LSA
					14:00	訪問看護(AT)		

●多職種協働に向けて訪問事業者から働きかける

ここまで記した「ささかま hands」や「ごちゃませ研修」のような取組みが、地域の専門職が相互に知り合う機会を設けるための取組みとすれば、今回のヒアリングにおいては、自法人の活動をPRする広報誌の発行やセミナー開催などの取組みを通じ、自法人の側から広く地域の専門職に情報を発信し、自法人の役割や活動内容を周知する活動を進めているケースも見られた。

こうした活動は多職種協働を直接的に意図したものではないかもしれない。しかし、通常の業務だけではつながりを持つことが難しい他法人の職員に自法人の活動内容を知ってもらうことが可能となり、地域における協働の素地をつくる取組みといえる。

また、前節で多職種協働の阻害要因として、「他の職種が何を求めているか、何を重視している

かわからない」というヒアリングでの意見を取り上げたが、ある介護職がこうした疑問、悩みを抱えているということは、その協働相手となる他の介護職や医療職なども同様の疑問を感じている可能性がある。このような相互に疑問を感じているような状況においては、**自法人から積極的に情報発信を行うことが協働相手の抱く疑問解消に向けて効果的**と考えられる。

CASE

事業所からの情報発信を通じた地域の他事業所との関係づくり

【株式会社ジャパンケアサービスと品川区の協働による取組み】

2012年に定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービスを品川区内で開始した株式会社ジャパンケアサービス（東京都中央区／代表：馬袋秀男氏）と品川区では、地域のケアマネジャーや連携先の訪問看護師などに新サービスの内容や効果を知ってもらうことが利用者拡大に向けて最も重要と考え、公と民が連携して当該サービスに関する情報発信を積極的に行っている。

具体的な情報発信の方法は、地域の専門職が抱えている課題を踏まえた勉強会の開催や事業所への訪問、定期的な情報誌の送付、情報誌の企画・制作や講師の派遣など個別の事業所による対応が難しい部分は区や同社の本部がサポートし、実際にケアの相談を受け付ける際には事業所が前面に出るなど役割分担をしながら取組みを実施。継続的な取組みを行った結果、これまでつながりのなかった地域の専門職によるセミナーへの参加やケアマネジャー等からの問い合わせが増加するなど、新サービスに対する関心の高まりが見られつつある。



なるほど! なっとく!!
定期巡回・随時対応サービス
2013 Jan
開始 1年経過

定期巡回 スタートしてからまもなく1年

サービス利用状況
●品川区の利用人数 (2012年10月末)
●地域別の状況
●23区の状況
●全世帯
●定額制サービス
●サービス利用料

平成 24 年の介護保険制度改正で創設された定期巡回サービス・随時対応型訪問介護看護サービス。全国でも、徐々にではありますが、これからの地域包括ケアを支える主要サービスとして広がっています。

品川区は、創設からこのサービスを導入していますが、さらに利用を進めるため、本号からこのサービスに関するさまざまな情報や利用されている方のご意見を掲載してまいります。

ぜひ、ケアマネジャーのみならずサービス導入検討にご活用いただきたく、ご意見を掲載させていただきます。

すでにご存じのことかもしれませんが・・・
【品川区の 24 時間対応サービス】について

指定事業所は、「ジャパンケア品川」の 1 か所です。
平成 18 年からの夜間対応型訪問介護サービスを行ってきた実績から、夜間帯のケアチーム編成を 24 時間対応に活用しています。
今回のサービスは、この事業所が 24 時間 365 日を通して、訪問介護サービスの提供を行うのです。・・・が、

品川区ではど工夫 区内には地域で活躍している訪問介護事業所が多数あります。そこで、この訪問介護事業所と連携し、区内全域をカバーできる体制づくりを進めています。ジャパンケアサービスがすべてを担当する場合は、地域の訪問介護事業所が 8 時～20 時を担当し、夜間帯をジャパンケアが担当という複数の事業所（数）が連携・協力して行なうしくみで運用しています。

～ その外に詳しい内容については、随々ご理解いただければ幸いです。～



なるほど! なっとく!!
定期巡回・随時対応サービス
2013 Mar
Vol.2

皆さん、こんにちは。第 2 号となる今回は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下定期巡回）といは、サービスの魅力・課題についてお伝えします。

品川区では、定期巡回の事業所として指定を受けているジャパンケア品川と、連携先の訪問介護事業所が連携し、「チームを編成して」サービスを提供します。ケアマネジャーと定期巡回担当するジャパンケア品川、そして連携先施設である訪問介護事業所、訪問看護ステーションとの連携のついでについては下記の通りです。

品川区における定期巡回の流れ

ケアマネジャー	ジャパンケア品川	連携先の訪問介護事業所 (24時間対応)	流れ
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	受け入れ、ジャパンケア品川です。先にもケアマネジャー様にご説明の通り、お事柄の状況、内容のニーズをお話しし、お話しします。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	【連携先】の訪問介護事業所に受け入れの同意状を提出し、確認します。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	訪問看護ステーションに確認します。対応する体制を整え、他のスタッフの確保を必要に応じて行います。
サービス提供 サービス提供	サービス提供 サービス提供	サービス提供	今まで同様、ケアマネジャーが連携先事業所、ジャパンケア品川、連携先訪問介護事業所も参加し、情報共有、アセスメントを実施します。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	利用者の契約先はジャパンケア品川になります。利用時には、連携先の訪問介護事業所の説明をします。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	連携先の訪問介護事業所も、ケアプランを共有します。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	定期巡回では、定期巡回担当のみの対応は、職員によるアセスメント・モニタリングの実施が求められています。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の作成・送付・共有・交付は、ジャパンケア品川が行います。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 開始実施後は、各事業所の職数をそのまま確保します。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	日々は、訪問看護によるアセスメント等により、利用者の身の状況に応じた業務が実施されています。定期巡回では、ジャパンケア品川による「チーム」体制で業務を行います。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	1か所に、職員による定期巡回の対応が求められています。最終、連携先訪問介護事業所、ジャパンケア品川、の連携が図れるよう調整していきます。
情報共有 お問い合わせ	情報共有 受け入れ	サービス提供	情報をもとに、評価書の提出を行います。

●「場」づくりに「自分から動く」ことの重要性

本項における事例に関する特徴的な点を整理すると、「多職種協働」の促進に向けて大きく2つのポイントが見えてくる。

まず、仙台の「ささかま hands」の事例や校舎のない学校の「ごちゃまぜ研修」の取組みなどを見ると、様々な専門職が互いに知り合い、わかり合うための「場」づくりの重要性が示唆される。

そもそもの問題として、介護保険制度がスタートしてから十数年が経過しているにも関わらず、多職種協働が円滑に行われていない現状は、日々の業務を通じた協働だけでは効果的なつながりづくりが進んでいかない可能性を示している。こうした問題の背景には、医療・福祉の専門職は目の前の要介護者等への対応に忙殺されてしまうことが多く、そのため同じ地域で働く専門職でありながらも、担当者会議など、その場限りの関係にとどまり、継続的な相互認知や相互理解が進んでいかないということがあるのかもしれない。あるいは、これまで関係が深められなかったがゆえに、それが心理的な障壁を高め、一層、協働が進まない状況を生み出すという悪循環が発生していることも考えられる。

いずれにせよ、上記のような問題を解決していくためには、本項で取り上げたような特別な仕組みを設け、**意識的に専門職間の相互作用の「場」をつくり出していかなければ多職種協働は進まないもの**と推察される。

また、本項の事例から見られる2つ目のポイントは、「自分から動く」ことの重要性である。先に述べたように、ある訪問介護事業者の抱える「他の職種が何を求めているかわからない」という悩みについては、他法人の介護職や医療職も同じような悩みを抱えている可能性がある。このような相互に疑問を感じている状況下では、自法人から積極的に場を設定したり、情報提供を進めて行かなければ現状の変化は期待できない。

地域包括ケアシステムに向けた動きの中で、医療・福祉相互の専門職において多職種協働に対する関心が高まっている今こそ、行政や地域の介護事業者、医療法人などと協働しながら本項の事例のような取組みを参考に、**介護事業者が自立的・自発的に動くことが求められている**のではないだろうか。



多職種協働のためのツール活用

● 効率的・効果的な協働に向けて

前項では、地域において専門職間の協働を進めて行くための前段として、専門職同士が知り合い、わかり合うための機会設定のあり方について、いくつかの事例を紹介した。こうした取組みが進むことにより、協働に向けた心理的なハードルは大きく引き下げられるものと考えられる。

しかし、「顔の見える関係」が構築されたとしても、やはり複数の専門職が一人の要介護者等に関わることによって生じる物理的な問題、例えば、リアルタイムでの情報の共有や齟齬のない引継ぎなどについては、課題として残ってしまうのではないだろうか。

そこで本項では、多職種協働のオペレーションを効率的かつ効果的に進めていくために介護事業者により作成された協働ツールについて、その内容や作成プロセスを紹介していきたい。

● 情報共有のためのツール活用

多職種協働とは、文字通り、要介護者に関わる複数の専門職が、状態像に関するアセスメント情報を共有し、共通の目的に向かって連携・協働を進めていくことである。こうした連携・協働のオペレーションにおいては、専門職により要介護者に関わる時間や場所が大きく異なることが予想される。

例えば、通所介護の職員はデイの施設の中での状態を見てアセスメントを行い、サービス提供責任者は自宅での要介護者の状況を見ることになる。医師や看護師であれば、医療機関での様子から当事者の状態を判断するものと考えられる。一方で、人間は時間や場所に応じて微妙に異なった発言や行動をしてしまう可能性がある。自宅であれば排泄などを介助なしで行うことができる要介護者であっても、通所介護や短期入所などの施設では排泄介助を受けてしまうかもしれない。その結果、ヘルパーとデイのスタッフは同じ要介護者に対して異なる状態像を描いてしまうだろう。

こうしたアセスメント結果の齟齬は、担当する事業所・専門職間で情報を共有することにより解消されるものと考えられるが、関連する事業所や専門職の数が多くなればなるほど、その共有には時間がかかり、また、各職種により用いる用語やアセスメントのポイント、アセスメント情報を整理するフォーマットが異なっていれば問題はさらに複雑化してしまう。

今回のヒアリングにおいては、こうした問題に対応するために、**アセスメントのポイントを共通化し、複数の専門職による状態像の評価の違いについて可視化を図り、ケアの目標の共有・統一の円滑化を図るためのツールを開発・活用している事例**が見られた。

CASE

介護プラン作成支援ソフト「介護・ラ針盤」

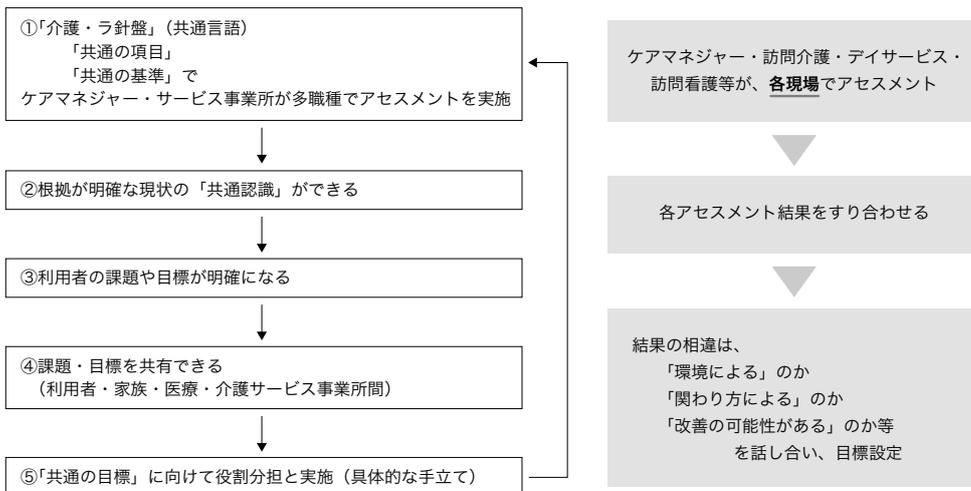
【株式会社新生メディカルの取組み】

岐阜県内で訪問介護サービスを中心に事業を展開する株式会社新生メディカル（代表：石原美智子氏）では、岐阜県をはじめとする行政や県内の介護事業者、有識者などと協働して要介護者に関する様々な専門職が共通の視点で当事者のアセスメントを行うことができるよう、「介護・ラ針盤」というソフトウェアを開発した。

これまで、複数の専門職や複数の事業者がチームでケアを行う際に、目指すべき生活像が共有されておらず、それぞれの専門分野に応じてアセスメントをする視点やアセスメントの評価結果が異なる現状があった。そのため、ケアの方針やケア目標の共有が難しく、ケースによっては各専門職が異なる目標に向けてケアを行うような事態も生じていた。

同ソフトは、要介護者の基本的な日常生活行為を排泄や入浴など 26 項目に絞り込むことでアセスメント時の視点のずれを防ぎ、また、専門職による各項目の評価結果の可視化を図ることで、事後のケア方針のすり合わせの効率化を実現している。

●「介護・ラ針盤」を共通言語にした多職種協働アセスメント



ケアミニマム チェックシート

利用者氏名		性別	年齢	世帯構成	要介護度	記入日	
		日常生活自立度		認知度		記入時間	
		自立性		実施状況		能力	
No	大項目	小項目	自立性	実施状況	能力評価	意欲	結果
1	1 離床・移動	① 自分で屋内を移動している	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①/②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
		② 毎日外気に触れている	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①/②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	5
		③ 1週間以上2回以上屋外に出ている(散歩・買い物など)	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①/②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2
		④ 1日1回は離床している	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①/②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	5
1	1	自分で食べている	① 自立 ② 自分でしているが問題がある ③ ①/②以外	① 行っていない ② 一部介助を受けて行っている ③ 全介助を受けて行っている	① 自分でできる ② 一部介助が必要 ③ 全介助が必要	① あり ② なし ③ わからない	2

● 現場スタッフの参加した情報共有ツールの策定

新生メディカルの「介護・ラ針盤」にも当てはまるが、協働を円滑に進めるための情報共有ツールについては、地域に普及し、活用されていかなければ意味がない。

普及・活用という観点からすれば、自法人単独で開発を行っても協働対象となる周囲の事業者から受け入れられない可能性が高い（むしろ、反発を受けてしまうかもしれない）。これは、介護事業者のみならず自治体等がツールを開発するうえでも重要な視点であり、**開発段階において実際に現場でツールを使用する専門職や事業者をどれだけ巻き込めるかということが、事後の普及に大きく影響を与えるもの**と考えられる。

実際、自治体等が多職種間の情報共有ツールを作成しているケースが多いと考えられるが、今回のヒアリングではその開発プロセスにおいて積極的に地域の医療福祉系専門職の参画を図り、ツールの策定を進めている事例が見られた。

CASE

岐阜県郡上市における共通連絡ノート作成

【株式会社ノバネットワークス（岐阜県郡上市／代表：田中栄子氏）の事例発表会応募事例をベースに作成】

岐阜県郡上市では、複数の医療福祉サービスを利用する要介護者の数が増加してきた背景を踏まえ、家族や事業者の負担軽減と効率的な情報共有に向けた「共通連絡ノート」の作成を進めている。

同市では、まず地域のケアマネジャーや通所介護、訪問介護、地域包括支援センターなどに勤務する専門職を集めた「共通連絡ノート作成調整会」を開催。連絡ノート作成の目的やイメージ、記録用紙の項目などについて議論を重ね、内容の具体化を図る。

その後、モデル版の連絡ノートを作成して市内事業所において使用してもらい、実際に活用した専門職の意見をアンケート等で収集。記録の方法やノートとしての綴じ方などについて修正を加える作業を進めた。最終的に6回の調整会とモデル事業を通じて現時点でほぼ連絡ノートの内容が固まり、今後、市内の事業者で使用されることが決まっている。

今後は、医師や薬剤師などとの協働も視野に入れ、要介護者が通院する際に連絡ノートを持参してもらい、医師等からのコメントも同ノートに記入してもらおうなど活用の幅を広げていくことを考えている。

POINT 1**多職種協働に向けた場づくりと情報発信を
介護事業者自身が行う**

- 医療と福祉の専門職が、相互に役割を理解し、相手に敬意を抱く関係を構築するためには、専門職同士が交流を通じて「知り合い」、また、「わかり合う」ための「場」を設定することが求められる。
- また、介護事業者側から積極的に地域の専門職に対して情報発信、情報提供を行い、自らの活動の内容や意義を理解してもらうための取組みが必要である。
- こうした場の設定や情報発信・提供については、行政や地域の事業者などと連携しながら「まず、自法人から動く」という意識を持って取り組むことが重要と考えられる。

POINT 2**情報共有のためのツールを活用し、
効率的な多職種協働を進める**

- 多職種間の協働においては、使用する専門用語やアセスメント時の視点の違いという問題があるが、情報共有のためのツールを活用し、効率的な協働を行うことが可能となる。
- 新たに情報共有のツールを作成・導入する際には、自法人のみならず地域内の多様な職種、事業者を巻き込み、それぞれの意見を聞きながら作成プロセスを進めていくことが重要である。
- 様々な職種や事業者に参画をしてもらうことで、当該ツールの事後の浸透・普及が円滑に進むものと考えられる。

▶2 吉村 学「寄稿『ごちゃまぜ』で医療・介護に顔の見える関係をつくろう」週刊医学界新聞（第 3006 号 /2012 年）[医学書院 Web 版 /2014 年 1 月 27 日閲覧]

3 まず、 自分を知ることから始める

本

セクションでは、多職種協働に着目し、地域包括ケアシステムにおける協働のあり方、協働に向けた土台づくり、協働のオペレーションを円滑に進めるためのツールなどの重要性について言及してきた。

本節では、セクション全体のまとめとして多職種間で自立支援の目標を共有し、円滑な協働を進めていくうえで重要な視点について整理を行いたい。



自分を知ること、自己理解から他者理解へ

● ヒアリング先における取組み事例等の特徴

本セクションでは、多職種間で知り合い（「ささかま hands」の事例）、相互にわかり合い（「ごちゃまぜ研修」の事例）、情報を伝えていくための取組みの必要性について述べた。また、協働を円滑にしていくためのツールについて取り上げ、その策定プロセスにおいて様々な職種を巻き込むことの重要性を指摘した。

本セクションの内容を身近な例に置き換えていえば、これまで話したことがない相手、話しかけづらい相手、あるいは話すことを避けてきた相手と今後継続的に意思疎通を図らなければならない状況に置かれ、そこでどのように円滑にコミュニケーションを行うかということを述べてきたに過ぎない。

● 多職種協働においても重要な「自分を知ること」

では、多職種間でのコミュニケーションを円滑に行うために何が必要かといえば、まず第一に「自分を知ること」であると筆者は考える。具体的にいえば、訪問介護事業者として、どのような判断や評価に基づいてケアを提供し、どのような情報を保持し、一方で、どのような情報を自身が求めているのか、ヘルパーあるいは介護福祉士としてどのような点を重視してケアを行っているか、こうした点を認識することがコミュニケーションの第一歩として重要になるのではないだろうか。

● 自己理解から他者理解へ

今回のヒアリングでは、特に医療職との関係において、利用者のことについて報告・連絡・相談をしようとしても「話を聞いてもらえない」「話しかけても怒られるのではないかと不安を感じる」という現場の介護職員の意見が聞かれた。

こうした意見の背景には、もちろん医療職側の福祉専門職に対する敬意が不足しているという面

もあると考えられる。しかし、その一方で、医療関係者へのヒアリングによれば、例えば、医師や看護師がバイタルサインなどの情報を求めているのに対し、介護職が生活全体の話をしてしまうなど、介護職側が医療職の情報ニーズを理解していないことがコミュニケーションを阻害している面もあるとのことであった。

極めてあたりまえのことのように聞こえるかもしれないが、このような問題は、自身と他者との価値観や知りたい情報が違うということに対する理解が不十分なために生じるものと考えられる。そして、繰り返してしまうが、自己と他者との違いは、その前提として自己理解ができていなければ認識することが難しくなる可能性が高い。

自立支援に資する多職種協働の実践にあたっては、まず、**介護職である自分自身の考える自立支援のあり方、ケアの目標について明確化したうえで**、本セクションで取り上げた**医療福祉職の交流会や研修、協働ツールなどを活用しながら、他の専門職の価値観などに対する理解を深めることが重要**と考えられる。

≫ 参考 対人援助における「自己覚知」の重要性

多くの対人援助職が、他者のケアを行ううえで「自己覚知」を行うことの重要性について理解しているものと推察される。「自己覚知」とは、「社会福祉援助において援助者が、自らの能力、性格、個性を知り、感情、態度を意識的にコントロールすること」と定義されるが、自己覚知ができて初めて、自己の専門職としての評価や判断が確立されるとともに、自分と他者との価値観や思考様式の違いを理解することができるといわれている。

POINT

多職種との協働にあたっては、その第一歩として自身の介護職としての自立支援に対する考え方、価値観を明確化する

- 多職種協働の阻害要因は、コミュニケーションの問題と捉えることができる。
- 専門職間のコミュニケーションの大前提として、専門職である自身がどのような価値観で動いているか、自立支援をどのように捉えているかといった点について「自己理解」を行うことが求められる。
- 自己理解を行うことで、自身の判断や役割に自信を持つことができ、また、他の専門職との価値観の違いを認識することが可能となる。
- そのうえで、交流会や研修、ツールなどを通じ、より具体的・実践的に他の専門職の考え方を理解していくことで効率的・効果的な多職種協働が進むものと推察される。

DISCUSSION

- 1 ▶ あなたの事業において、過去に多職種協働がうまくいった事例を取り上げ、その成功のポイントを整理してみてください。
- 2 ▶ あなたの事業所において、過去の多職種協働がうまくいかなかった事例を取り上げ、その理由を考えてみてください。
- 3 ▶ 地域の多職種協働を円滑に進めていくために、あなたの事業所が他の専門職に対してアピールできるポイントについて考えてみてください。

大田区における民間介護事業者間の連携への 取組み・今後の地域との関係構築に向けた展望

株式会社カラース 代表取締役／大田区訪問介護事業者連絡会 会長

田尻 久美子

① はじめに

「連携」「チームケア」といった言葉は介護業界のキーワード的要素だが、日々の個別ケースを行っていくだけでは、連携はさほど濃密なものになりにくい。ケアマネジャーとの連絡はもちろん取るが、他職種とは担当者会議の席上で多少の意見交換をするに留まっていることが多いのではないだろうか。また、同一サービスの事業所同士が顔を合わせたり、連携を取ることは他職種との連携よりもむしろ少ない。例えば一人の利用者に対して、2社の訪問介護事業所がサービス提供するといったことでもない限り、連携の必要性に迫られないのである。

しかし、その程度の連携でよいのかというところというわけではない。サービスの質の向上や地域の共有課題解決など、一事業者では解決しえない課題が多数あり、地域事業者間での連携強化が望まれていた。

② 大田区訪問介護事業者連絡会設立

私の活動する東京都大田区では、訪問介護が連携を取って活動できる場が存在しなかった。そのため、平成22年3月に「大田区訪問介護事業者連絡会」を設立し、これに賛同した約90の訪問介護事業所で連携を強化するに至った。設立時は、次の事業達成を目的とした。

- ①訪問介護事業の研修・研究・情報交換を行うこと
- ②訪問介護事業にかかる課題の調査・研究を行うこと
- ③会員同士の情報交換と相互支援を行うこと
- ④訪問介護以外の事業との情報交換および連携を行うこと
- ⑤会員の意見を集約し、大田区介護保険事業の問題点、課題の提起や改善に向けた提案を保険者に行うこと
- ⑥「まちづくり」における訪問介護の役割の検証と実践を行うこと
- ⑦その他、本会の目的達成に必要な事業を行うこと

また、基本方針として以下の3点を掲げた。

- ①研修・研究をととして、会員同士の活発な意見および情報の交換を行い、大田区訪問介護サービスの資質と倫理の向上を図ります。
- ②大田区介護保険情報収集や保険者との意見交換を行い、コンプライアンス体制が確立できるように知識と実践力を養います。
- ③「まちづくり」における訪問介護事業の果たせる役割を検証し、地域共同体としての役割を創造します。

③ これまでの活動内容

訪問介護は在宅介護サービスの中心的な役割を果たしているとともに、利用者の生活に密着しているサービスである。そのため、各事業者が制度改正や保険者の解釈、自立支援に資する訪問介護サービスの在り方についてどの程度理解しているかが利用者の生活全般に大きな影響を及ぼす。

そうした背景を踏まえ、本連絡会では「サービス提供責任者」を主たるターゲットとし、サービスの質の向上に資する研修会や、保険者との意見交換、地域の事業者間連携の強化、共通課題解決に関する取り組みを活動の中心として行ってきた。具体的には以下のような活動を実施した。

1) 研修会の実施

年3～4回、サービス提供責任者向けの研修会を実施。研修内容は、サービスの質に影響の大きいテーマを選択して行った。また、法改正やコンプライアンスについても研修を実施してきた。

【これまでに実施した研修テーマ】

- サービス提供責任者の果たす役割
- コンプライアンスについて
- 訪問介護計画書の作り方と記録
- ヘルパーとのコミュニケーション方法
- 改正介護保険制度の方向から見えるもの
- 訪問介護に身近なリスクマネジメント
- 訪問介護におけるアセスメントと目標設定
- 通院介助の解釈について
- サービス提供責任者業務の基本

2) 保険者との意見交換会

年1回、保険者である大田区福祉部との意見交換会を実施。区の独自施策に関する意見交換や地域包括ケアに関する区の見解確認、コンプライアンスに関する取り組み状況等について話し合うなどの機会を持っている。意見交換会実施にあたっては、あらかじめ会員からの意見を集約しており、結果についても議事録で周知している。

3) 業務効率化に向けた取り組み

会員に実施したアンケートでは、多くのサービス提供責任者から「書類作成の業務負担が大きい」との

回答があった。そのため、保険者にも意見を聞きながら大田区版業務書式の開発に取り組んだ。その第一弾として、「訪問介護利用申込書」の統一フォーマットを作成し、会員事業所に公表した。現在は、多くの事業所が本フォーマットを利用している。

4) 区内の他職種間連携に関する取組み

通所介護、居宅介護支援、訪問看護など、他の介護保険サービス団体との連携強化を図った。具体的には、「大田区介護支援ネットワーク」に参加し、各サービス団体と情報や課題の共有を行っている。また、他職種横断での事例検討会やシンポジウム実施を行っている。

5) その他

ハローワークからの協力依頼により、福祉の就職セミナーで講師を定期的に務め、福祉業界のイメージアップと福祉就労人材増に向けた取組みを行った。また、大田区薬剤師会で訪問介護業務に関するセミナーを実施し、他職種に対する訪問介護業務の理解促進を図った。

④ 今後の課題と地域包括ケアへの展望

上記の活動を踏まえ、大田区内訪問介護事業者間での連携強化やサービスの質の向上には一定の成果を得ることができている。しかし、本連絡会の基本方針として掲げている『「まちづくり」における訪問介護事業の果たせる役割を検証し、地域共同体としての役割を創造します。』についてはいまだ十分な取組みができていないのが現状である。区内訪問介護事業所には、サービス提供責任者をはじめ多くの訪問介護員が活動をしている。その機動力を活用し、地域福祉へ様々な形で貢献ができるものと考えている。

今後は以下のような点を中心に地域包括ケアへの取組みを模索していきたいと考えている。

1) 訪問介護員を活用した地域高齢者の見守り

日々の訪問介護活動をする中で、地域高齢者の見守り活動。

2) 家族介護者向けの「介護技術講座」

家族介護者向けに在宅での介護方法や基本的な介護技術を紹介する講習会の実施。

3) 災害時対応の確立

災害時の独居高齢者の見守りや安否確認等の協力。

4) 訪問介護事業の理解促進

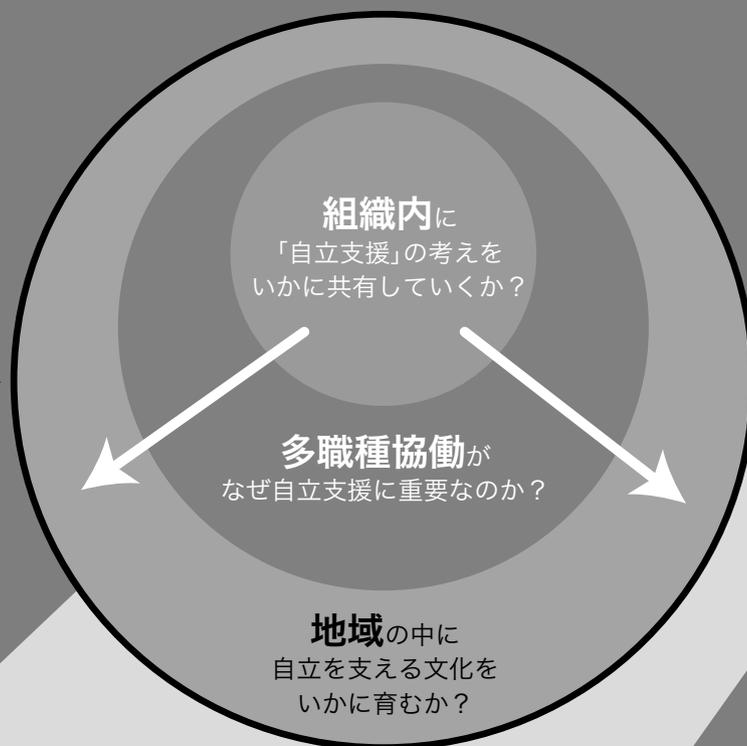
区内イベントへの出展や区民公開講座への参画等により、訪問介護事業に対する区民の理解を深めるとともに利用促進を図る。

4

地域の中に自立を支える文化を いかに育むか？

本セクションでは、地域包括ケアシステムの
実現に向けて「自助」「互助」の重要性に注
目が集まる中、訪問介護事業者として地域の
中に自立を支える文化を育てていく、その意
義と具体的な手法について整理をしたい。

SECTION
4



「自立支援」とは何か？

1 地域介護力の向上と 訪問介護事業者の役割

龍

谷大学の故・池田省三氏は、人が人を支える構造は「自助・互助・共助・公助」の4段階に分類されると述べている¹⁾。「地域包括ケア研究会」の資料などから、この「自助・互助・共助・公助」のそれぞれの用語を定義すれば、「公助」は税による公の負担（生活保護など）、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものを指している。²⁾



地域包括ケアにおける「自助」「互助」の重要性

● はじめに「自助」ありき

わが国の高齢者福祉政策は、これまで「共助」である介護保険制度の充実に主眼が置かれてきたものと考えられるが、『地域包括ケア研究会 報告書』（2013年3月）では、**少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、今後、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組みが必要と指摘されている。**

また、2013年8月に公表された『社会保障改革国民会議 報告書』においても、将来世代の負担を軽減し、持続可能な社会保障制度を構築するために、「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべき」とされ、併せて、「国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという『自助』を基本」として、共助や公助がそれを補完するという「はじめに『自助』ありき」という考え方が示された。

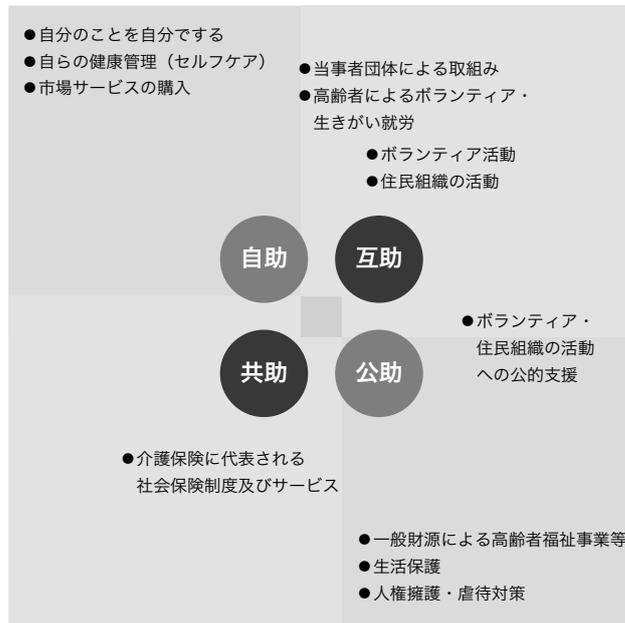
こうした政策的な動きは、言い換えれば介護事業者のみならず地域全体で「自立」を支え、健康寿命を延ばしていく、制度に頼らない地域介護力の向上を図る方向にあるものと考えられる。

≫ 参考 『社会保障制度改革国民会議 報告書』（p.2）抜粋

日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。

これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの「公助」が補完する仕組みとするものである。

図表 4-1 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



費用負担による区分

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

時代や地域による違い

- 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組みが必要。

【出所】『地域包括ケア研究会 報告書』（2013年3月）より引用

訪問介護事業者による地域との協働

● 地域協働による強みとメリット

このように「自助」「互助」に対する注目度が増す中で、多くの地域においては、高齢者のセルフケアやセルフマネジメント意識の醸成、住民の互助活動への参画促進などの担い手は自治体や社会福祉協議会、NPOが中心となっているものと推察される。

反面、訪問介護事業者においては、高齢者が要介護状態となってから関係がスタートするケースが大半であると考えられ、これまで元気高齢者との関わりや地域のボランティア等との協働を行う機会は少なかったのではないだろうか。

また、訪問介護事業者には中小零細規模の事業者も多く、マンパワーやコスト面での制約のため地域との協働が困難なケースもあり、実際のところ、事業者として地域と関わるメリットや意義を認識しづらい面もある。

しかしながら、介護事業者と地域社会との協働を考えるうえで、**訪問介護事業者は、高齢者の自宅で生活に密着してケアを提供するなど他の事業者にない強みを有している。**また、協働を進めることにより、**事業者にとっても、①質の高いケアの提供、②潜在的な利用者への訴求、③地域の介護保険制度の持続可能性向上、④地域での知名度向上、などといったメリットを享受することが可能である**（図表4-2参照）。

加えて、昨今、「予防給付の見直し」として要支援者向けサービスの地域支援事業への移行が議論されているが、地域性を踏まえた多様なサービスを提供するためにも地域とのより強いつながりを構築していくことは重要と考えられる（図表4-3参照）。

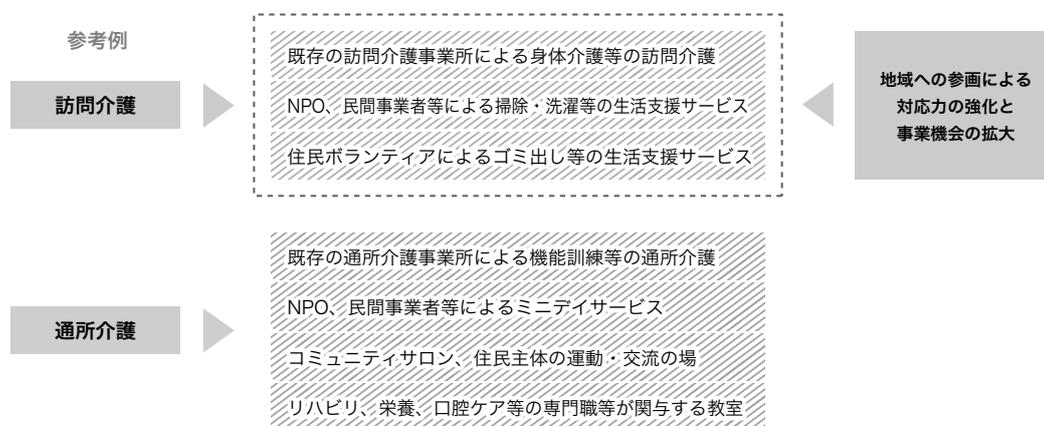
あくまで本検討委員会や筆者の見解ではあるが、全国の訪問介護事業者においては、「制度ビジネス」の次なるステップとして地域との関わりを模索してみてもよいのではないだろうか。

【図表 4-2】 訪問介護事業者が地域との協働を行う意義・メリット

意義・メリット	内容
①質の高いケアの提供	<ul style="list-style-type: none"> ●入手可能な介護関連情報の増加、インフォーマルサービスの拡充などにより地域の高齢者のサービスの選択肢が増加する。 ●また、より細やかな支援ニーズにも対応可能となり、在宅限界点の引き上げに寄与することが可能となる。
②潜在的な利用者への訴求	<ul style="list-style-type: none"> ●地域で交流する高齢者について、仮に要介護状態となった際に早期に情報を把握し、適切なサービスにつなげることが可能となる。
③地域の介護保険制度の持続可能性向上	<ul style="list-style-type: none"> ●地域における互助・共助意識の醸成。 ●ボランティア等の育成を通じ、社会保障制度の現状を理解した、「賢い介護保険利用者」の育成が可能となる。
④地域での知名度向上	<ul style="list-style-type: none"> ●地域交流を進める中で、自事業者のことを知ってもらえることができる。 ●ひいては「困ったらあそこに聞けばよい」という住民にとっての身近な相談窓口になることが期待される。

【出所】 本検討委員会での議論などから筆者作成

【図表 4-3】 要支援者向けサービスの多様化と地域参画との関係



【出所】 厚生労働省資料に筆者が加筆

POINT**地域介護力の向上と「自助」「互助」の
基盤づくりに向けて
訪問介護事業者の強みを活用**

- 地域包括ケアシステムの実現に向けて、「自助」「共助」の強化が求められている。
- 訪問介護事業者においては、地域の高齢者に密着したサービスを提供しているという強みや蓄積したノウハウを活用し、積極的に地域との協働を進めるべきである。
- 事業者として地域との協働を進めることは、地域社会への貢献に加え、自事業所のケア品質の向上や潜在的利用者への訴求など事業戦略上でも有益な面があると考えられる。

▶1 「龍谷大学教員インタビュー」ホームページ (<http://www.soc.ryukoku.ac.jp/interview/ikedai.html>) より(2014年1月4日閲覧)。
▶2 地域包括ケア研究会 2013年3月「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】-概要版-」p.2より。

2 地域に自立を支える文化を育むために

前 節では、「自助」「互助」に対する注目が集まる中で、訪問介護事業者が地域と関わることの意義を示した。本節では、介護事業者が地域に関わり、「地域社会で自立を支える意識を醸成していく」ための活動について、いくつか事例を紹介したい。

具体的には、今回実施したヒアリング先において特に地域との協働に積極的な事業者で行われていた、「生活支援の担い手の育成」（第1項）、「地域の教育機関との連携」「多世代共生」（第2項）といったテーマの取組みを取り上げ、当該事例内容の紹介を行う。

生活支援の担い手の育成

● 生活支援サービスとは？

生活支援サービスとは、高齢者が住み慣れた地域において自立した生活ができるように提供される、配食や見守り、介護予防などのサービスのことである。近年、生活支援サービスは地域包括ケアシステムを支える「5つの構成要素」の一つに位置づけられ、急速に介護業界における注目度が増してきている（図表4-4参照）。

配食や見守りなどの生活支援サービスについては、これまで主に行政や社協、NPO法人などにより提供されてきたと考えられるが、高齢者数の増大に伴いサービス提供体制の強化と内容の多様化が求められており、サービスの基盤整備および提供主体として民間介護事業者に対する役割期待も大きい（図表4-5参照）。

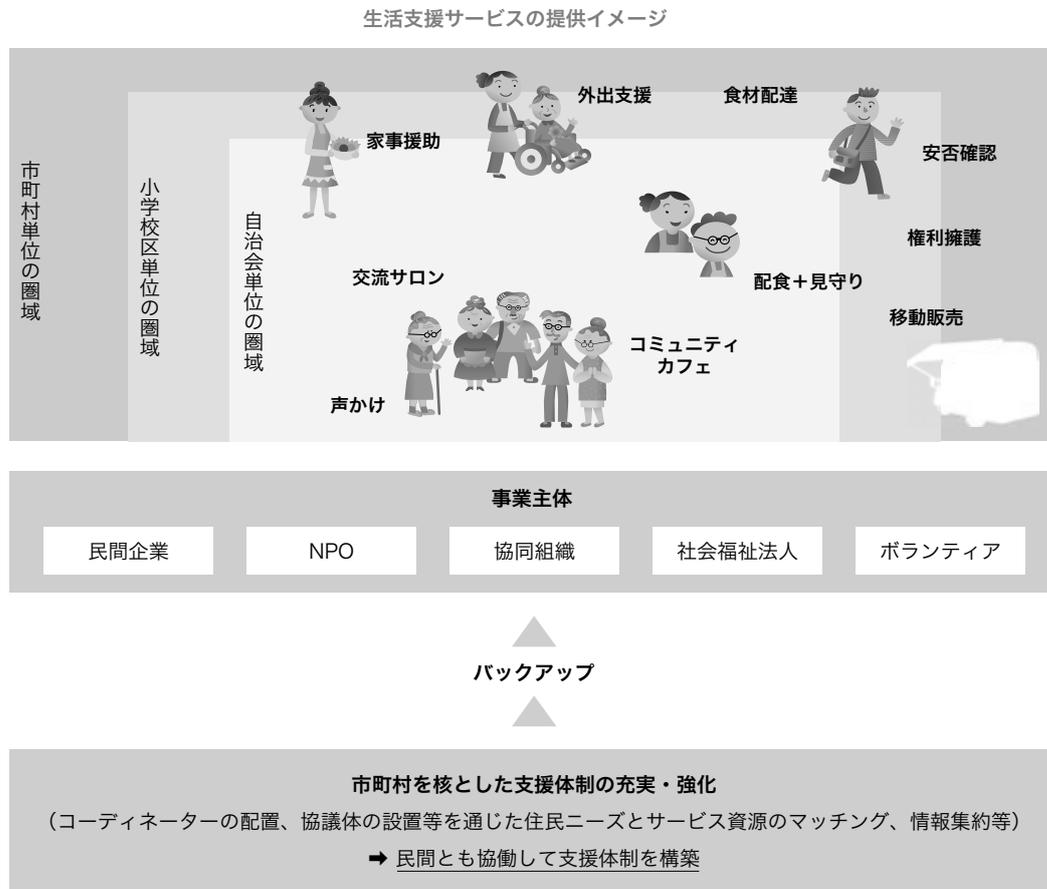
一方で、当該サービスには電球の交換やゴミ出しといった日常生活の「ちょっとした困りごと」への対応など、事業単体では採算が確保しづらいものも多く、サービスの担い手としてボランティアを活用する動きも進んでいる。

【図表4-4】 地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」



【出所】『地域包括ケア研究会 報告書』（2013年3月）より引用

図表 4-5 生活支援サービスの提供イメージ



[出所] 厚生労働省資料より引用

● 介護事業者による生活支援ボランティアの担い手育成への取組み

今回のヒアリングにおいても、NPO 法人などを新規に立ち上げ、生活支援サービスに参画する動きが複数見られた。いずれの法人にもそれぞれ特徴的な点が存在していたが、本項では、特に取組みが進展している 2 事業者の事例を紹介したい。

高齢者が地域での生活を送るうえでは、様々な支援が必要になる。しかし、求められる支援の中には、電球の交換など専門職でなくとも対応可能なものが多数含まれている。

そこで、有資格者には、高い専門性が求められるケアに注力してもらい、それ以外の「ちょっとした困りごと」にはボランティア等が対応することで、人的資源の効率的な活用と高齢者のQOL向上の双方を実現していくことが可能となる。

こうした考えに基づき、特定非営利活動法人校舎のない学校（岐阜県池田町／代表：石原美智子氏）では、地域の高齢者にインフォーマル生活支援サービスを提供する住民参加型有償ボランティア「ライフサポート」の育成を進めている。

同法人の取組みは2007年に岐阜県大垣市の補助を受けてスタートし、初年度（「ライフサポーター」の育成）、次年度（ニーズを拾い上げる仕組みづくり）に続く、3年目から本格的にサービス提供を開始した。提供するサービスには、買い物支援や掃除など高齢者のQOL向上につながる様々なものがあり、利用料はチケット制で1時間1,000円／人である。

ライフサポーターのなり手は、「人の役に立ちたい」と考える地域に住む定年退職者が中心であり（平均年齢66歳）、実際に同サポーターとして活動するには、介護の基礎や接遇、「高齢社会の現状」などをはじめとする5日間の研修の受講が求められる。^{（※）}

同法人による「ライフサポート」事業の特徴は、専門職の有効活用や高齢者ニーズへの対応のみならず、当該事業への参画を通じ、地域のことを当事者意識を持って考える「プロの住民」の育成を企図している点である。より具体的にいえば、活動への参加を通じて自己効力感を高め、併せて、自分自身が住み慣れた地域で生活続けるために何が必要か、自分に何ができるかを考え、行動する住民を育成することを大きな目的としているのである。

この目的の達成に向けて、「ライフサポート」事業においては、月1回開催される「月例会」（問題解決に向けた話し合いと研修の場）の運営、サービス利用者とのマッチングなど、事業運営の中核的な部分をサポーターに委任しており、同法人の職員はあくまでサポーターの側面支援に徹している。

現在では、月例会の司会から研修講師までサポーターが担当しており、活動開始当初は、「市や法人が何をしてくれるのか？」という姿勢が見られた参加者の意識も大きく変容している。

※ 同法人が目指す「プロの住民」の育成には、社会全体に目を向ける視点が重要とされている。

CASE

地域住民による健康体操の実践

【ばんぶきん株式会社の取り組み】

宮城県石巻市および同県女川町を中心に事業を展開するばんぶきん株式会社（代表：渡邊俊雄氏）では、東日本大震災に伴う津波被害により、サービス提供エリア内の多くの高齢者が自宅を流され、既存のコミュニティが崩壊してしまう事態に直面した。

自宅が流失し、仮設住宅に入居することとなった高齢者の中には、新しい環境下で外部との関係を築くことができず「社会的孤立」の状態となってしまうたり、生活不活発病に陥るケースが見られるなど深刻な問題が発生している。

一方で、現地では現役世代を中心に域外への人口流出が著しく、閉じこもりなどの問題を抱える高齢者を対象に、見守りなどを行う人材の不足が大きな課題となっている。

そこで同社は、閉じこもりがちな高齢者に対する支援の担い手として地域のアクティブシニア層に着目。同シニア層を社会資源として活用するための第一歩として、特定非営利活動法人地域健康づくり支援会ワンツースリー（代表：北海道教育大学釧路校・北澤一利氏）が開発・実施した運動学習プログラムである、「ふまねっと運動」[▶]を、女川町で実施する。

まず、同社の渡邊智仁常務が中心となり「ふまねっと運動」の実行を支援する「ふまねっとサポーター」養成セミナーを仮設住宅内のサポートセンターで開講し、当該セミナーへ参加してもらうよう地域の元気高齢者等に声掛けを行った。その後、養成セミナーを受講した元気高齢者をサポーターとして、また、仮設住宅内で閉じこもりがちになっている高齢者を参加者とする「ふまねっと運動」イベントを開催。

活動開始当初は、同社と地域健康づくり支援会ワンツースリーのスタッフが現場で指示をしながら運営を行っていたが、小規模なサポーター養成セミナーとイベントを町内の様々な場所で繰り返し行い、現在では地域ボランティアである「ふまねっとサポーター」が、地域の現状に問題意識を持ち、自主的にイベントを開催するまでに活動が活発化してきている（ふまねっと自主活動組織「ふまちゃんず」の定例開催など）。

現状においては、サポーター研修の修了者が30名を超えるとともに、閉じこもりがちな高齢者に状況改善の兆しが現れはじめ、併せて、活動に参加することにより、震災うつの状態から回復しつつある仮設住宅の住民も見られる。

今後の展開として同社では、「ふまねっと運動」をきっかけに集まった地域ボランティアを見守りや生活支援サービスの担い手へと組織化していきたいと考えている。





地域の多様な世代への働きかけと「自立」意識の醸成

●多(他)世代による「高齢者」理解の重要性

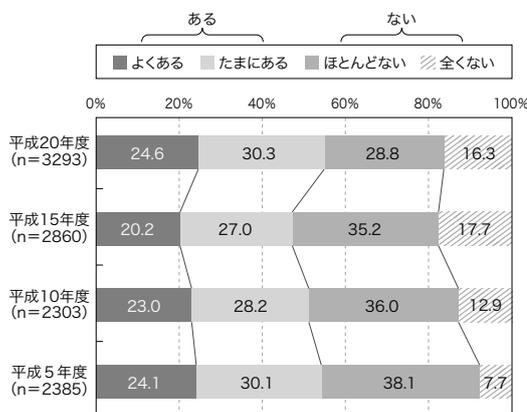
地域の「自助」「互助」意識、自立を支える意識を醸成していくためには、高齢者層への働きかけのみならず、若年層や現役世代など幅広い年代層に対して、「高齢者」関連の知識^{▶4}の理解などを進めていくことが必要と考えられる。「高齢者」の抱える問題や加齢に伴う障害や疾病等について理解することで、若い世代においても自身の健康づくりの重要性や互助の必要性について認識が深まるのではないだろうか。

特に「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年以降のわが国において、**将来にわたって社会保障制度を支えていくのは、小中高校生をはじめとする若年層であり、こうした層が高齢者について理解を進めていくことは社会保障制度の持続可能性や地域における「互助」意識の醸成に向けて極めて重要**と考えられる。

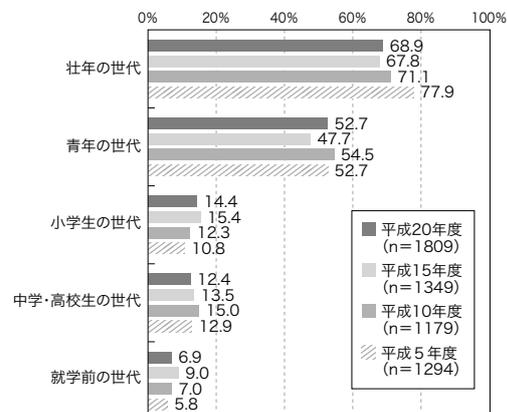
●高齢者との交流機会の少ない若年層

しかし、若年層については核家族化の進展などの影響により、自身の祖父母を含めて高齢者と接する機会が少ないものと推察される。例えば、内閣府が実施したアンケートによれば、高齢者と非高齢者層との交流が直近で増加しているように見受けられるが(図表4-6参照)、実際に高齢者が交流をしている世代を見ると青壮年世代に集中しており、小中高校生については全体の1割程度にとどまっている(図表4-7参照)。

【図表4-6】 高齢者の若い世代との交流の有無



【図表4-7】 高齢者が交流している世代



【出所】 内閣府「平成20年度高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果(全体版)」

●多世代による「高齢者」理解の促進に向けた取組み

このような現状では、「日常生活における交流」を通じた高齢者の理解はなかなか進まないものと考えられ、一部の自治体や地域の教育機関、NPOでは、①小中学校等での高齢者関連の授業や市民講座の開講、②多世代交流の実施、といった取組みを進め、「高齢者」理解の促進を図っている。

併せて、上記①～②のような取組みに介護事業者が参画しているケースも多く、今回実施したヒ

アリングにおいても、教育機関との連携（「高齢者」をテーマとした中学校の道徳授業）や多世代共生に向けた取組みなどが行われていた。

CASE

中学校での「高齢者」に関する授業の実施

【株式会社ケアワーク弥生の取組み】

東京都文京区で訪問介護サービスを中心に事業を展開する株式会社ケアワーク弥生（代表：飯塚美代子氏）では、文京区の介護事業者の地域交流会やNPO法人などと連携して、2013年11月に区内の中学校において「いのちとこころの授業」（道徳の授業）を開催した。

「若者と高齢者のギャップを埋めよう！」というテーマで実施した授業は、前後半に分かれており、前半では高齢者介護の歴史、高齢者の抱えている課題（特に高齢者の直面している「死」について）に関する講義を行い、後半部は全校生徒約400人を小グループに分けてグループワークを行った。グループワークでは、自身の祖父母が中学生だった頃のこと、自身が高齢になる未来のことをそれぞれ想像してもらい、想像図をイラストにまとめていく作業を実施。各グループのファシリテーターは、同社の職員をはじめとする60人の専門職が担当した。

同授業を実施した結果、中学生の「高齢者理解」に一定の変化が生じており、授業を受けた中学生の感想文によれば、高齢者に関する理解度、少子高齢化に対する関心度などが増し、また、自分の祖父母や地域の高齢者と向き合う意識の高まりなどが見られた。



CASE

多世代交流支援センターの設置

【社会福祉法人新生会の取り組み】

社会福祉法人新生会（岐阜県池田町／代表：今村 寧氏）では、同法人の拠点が入居するJR 岐阜駅前に立つ複合高層ビルの1階部分に、「新生 元気塾」（多世代交流支援センター）を開設し、相談業務や多世代交流支援などを行っている。

同塾のスペースは、基本的に自由に使用することが可能であり、常駐の職員に対して予約不要で医療福祉関連の相談ができる。また、地域の方々からの提案に基づく各種アクティビティの企画・運営も行っており（俳句、リトミック、携帯電話講座等）、所定の会費を支払うことで誰でも当該アクティビティに参加することが可能である。

一連の活動において特徴的な点は、新生会および関連法人の運営する保育園や介護事業所が同じビルの3階に入居しており、上記のアクティビティをそれらの事業所のスペース

を活用し、また、利用者や園児と交流しながら行う点であり、地域住民が趣味の活動へ参加することが、自然と要介護者や子どもとの交流につながる仕掛けとなっている（園児や要介護者の側からすれば、地域社会や地域の高齢者との交流になる）。

最近では、まちなかのカフェ等において多世代交流会なども開催しており、より多くの、また、より幅広い世代の方々と同塾の活動に巻き込んでいく動きが見られる。



● 地域の他法人と連携した取組み

上述の2つの事例は、地域の住民が高齢者あるいは高齢者福祉について理解することを目的とした、教育現場との連携、および多世代交流スペースの活用と関連事業の開催という取組みである。

これらの取組みは比較的規模が大きく、地域社会とのネットワークや活動に使用できる物理的なスペースなどが必要となるが、**中小規模の事業者であっても比較的着手しやすい活動もある**と推察され（社会科見学の受入れや職業教育等への出講、地域の催し物等への参加など）、また、**単独ではなく地域内の他事業者と連携して活動を行うことも可能性としては考えられる。**

POINT 1

互助活動の担い手としてのボランティアを育成し、 自律運営を通じて「自立」意識を醸成する

- 地域包括ケアシステムを支える「5つの構成要素」の1つとして、生活支援サービスに対する注目度が増している。
- また、生活支援サービスの担い手として民間事業者への役割期待も大きいですが、一方で、採算ベースに乗りづらいサービスニーズも多い。
- そのため、活動の担い手としてボランティアを活用するケースも多く、介護事業者もその育成に参画している事例が見られる。
- 介護事業者が生活支援ボランティアの育成に参画する場合、地域住民の「自立」意識の向上、地域の自立を支えるという観点からすれば、住民ボランティア自身の当事者意識、自立意識の醸成を阻害しない形での関わり方が望まれる。

POINT 2

高齢者に関する知識の拡大を通じ、 若い世代における自立意識の醸成を図る

- 地域の自立を支援する意識を高めるためには、若年層への働きかけが重要と考えられる。
- 自治体や地域の教育機関、NPO では、学校等での高齢者関連の授業や市民講座の開講、若い世代と高齢者の交流機会の開催などの取組みを通じ、「高齢者」理解の促進を図る動きも見られる。
- そうした機会に対し、講師の派遣や講習プログラムの提案など介護事業者が参画できる部分は大きく、実際に積極的に地域と関わりを持っている事業者も多い。

▶3 「ふまねっと運動」とは、50cm四方のマス目でできた大きな網を床に敷き、その網を踏まないようにゆっくり慎重に歩く運動であり、歩行のバランスを改善する「運動学習プログラム」である。特定非営利活動法人地域健康づくり支援会ワンツースリーおよび「ふまねっと運動」の詳細は同法人のホームページ (<http://www.1to3.jp/>) を参照されたい。

▶4 ここでいう「高齢者」関連の知識とは、加齢に伴う障害や疾病、介護保険をはじめとする高齢者福祉制度、高齢者の心理状態などを指す。

3 地域住民の背中を押し、活動の主体として育てる

本 セクションではここまで、「自助」「互助」に対する役割期待の高まりが見られること、また、「自助」「互助」の地域づくりに訪問介護事業者が参画するメリットや意義、具体的な参画事例について述べてきた。

繰り返しになるが、訪問介護事業者が、その有する強みを活用して地域との協働を進めることにより、中長期的に地域社会との間で Win-Win の関係を構築できる可能性が高い。

しかしながら、訪問介護事業者の多くは、介護保険制度の中で要介護認定を受けた高齢者等へのサービス提供が業務の中心である。そのため、地域資源等とのネットワークや福祉関連の専門性を持ちながらも、その知識資源をどのように地域との協働において活用すればよいか、基本的な考え方、方向性について迷うケースも多いのではないだろうか。

以下、本セクションのまとめとして、介護事業者が地域と協働をする際に重要と考えられる視点について整理をしていきたい。

地域住民のエンパワーメント

● ヒアリング先における取組み事例等の特徴

ここまで本セクションでは、「地域住民を生活援助サービスの担い手として組織化し、介護事業者として自立的な運営をサポートする取組み」(校舎のない学校)、「地域の中学生における高齢者、高齢社会に対する理解促進を図る取組み」(ケアワーク弥生)、「地域住民との連携により被災地の仮設住宅の高齢者向けにリハビリ体操を提供する取組み」(ぱんぷきん)などの事例を取り上げた。

これらの事例を見ると、その活動の基本的な部分において、「住民の高齢者福祉に対する関心を高める」「住民主体の活動を側面から支える」といった共通点を有しており、こうした介護事業者と地域との関わり方は、いわば地域住民のエンパワーメントを図るものであるといえる。

● 「地域住民の背中を押し」役割を担う

セクション1でも言及したが、エンパワーメントとは、目前の課題に対して当事者が自身の置かれた状況に気づき、問題を自覚し、自らが自身の生活の改善を図る力をつけることである。本セクションに記載した「校舎のない学校」の取組みを例に取れば、アクティブシニアを含めた地域住民が、加齢により顕在化する障害(認知症、寝たきり、自立支援など)や高齢社会の抱える問題(生活支援、社会的孤立など)、社会保障制度の置かれた危機的な状況などを認識し、自分たちの力で問題を改善しようと考え、行動することといえる。

先に述べたように、介護事業者は、地域資源等とのネットワークや医療福祉に関する専門知識を持っており、例えば健康体操教室など事業者主導で行う方が効率的に進められるケースは少なくないものと推察される。

その一方で、いつまでも事業者が主体の活動では、地域住民に当事者意識が芽生えず、自分たち自身の健康づくりのための活動であっても、「誰かにやってもらうもの」「誰かがやってくれるもの」という感覚に陥ってしまう。これでは、「お世話する」介護と同じであり、地域に「自助」「互助」の意識は醸成されないだろう。

先進事例を踏まえれば、地域の自立（自律）意識を高めていくため、介護事業者として住民のエンパワーメントを念頭に置いた関わり方が望まれるのではないだろうか。

≫ 参考 東日本大震災被災地の福祉避難所での事例

東日本大震災においては、震災直後に一般避難所に避難した要介護者の多くが、ケア体制の整った福祉避難所へと移ることになった。福祉避難所には、多くの要介護状態の高齢者が生活を送っていることから、全国から支援物資やボランティアが集まり、震災発生前の在宅生活と比較しても手厚いケアが提供された地域も少なくない。

その後、初動の復旧対応が終了し、要介護者の福祉避難所から自宅や仮設住宅への移行が進む中で、一部の高齢者において食事の準備など「身の回りのお世話」をしてもらえる環境が続いたために生活機能が低下し、在宅復帰が困難になるケースが見られた。状態を悪化させないための手厚いケアが、自立度を低下させてしまったのである。

この被災地での事例から見てくるのは、「過ぎたるは及ばざるがごとし」の諺どおり、個別の利用者に対するケアも地域との関わりについても、その関わり方の加減が重要ということではないだろうか。

POINT

介護事業者は地域との関わりにおいて「地域住民の背中を押す」役割を担う

- 自立を支える地域づくりに訪問介護事業者が参画することは、地域・事業者双方にとって有益である。
- ケアの専門性や豊富な地域ネットワークを有する介護事業者が地域における自立を支える活動をリードし続けることは、当該活動が地域住民にとって「してもらう活動」になる恐れがある。
- そのため、介護事業者による地域への参画には、住民をエンパワーメントする視点が求められる。

DISCUSSION

- Q1 ▶ あなたの事業所において、地域とどのような関わりを持つことが可能か、考えてみてください。
- Q2 ▶ あなたの事業所において、地域と関わりを持つうえでどのような課題があるか、また、その課題を解決するための方法について考えてみてください。
- Q3 ▶ 地域との関わりを深めることにより、あなたの事業所の経営やケアの品質にどのような影響が出るか、その可能性について考えてみてください。

「民間事業者の質を高める」ための 民介協の活動

『民間事業者の質を高める』
一般社団法人 全国介護事業者協議会
専務理事 扇田 守

社会保障制度の介護保険においては、住み慣れた地域で継続して生活できる住まいと医療や介護、生活を支えるサービスなどが適切に提供できる「地域包括ケアシステム」の構築に向け、私たち民間の介護事業者に対する期待がますます高まることが予想されます。高齢者人口がピークを迎えるといわれる2025年に向けて、高齢者が要介護状態になっても一人で住み慣れた地域、自宅で安心して継続して暮らすことができる、そして自分らしさを大切にしたい生活スタイルをサポートしてくれるサービスが求められてくるでしょう。

そのような高齢社会の中で、地域をつなぐ架け橋となり重要な役割を果たすのが介護サービスです。

介護サービスがいかに地域の期待に応えることができるか？ それは私たちサービス提供者としての介護事業者の資質にかかっているとんでもない過言ではありません。

利用者の方の喜びを感じられる感性、人と人とのつながりを大事にしていく心、そして介護の専門職としての技術向上に向けた研鑽と誇りを基盤にしたサービスの開発と継続的な改善がサービスの質を大きく左右します。

「質の高いサービスを提供する」ために、自らの事業のあるべき姿を見据え、事業者同士が協力し合っるとともに成長していくことが、私たち民間事業者の目指す方向性であると信じております。

当協議会は、介護保険制度が平成12年4月にスタートして2年が経過した頃に、各地の介護事業者から「もっと勉強会ができる団体をつくってほしい」等々の声があり、全国47社の呼び掛け人を中心に「民間事業者の質を高める研修会」としてスタートいたしました。その後、一般社団法人となり、現在に至っております。(平成26年2月末現在 会員446法人)

当協議会は、質の高い事業者の集団を目指し、「利用者の立場に立った質の高いサービスの提供を図り、介護サービスの健全な発展を目的とする」ことを設立時からの目的としており、現在も「民間事業者の質を高める」を冠に付しております。

名称があまりにも長く、冠からの「民」と介護の「介」と協議会の「協」で「民介協」として一般に知られております。

事業の内容は、次のとおりです。

- ①介護事業者としての理念を構築するための支援事業
- ②介護サービスの質を向上させるための様々な研修会・セミナー等の開催

- ③経営安定化のための経営相談事務
- ④高齢者介護に関わる情報の共有化のための会報の発行
- ⑤高齢者が在宅でより快適に暮らすための国への要望
- ⑥前各号に掲げる事業の付帯する又は関連する一切の業務

●協議会としては、報酬改定時など都度、会員からの意見・要望を国へ要望書として提出しており、また、当協議会理事長は民間事業者団体の代表として、介護保険部会及び介護給付費分科会委員を務めております。

●研修会は、全国研修会と、地区を8ブロックに分けた地区研修会を行い、タイムリーな情報提供を行っております。

毎年2月に全国から好事例を集め「事例発表会」を実施、今年度（平成25年度）で8回目になり、年々レベル・アップしております。

また、次世代育成を目的として、2泊3日の「次世代経営者育成研修」を毎年秋に実施、次の介護事業を担う若手の熱気溢れる研修状況に頼もしさを感じております。

その他にも、「接客マナーは企業を救う」と題し、5～6月に東京ディズニーランド研修を実施しております。

●厚生労働省の補助金事業として、以下の事業を実施しております。

- 高校生向けに作成した『介護の仕事がよくわかる！ Care』は、全国の高校4800校・専門学校700校に配布、各校から大きな反響がありました。
- 介護事業者向けに『あなたの経営マネジメントは？ すべては経営者次第』を作成。
- 介護利用者がピークを迎える2025年に向け、『質の高い介護事業をいつまでも』を作成。
- 介護事業者のために『介護事業 労務管理マニュアル』を作成。
- 労働集約型のサービスである訪問介護事業の収益基盤・効率を上げるために、『生産性の高い訪問介護とは？』を作成。
- 3.11 東日本大震災の教訓を受け、「災害時には介護事業者は何をすべきか、また地域の市町村との連携はどうあるべきか」をまとめた『3.11を忘れない！ 東日本大震災の教訓を生かす』を作成、全国1200市町村に配布。
- 平成25年度は、自立支援に資する訪問介護サービスのあり方に関する調査研究事業を実施し、本書を発刊するに至りました。

これからも民協は、介護サービスの健全な発展を目的として、「できる限り住み慣れた自宅や地域で生活したい」、そのような願いをもつ地域の方々の「自分らしさの実現」に貢献することを使命として活動してまいります。

介護保険制度が創設された理念を忘れずに、変化することを恐れずに、真に求められるサービスを今後も追求してまいります。

介護の専門性を地域に開き 「自立」の文化を育む



独立行政法人 労働政策研究・研修機構 研究員
堀田 聡子

事例を通じて問い直す「自立」とその支援

一人ひとりが自分の生活を支える「自助」の主体として、「自立」と「尊厳」を育み支え合えるまちをいかにつくっていくかが課題になっています。

そうした中、生きる力と生き方を支える要となる訪問介護事業者の皆さんが、改めて「自立」「自立支援」について事例を通じて問い直されたのは、とても意義深いことだと思います。

これを手がかりに、ますます事業所・法人の中で、多職種で、そして地域の方々と、「自立」とその支援の考え方を共有し、地域全体の生活の質を高めるために訪問介護に携わる方々が活躍していただきたいと思います。

それぞれの地域の物語を基盤に

本書をまとめるにあたって集められた事例はいずれもすばらしいものです。実際に行われている取組みは示唆に富むものですが、そのままマネをするのではなく、事例の背景にある考え方に思いを巡らせながら、自らの事業所の利用者やご家族、職員の方々、そして地域に耳を傾け続けるきっかけにしてくださいと思います。

地域ごとに住民の皆さんの考え方や健康状態、課題や資源は異なります。事業所の熟度も違うでしょう。それぞれの地域の物語、地域の中での事業所のありようをベースにしながら、事例をヒントに振り返りを行えば、進化に向けた発見があるかもしれません。

なぜ今、地域包括ケアシステムか

近年、地域包括ケアシステムの構築に向けた議論が重ねられています。その背景には、高齢化や医療の進歩に伴う疾患構造の変化があげられるでしょう。20世紀は一橋大学の猪飼周平先生によれば「病院の世紀」といわれ、ヘルスケアシステムは急性期医療を中心として整備されてきました。複数の慢性疾患や障害とつきあいながら地域で暮らしていくには、必要なサービスがバラバラで、サービスの質の面からも資源の効率的な活用の面からも問題になったのです。

「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質（QOL）が最大限に確保された状態」を中心とするものに健康観が変化中、住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続（Aging in Place）をサービスのアクセスや質、満足度、効率性を改善しながら実現する可能性があるシステムへの期待が高まっているわけです。

地域包括ケアは、「地域を基盤とするケア（community-based care）」と「統合ケア（integrated care）」の2つのコンセプトを組み合わせたもので、地域における最適を地域の皆さんが選んでいくことが重要になります。

本人こそが「飛行機のパイロット」

病気や障害とともに地域で暮らす方々の自立と尊厳を支えていくうえで重要なのは、「情報とスキルを持って活性化された患者」と「先を見越して準備ができた多職種チーム」の「生産

的相互関係」であるといわれます。

かつては、病気になれば患者は社会的義務を一切免除されてベッドに寝ており、医師をトップとする医療者からの指示に従って治療を受けるものといわれていました。病院の中では今でもそういう面もあるかもしれませんが、専門職のイニシアティブに基づく治療の「受け手」としての患者像です。

でも、自分の家で、地域で暮らしていくことを考えると、本人こそが自分の生活を自分で支える「自助」の主体なのです。専門職が24時間365日同じ空間にいることはありません。

「自立」と「尊厳」は、いうまでもなく介護保険制度創設以来変わらぬ理念ですが、Aging in Placeの実現に向けて、改めて本人こそが自分の心身の素人専門家 (lay expert) であり、自らどう生きていきたいのか、死を迎えたいのか考え、自ら歩いていく。専門職はそれぞれの専門性をそこに響かせ、ともに生活の質を高めていく。そんな姿が重要になってきています。

慢性疾患ケアモデルにおいて、患者は飛行機のパイロットにたとえられます。専門職の役割は、まず安全な機体を作り、パイロットとともに起きうる様々な状況を予測しながら飛行計画を立てること。なんとか一人で操縦できるよう、平時の飛行技術に加え、天候の変化や機体の異変等が起きたときに、それを察知して、対応の方針を決め、応急処置ができるような支援を行うことです。つまりパイロットである本人と様々な専門職が協働して飛行機を飛ばすということになります。



暮らしの場である地域を耕す

こうした新たな本人と専門職の関係性を支えるのは、活性化されたコミュニティだとされています。機能の改善のみならず、その人らしい生活の質を高めることを考えれば、地域との協働は不可欠です。

なぜなら、生活の質を高めるための資源は、暮らしの場である地域全体に散らばっているからです。今いらっしゃるお一人お一人の利用者のケアの質を高めるためにも、より安心して暮らしていける地域をつくるという意味でも、地域への働きかけはこれからますます重要になります。

慢性疾患ケアのためのコアコンピタンスの柱は、①患者中心ケア、②協働、③質向上、④ICT、⑤公衆衛生視点、といわれますが、このうち協働の中には、「患者と」「他の提供者と」「コミュニティと」という3つの側面が含まれます。

自立支援を考えるうえでも、地域に根ざす介護事業所として、あるいはともに同じ地域に暮らす住民として、地域と協働するという点について、改めて考えてみる余地があるのではないのでしょうか。

「自立」という価値を地域の中で共有 介護の専門性への理解にもつながる

今後、それぞれの地域で地域に根ざした切れ目ないケアを充実させていくうえで肝となるのは、「自立」を通じた規範的統合、すなわち、自立という価値を、ご本人、ご家族、事業所内外の専門職、地域全体として共有することではないかと思います。

「自立」と「尊厳」は、ケアを必要とする人のみならず、誰もが社会の一員であることを実感して輝ける地域を実現するうえでも重要です。でも、一朝一夕でこうした意識が醸成されるわけではありません。例えば、今は「あなたこそが生活の主体なのです」といっても、「全

部お任せしたい」という方が多いかもしれない。

地道に地域に働きかけ、市町村、学校や地域の様々な事業所等も巻き込みながら、自立と支え合い、育み合いのまちづくりに住民の方々とともに取り組んでいくことが求められると考えています。

今回の事業では、実際にこうした文化を育む実践を行っている事業所の事例を共有できたことも大変有意義でした。利用者さんとともに自分が育ち、家族が変わり、地域が変わっていくというダイナミズムが感じられました。これはきっと、介護の専門性に対する社会からの評価にも貢献するものと期待しています。

そもそも自立支援の追求は、本人だけでなく、専門職の持つ可能性も最大限発揮することにつながります。本人の意思、意欲と力を引き出すには、介護職ならではの生活アセスメントが鍵になります。なんでも「お世話」をするのではなく、介護職の専門性を高め、それに基づくケアを通じて本人自身が持つ「解決策」をともに探っていくことで、介護職の役割に対する理解も深まり、本人だけでなく介護職のQOLも向上しうのではないのでしょうか。

訪問介護員の不足感を持つ事業所が多く、その理由は採用が困難であることだといわれますが、地域に向かって開かれた事業所は、人数・質ともに採用ができていく傾向にあることが明らかになってきました。

自立の文化を地域のなかで育てていくことは、職員や事業所にとっても、様々な意味で有意義だと思います。

介護職の生活アセスメントを 多職種協働の基盤に

病気や障害とつきあいながら、できる限り最期まで住み慣れた地域で暮らしていこうと思えば、介護のみならず、様々な専門職の協働が求められます。

多職種協働を円滑に進めていくためには、本

人を中心に、まず多職種が顔の見える関係を築き、互いの役割を知り、そして目標を共有することが重要です。このとき、本人の最も近くにいる専門職である介護職が持っている情報は、とても貴重です。

介護職は、本人の意思や生活の状況、環境について、他の専門職よりも「刻々と」把握しうる立場にいる場合が多いと思います。そのアセスメントの「視点」を、ご本人と多職種を交えた協働の基盤となる共通言語として提案していくことは重要で、本書で紹介されている土台づくりやツールの事例は大いに参考になることと思います。

介護職は本人の豊かな物語についての情報を持ちうる立場として、リスクを恐れず可能性を信じる専門職として、生活アセスメントの専門性を持って、他の専門職にも積極的に情報を発信、提案して行ってほしいと願っています。

それに基づいて医療者も交えて未来予測を立てることができれば、介護職はさらに先を見越したケアに取り組むことができるわけです。

介護職に期待される 終末期ケアへの関わり

多くの人たちが病院ではなく地域で最期を迎えたいと願っているといわれます。再び、いのちの終わりが暮らしの中にある社会がやってくることになるでしょう。

訪問介護事業所は、住み慣れた家や地域での死を希望する方々を支えるうえでも、是非もつと役割を果たして行ってほしいと思います。

多職種の中で、比較的早くから、また高い頻度で本人や家族との接点を持つ介護職は、Quality of lifeだけでなく、Quality of deathを支える要にもなると考えています。

本人の暮らしぶりの中で滲み出す、あるいは時には繰り返確認された考え方や価値観を大切に、その人らしい暮らしに、その物語の最終章まで伴走していくことを期待しています。

▶ **有識者検討委員会委員長**

堀田聡子 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 研究員

▶ **有識者検討委員会**

佐藤優治 (株) ソラスト (民介協副理事長)

扇田 守 民介協専務理事

▶ **ワーキンググループ**

今村あおい (株) 新生メディカル (民介協会員)

岡 大輔 医療法人社団三愛会 (民介協会員)

安東 真 (株) ソラスト (民介協会員)

田尻久美子 (株) カラース (民介協会員)

菅野雅子 (株) エム・デー・シー (現代マネジメント研究会)

赤堀 進 年友企画 (株)

迫田三佳 年友企画 (株)

田中知宏 (株) 浜銀総合研究所

加藤善崇 (株) 浜銀総合研究所

厚生労働省 平成 25 年度老人保健健康増進等事業

いかにして 自立を支えるか？

自立支援のための仕組みづくりをめざして

平成 26 年 3 月発行

発行 一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会

〒101-0047 東京都千代田区内神田 2-5-3 児谷ビル 3F

TEL: 03-5289-4381 FAX: 03-5289-4382

制作協力 (株) 浜銀総合研究所

年友企画 (株)

資料 2

事例発表会全国大会
発表事例資料

テーマ 転倒骨折入院からの再起 ～笑顔で歩けるその日まで～

発表者 有限会社ケア・コラボレートK・H
グループホーム土筆 介護員 片桐 照子

1. 事例概要

本来、入居者様をお守りするために実施された夜間の避難訓練で起きた転倒骨折事故。

落胆する職員らにご家族様は「家にいたって事故はおこるんですから」と諭してくださいました。職員は、ご家族様の深い想いに、あきらめてはいけないと奮起一転。大腿骨転子部骨折入院・手術後から、病院での理学療法開始となるが、車いすの生活に加え、入院中に認知症の症状が進むのではないかと考えられ、職員は食事時間に合わせて病室を訪問、“Kさんノート”を作り、ご家族様や職員同士でも経過を共有することで、ホームに戻ってからの氏の生活や関わり方をイメージすることができた。退院直後から、継続が必要なリハビリメニューを生活の一部として実施、K氏が笑顔で歩行される今日に至る。

事故による受傷から、職員全員が一丸となって利用者様のために、自分たちは専門職として何ができるか取り組んだ事例です。あきらめないで取り組んだ成果をK氏とチームへの感謝の気持ちを込めて報告いたします。

2. 事例の発生状況と経緯

K氏（女性）当時89歳 要介護3

障害者高齢者の日常生活自立度 A1 認知症高齢者の日常生活自立度 III a

平成22年9月28日、夜間避難訓練最中、K氏は避難誘導をしていた職員の手を振りほどき突然走り出し、臀部から転倒骨折。そのまま救急外来受診し入院、手術となるが、高齢であり①寝たきりになるのではないかと②車いすでの生活になるのではないかと③認知症状が進行するのではないかと思われた。

3. 事例の目標の設定・対応方法について

- ・入院時からの取り組み：ホームに戻ってからの氏の生活をよりイメージ出来るよう
“Kさんノート”の作成による情報共有。
- ・入院先T病院：PTとのリハビリメニューの確認・連携・モニタリング
ホームに戻った際、リハビリメニューの具体的方法を連携
統一したリハビリの実施（基本回数の統一、痛みの訴えを伺いながら
心身状態にあわせて回数を増減する）
- ・介護の専門家としてできること：生活を支援していく専門職として職員ができることを
チームで実践（リハビリ意欲の維持・動機づけ）

4. 対応の結果

入院期間18日間、退院直後よりリハビリを実施。リハビリメニューを生活の一部として実践に取り組んだ結果、退院時は車いす移乗・移動全介助。→受傷から1か月もたたずK氏は再び自らの力で歩行できるようになった。

5. 考察

私たちは、痛い想いをさせてしまった反省とともに、車いすの生活を望まないであろう氏とご家族の深い想いを受け、氏は“予期せぬことはいつでも発生するのだ”という危機管理の観点や、あきらめないことの大切さを教えていただいた。このことを教訓に私たちは、成長し利用者様によりよいサービスを提供できるよう日々精進していきたい。

転倒 骨折 入院からの再起

～笑顔で歩けるその日まで～

有限会社 ケア・コラボレートK・H
グループホーム 土っくし筆
介護員 片桐 照子

介護事保険事業所

土っくし
筆

会社概要

- 社名：有限会社ケア・コラボレートK・H
- 所在地：北海道滝川市東町4丁目117番地24
- 設立：平成14年5月1日

事業内容

- 居宅介護支援事業 ▪ 訪問介護支援事業 ▪ デイサービス ▪ 認知症対応型デイサービス
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- サービス付き高齢者向け住宅

コンセプト

▪ 1800坪の敷地内に6つの事業所が併設されており、それぞれの事業所相互の協力を得られる利点を活かし、住み慣れた地域で安心して暮らせる高齢者の住宅環境・地域を作るお手伝いがしたい。介護を通じて地域に貢献したい。介護で地域の雇用も創出したいとの実現をめざしています。

入居者様の紹介

- K氏 89歳（当時） 女性
- 要介護3
- 平成18年4月29日当ホームに入居
- 自らの意思で動くことは殆どなく職員の声かけ・誘導にて日常生活を過ごす

事故発生時の経緯

平成22年9月28日 夜間避難訓練

20:00 非常ベルが鳴り、利用者様を避難誘導
K氏も慌てることなく応じて下さる
次に屋外への誘導 一人ずつ非常階段を
降りて外へ出る（自主的に動かれること
の少ないK氏なら避難先で他の方を待つ
ことができると判断）
職員はK氏を最初に誘導して外へ出た
2～3歩走り出したところで臀部から転倒
左大腿骨転子部骨折 入院

生活を支援していく専門職として できることをチームでおこなう

- 問題点

高齢であり、寝たきりになるのでは
車椅子での生活になるのでは
入院中に認知症の症状が進行するのでは

- 職員ができること

少しでも認知症の症状が進行しないように関わるには何ができるか
ご本人、ご家族がどう感じているか

できることをチームでおこなう

- 食事時間に合わせて病室を訪問

声かけをおこない職員の顔を忘れないように覚えていただく
食事介助目的だけでなく、お話を楽しみながらお食事できる

- “Kさんノート”の作成

ホームに戻ってからの生活をよりイメージしやすいようにその日の
K氏のご様子をわかるように記入
(ご家族・職員はこれで情報を共有する)

- 入院中のリハビリを見学

入院先：リハビリテーション PTとの連携
リハビリメニューの確認とモニタリング
退院直後から継続が必要なリハビリメニューを統一・実施

入院 手術 そしてリハビリ

H22年9月28日20:00転倒にて受傷 救急外来受診 入院

10月 1日 左大腿骨転子部骨折 骨接合手術施行

10月 2日 夕食時から食事時間に病室を伺う
以後退院されるまで昼食・夕食時に訪室継続
(ホームの仕事に支障ないように工夫)

10月 4日 ベッドサイドにて理学療法開始
“Kさんノート”記載スタート

10月 8日 平行棒での起立練習を開始

10月11日 全抜糸 バルーンカテーテル抜去

10月15日 関節可動域 左股屈曲90度(多動運動)

(退院日) 左股屈運動時及び最終域で痛み(+)

起立・移乗：全介助 立位：両手つかまりで軽介助

【職員の取り組み ケア記録より一部抜粋】

退院後も継続が必要なメニュー スタッフが統一して実践

①股関節運動

車椅子で足踏み運動ができるとよい

始めは、介助をしながら徐々に自分でおこなえるよう促す

②立ち上がり運動

股関節が痛くて前におじぎをすることがうまくできない

少しでもおじぎをするために前方へ手すりをつかんで

自分で立つように後方から手伝う

③乗り移り練習

前方介助でおこなうと、おじぎも促しやすく軽介助で

おこなえる

退院後の取り組み

● ホームでのリハビリメニュー開始

- 10月16日 ①②③他 足上げ運動1セット10回×3セット
- 10月20日 短い距離 5m以内の歩行運動
- 10月25日 下肢むくみの出現 下腿マッサージ実施
- 11月 3日 立位保持可能 歩行訓練の距離を長くしていく
- 11月 4日 自ら左足をあげようとする 45度位まで可能
- 11月17日 車椅子→ベッド移乗：全介助→一部介助
- 11月25日 平行棒での往復歩行運動 徐々に回数を増やす
- 12月 6日 手引き歩行可能 足上げ運動1セット30回×日に応じて
- 12月13日 足上げ運動終了 歩行運動を中心に変更 手引き歩行実施
- 12月23日 土筆のXmasパーティー ステージ壇上にあがり歌を披露

【職員の取り組み ケア記録より一部抜粋】

取り組みの成果

～1か月もたたず 自らの力で歩行～

- 入院18日間 退院直後よりリハビリ実施
退院時車椅子移乗・移動全介助
→手引き歩行
調子の良い日には 独歩可能
- K氏は車椅子の生活を望まないであろうとの思い
氏の思いの実現にむけて、リハビリメニューを
生活の一部として実践、全スタッフで氏が歩ける
ようになることをあきらめず取り組んだ

まとめ

- 本来、入居者様をお守りするために実施された夜間の避難訓練で発生した事故
- ご家族様はスタッフらに「家にいたって、事故は起こるんですから」と諭してくれた
- ご家族様の深い想いに
私たちは“あきらめてはいけない”と奮起一転
- K氏に痛い想いをさせてしまった反省とともに“予期せぬことはいつでも発生するのだ”と、教えてくださいました
- このことを教訓として私たちは成長させていただいた

**K氏ならびにご家族様には
感謝の想いでいっぱいです
ありがとうございました**



ご清聴ありがとうございました

有限会社 ケア・コラボレートK・H

介護保険事業所 **土くし筆**

滝川市東町4丁目1-17番地24

☎0125-22-0294

テーマ 『夢の持つ力』

発表者 株式会社 尚進 小規模多機能型居宅介護事業所 ふきのとう 竹田 晴美

1. 事例概要

ある日、ある方の「娘の仕事場に行きたいな」という一言からこの企画は生まれました。個々の個人的な夢に耳を傾け、それを実現して笑顔を見たい！という気持ちがスタッフに生まれ、事業所をあげての取り組みとなりました。

内容は単純です。皆さんに夢を聞いてそれを叶えるというものです。一人一人の夢を聞き、実現する中で、ハプニングや戸惑う結果もありましたが、ほとんどが笑顔と喜びの声、感動がありました。

2. 事例の発生状況と経過

複数の人数での希望の外出や外食は今までにあったものの、個別に取れる時間は多くなく、日常的な業務に追われる中、果たしてどこまでできるのか？と躊躇する空気が流れました。

また、利用者様に「夢」という言葉を出した途端に、病気や身体の不自由さ、高齢を理由に夢も希望も見つけられず、「こんな年寄りに何ばかげたこと聞くの！」と夢に対する否定の言葉を聞き、改めて皆さんの我慢や抑圧されている気持ちを感じました。

3. 事例の目標の設定・対応方法について

私達は考えを改め、若い頃の趣味や好きだった事、身近な行きたいところや食べたい物などをじっくりと一人一人から聞いていきました。少しずつ、些細な小さな夢、若い頃を懐かしむ思い、無理とはわかっていても願わずにはいられない思いが集まりました。

その小さな夢の一つ一つを、たとえ手間と時間がかかっても、とにかく実行しました。ハプニングや失敗や戸惑いもあり、またわくわく感とドラマもありました。

そして達成の後には、感動・喜び・とびきりの笑顔を見ることができ、それがスタッフの喜びと新しい力になりました。

4. 対応の結果

あれほど夢を探ることができなかつた方々が、他の人の希望を叶える様子を見ることにより「私もしたい、行きたい、食べたい」と良い相乗効果と積極性が見られるようになりました。そして、中には涙ながらに感動される方もいました。ご家族にも喜んでいただきました。

利用者様一人一人をより深く理解し、新しい一面を発見することにより、ますます喜んでいただきたいという気持ちが強くなり、スタッフのモチベーションの向上にもつながりました。また達成感がスタッフの自信につながりました。

5. 考察

人はあきらめの感情だけで生きていくことができるのでしょうか？利用者様の笑顔は私たち介護職員にとっての力となります。

「できない」と躊躇するよりも、「どうしたらできるのか？」と考え、失敗を恐れず「とにかくやってみる」ことを決意し、この先も皆さんの『夢』を叶える努力を積み重ねていきます。

夢の持つ力

～あきらめからの脱却～

小規模多機能型居宅介護事業所ふきのとう
竹田 晴美

きっかけ

- ・ある利用者様の一言「娘の働いている店に行ってみたい。」



☆全員の夢を聞いてみよう！事業所をあげての企画にしよう！



- 「何もない、できるはずない」「夢なんてあるわけがない」
- 「戦地に行きたい」
- 「嫁がほしい」

☆消極的、実現困難な答えが多く難航



もっとじっくり聞きとり調査

- 若い頃やっていたことや、趣味、好きだったことを聞く。
- 食べたいもの、（近場で）行ってみたい所などを聞く。

☆叶えられそうな小さな要望を聞いていった。

集まった夢

- ジェームスディーンの映画をみたい。
- 教会に行きたい。
- たててもらったお茶を飲みたい。
- パチンコがしたい。
- デートがしたい。
- 女の子と記念撮影がしたい。
- マージャンがしたい。
- 昔は短距離走の選手だった。もう一度走りたい。
- 草の上で寝転がりしたい。

などなど

ふきのとう祭りとのコラボ



今年で2回目になるご家族との交流会で、それぞれの顔写真と夢を書いて掲示した。実行した夢も報告。

ある方の夢

老人に夢なんてありません。
しいていうなら2020年の東京オリンピックを
わくわくしながらテレビで見ることにしよう。
それは無理 無理 絶対無理と思う。
なぜなら白寿になるからだ。

スタッフの変化

- このひとつひとつのミッションをどうやってクリアしようか？（結構楽しんでいる）
- 利用者さんの喜ぶ顔が早く見たい！
- こんな一面があるなんて意外。知らなかった。
- 私、休みの日にAさんを〇〇に連れて行ってあげていいですか？

⇒積極性とモチベーションUPにつながっている

利用者さんの感想と変化

- 楽しかった。冥土のみやげになった。
- うれしくて涙がでた。感動した。
- こんなこと一生無理だと思った。
- あの人あんなことやっている！私もしよう！
- 次の日には忘れてしまったが、精神が安定した。

⇒積極性や意欲が引き出されるケースが見られた。

ハプニング

- ジェームスディーンのリボデオが古すぎてレンタル屋にない！
⇒隣町に行きようやく発見
- 「私そんなこと言ってません、行きません」
⇒実施直前の拒否
- 不穩になってしまった。
- 実施後の思いがけない生理現象に戸惑うスタッフ。

ミッションその1～もう一度走りたい



晴天に恵まれた日、
近くの公園で
ミニ運動会の実施



ミッションその2 ～たててもらったお茶を飲みたい～

- 茶道部のある中学校にオファーし快諾。
- 放課後の時間に学校へお邪魔する。
- 車椅子のまま和室に入れるようにゴザを引く配慮。
- 元気な挨拶、礼儀正しき、一生懸命な姿に感動！



立命館慶祥中学校茶道部にて

まとめ

- この企画は現在も進行中。
- 笑顔が増えた。
- 高齢であっても楽しんだり、感動したりできることを改めて知ってもらうことができた。
- 忘れても、その後の意欲や気持ちに影響がある。
- 他の利用者様に良い影響、相乗効果がみられた。
- スタッフ本位にならないよう注意が必要。
- 「できない」から「どうしたらできるのか？何ができるのか？」へ視点の転換。
- 利用者さんに興味を持ち、より深く理解することができる。
- 充実感と達成感が得られた。

せんだい医療・福祉多職種連携ネットワーク ささかま hands

ジャパンケア仙台萩野町
管理者 須藤健司

【事例の概要】

平成 25 年 1 月より仙台市を中心に『顔の見える関係作り』を目的として 2 ヶ月に 1 回の頻度で交流会などを開催している。会の名称は「せんだい医療・福祉多職種連携ネットワーク～ささかま hands～」当初の参加者は約 18 名であったが現在は 102 名にも膨れ上がりより多くの医療や介護従事者の意見交換の場となっている。

【開催の目的】

医療や介護従事者は横の繋がり、顔の見える関係を作りたいという声を数多く聞いた。地域包括ケアシステムを具現化する上で専門職同士が気軽に情報交換や交流を行い、スキルアップできる環境を持ち、利用者やご家族にも幅広い提案ができたり、お互いの職種を知ることが目的としてこの会を発足する。

【主な活動】

- ・開催の頻度 2 ヶ月に 1 回
- ・参加の職種 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、地域包括支援センター、小規模多機能居宅介護、デイサービス、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、MSW 等、その他関連職種
- ・活動内容 顔のみえる会(飲み会)、研修会、講演会、レクリエーション【釣り部・ぶどう狩り】、フェイスブックでの仙台の医療・介護の情報発信

【効果】

多くの医療や介護に関連する業種の方が参加するため様々なサービス内容の理解度が高まっているように感じられる。また、会に参加することで親近感が高まり、通常の業務の中でも気軽に連絡を取れる関係となり、自然に他職種連携が構築されている。

実際の事例

○床ずれの利用者に対し、『顔のみえる会』で繋がった日帰り外科手術を実施する医師に依頼する。在宅では治療が難しいのではないかとされる床ずれが、ほぼ完治

○シーティングが得意な福祉用具貸与事業所の職員が、介護老人福祉施設に訪問を行い、座位姿勢を改善

○ホームセンターの元店長が立ち上げた事業所が、脊髄損傷の利用者宅での床材の交換を実施

などなど、『顔の見える会』で繋がったことで、利用者にも多くのメリットが生まれている。

【課題と今後の展望】

ここまで多職種の方に集まって頂くことができている。

交流会の中での意見交換会が中心となっているが、研修会やグループワークを計画的に行い内容を充実させることが今後の課題となっている。

今後は、地域包括支援センター圏域で顔のみえる会を行うなど、より地域に密着した形で、活動を行っていきたい。

地域の多職種連携を高めながら、仙台市の地域包括ケアシステムの具現化に向け取り組んでいきたい。

せんだい医療・福祉多職種連携ネットワーク ささかまhands

株式会社ジャパンケアサービス
ジャパンケア仙台萩野町 居宅介護支援事業所
管理者 須藤 健司

背景

仙台で地域包括ケアシステムを実現したい

- 施設サービスと在宅サービスの差をなくしたい。
- 統合的サービスを提供するには、法人を越えた繋がりが必要ではないか？
- 各サービスや各職種の相互理解が不可欠ではないか？
- 事業所数が多く、一つ一つの事業所の情報が見えにくい



発足 平成25年3月

目的 仙台で地域包括ケアシステムを具現化したい

- 1・医療・介護従事者の顔の見える関係づくり
- 2・各職種の相互理解
- 3・介護職などの医療知識の向上

活動内容 顔のみえる会（飲み会）、レクレーション、研修会
講演会、フェイスブックで仙台の医療・介護の情報発信

顔のみえる会の参加者

医師・歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士
理学療法士・作業療法士・社会福祉士
介護福祉士（介護士）ケアマネジャー
訪問マッサージ
関連職種（出版社・ゲーム機レンタル会社）
など

発足当初参加者は18名だったが、現在102名まで
増えている。

顔の見える会の様子



4

研修会・レクリエーションの様子



顔が見えたことで何が起こったか？

ケアマネジャーが訪問すると短期間に状態悪化し右大転子部に床ずれが！
受診を勧めるも、家族は以前入院して強制退院した為在宅での治療を強く希望

**CM「あっ、あの先生、床ずれが専門って言って
いたよな。よし電話してみよう。」**



Dr「んー今日往診の日じゃないけど、君の頼みなら行こう！」

在宅では治療が難しいと思われる床ずれが完治！

顔が見えたことで何が起こったか？

シーティングが得意な福祉用具貸与事業所の人々が、営業で特養訪問
顔と腕が見える関係になっていたことで…

「実は座位姿勢悪い人いるんだよ。見てくれない？」

「いいですよ！」



**フットレストの位置調整、背張り調整、座面のたわみの解消など行い、
座位姿勢改善！！さらに、職員の意識が向上！**

課題

- 飲み会だけでなく研修会なども計画的に行いたい
- ささかまhandsのコアメンバーを集めたい
- 大人数の「顔の見える会」では深い交流ができない為より交流しやすい工夫が必要
- ささかまhandsの活動を医療・介護関係者への周知

今後の展望

- **顔の見える関係・互助の強化のサポート**
地域包括支援センター圏域で専門職の「顔の見える会」を開催。
長期的には地域の方も交えた交流を行いたい。
- **各職種の相互理解**
施設スタッフと在宅サービススタッフがお互いの仕事を相互体験する。
同職種で事業所の相互訪問。
- **介護職などの医療知識向上**
病院などの認定看護師等と連携していきたい。

おわりに

最初は、知り合いの集まりであったが、最近は同じ目的に向かっている「仲間」になっているように感じています。
今後も「肩肘張らず誰でも参加できる場」として現場に求められる活動を続け、仙台の地域包括ケアシステムの具現化の一助になればと思っています。

ご静聴ありがとうございました。

1. 事例概要 対象者はA氏 80代男性。慢性閉塞性肺疾患。様々な既往歴があり、呼吸苦出現時には在宅酸素療法を使用。発熱すると一過性の全身脱力及び意識レベル低下があり、両耳補聴器を使用する重度難聴、腰痛など身体活動の制限が生じていた。A氏は音楽好きで、50代の頃よりクラリネット（以下Cl.）を習い、演奏経験があったが、度重なる疾患に、好きな音楽を思うように行えない日々が続き、閉じこもりがちになっていた。身体活動制限が現れようとも生きがいを持ち続けることは可能であり、閉じこもるのか、閉じこもらないのかは、生きがいと感じられるものの獲得が有効であるとの仮説を立て「音楽」という生きがいのあるQOLの向上を目指した支援を考えた。

2. 発生状況と経過 当事業所には音楽療法の集団セッションがある。まず、A氏には見学时に奥様とともに体験して頂き、共に積極的に参加されていたものの、耳の聴こえに関しては重度さが露呈された。それでも笑顔を見せたA氏は通所を決定。自身のCl.を持参し、11か月間、計24回音楽療法に参加された（現在も継続中）。息が続かず1フレーズもつながらなかったCl.演奏が完奏でき、また自ら他者交流していく姿が見られた。

3. 目標の設定・対応方法 重度難聴によるコミュニケーションの取りづらさは音楽としての音の聴き取りにくさに加え、他者との会話がしづらいのものであった。「他者交流」を軸に環境設定を配慮、音楽療法士は他者との仲介役も務めた。肺疾患による呼吸苦などが予測されたため、無理のない演奏活動とする。また呼吸法を取り入れた歌唱活動も視野に入れ、「呼吸機能の維持向上」を目指した。これらを踏まえ、長期目標を「身体活動・呼吸機能の維持向上と生きがいを見つけ、他者交流を図る」、短期目標を「以前習得していたCl.の練習により1曲通して吹けるようになり、演奏を披露する」とした。

4. 対応の結果 A氏は通所開始から段階を追って利用回数を週1回から週3回へと増やすことができた。

第Ⅰ期（週1回利用時） Cl.吹奏時、顔面紅潮。1小節も息が続かず、音が外れ、高音の音飛びが何度も出て、他利用者も時折不快な顔を見せていた。個人練習に誘い対応。リハビリ意識の共有を心がけ、おんがくの日の追加利用などもあり、意欲は維持されていた。

第Ⅱ期（週2回利用時） ある程度フレーズが続くようになる。他者との音楽的関わりを多く仕掛けていく。結果、他者から拍手や好意的な声掛けが増え、また顔面紅潮も見られなくなった。

第Ⅲ期（週3回利用時） Cl.の1小節間のフレーズも安定しはじめ、発表の場を提案。A氏と共に「ピアノ伴奏なし。できれば2曲」と設定。意欲の向上、自発的な他者交流が見られた。夏祭り本番、1か所音飛びはあったものの、2小節間のフレーズを全曲通して続けることができ、2曲堂々と演奏を披露することができた。

DVDをプレゼントすると、ご家族、関連職種の方々へもDVDを見せるなど社会交流を自ら行った。

5. 考察 難しかった点を踏まえ、フレーズのつながり、一曲完奏は吹奏楽器の練習による呼気の持続、呼吸機能の向上、通所回数の増加による身体活動の増幅、短期目標、長期目標ともに達成されたと考える。明確な目標に対する意欲を促進させ、やり遂げることができた達成感から、自発性が見え、結果、自立支援につながった。顔面紅潮の消失は、仲間意識による緊張感からの解放とも考えられる。また集団セッションであることにより共に参加していた利用者への波及効果がうかがえ、音楽療法士も気づかされた。現在はA氏がもたらしたこの波及効果を有効活用し、「NHK100万人の花は咲くプロジェクト」の参加など社会参加を精力的に行い、波及効果の持続と拡大を検証中である。今後の課題としては、加齢や疾患に伴う機能低下のA氏の気持ちに寄り添う音楽療法を再検討し、またチーム介護の可能性を模索し、包括的な支援を企てていく必要がある。何を生きがいとするかの自己決定を、今後も支援し続けていきたい。

デイサービス利用者の 生きがい獲得に向けた 音楽療法の取り組み

～過去に経験のあるクラリネット演奏を用いて～



(株) 福祉の街 ケアセンター上尾
介護福祉士兼音楽療法士 工藤記代子

概要

- **対象者** A氏80代男性 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
労作時呼吸苦出現時HOT使用 重度難聴(両耳補聴器使用)
発熱すると一過性の全身脱力及び意識レベル低下みられる

<さまざまな既往歴>

膵臓がん手術、髄膜腫手術、大腸ポリープ切除、
前立腺がん(現在ホルモン療法にて治療中)、動脈硬化症

<A氏の好きなこと>

ジャズライブ鑑賞 50代からクラリネット(以下Cl.)を習う音楽好き

身体活動
制限



趣味を
奪われる



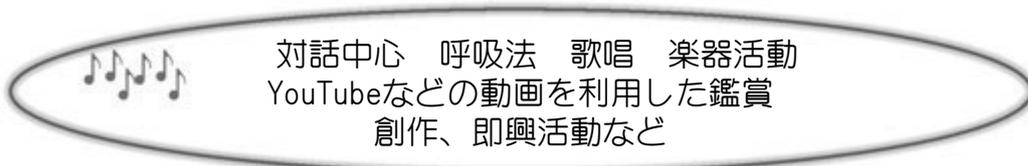
閉じこもるの?閉じこもらないの?

音楽活動による生きがい獲得の支援はできないか?

発生状況と経過

○『おんがくの日』があるデイサービス

音楽療法の集団セッション(各曜日、月1回、約60分、10名～15名)
 純粹に音楽を楽しむ雰囲気づくりを心掛けている



↓ 見学時「おんがくの日」体験して頂く(インテークセッション)

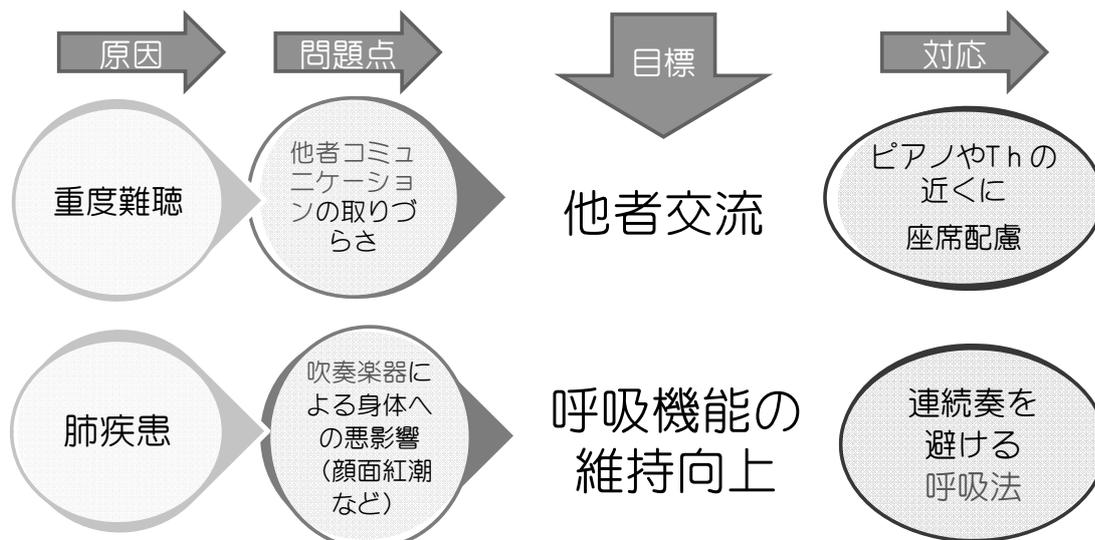
声掛けに対し、聞き取りにくい様子だが笑顔がある
 小物楽器を使った即興活動を奥様と共に積極的に参加

↓ 通所を決定 クラリネットを持参することをお約束

↓ 11か月間『おんがくの日』計24回参加(現在継続中)

息が続かず1フレーズもつながらなかったCl.演奏が最終回(発表会)では1曲通して完奏でき、自ら他者交流していく姿が見られた

目標の設定・対応方法(音楽療法)



長期目標

「身体活動・呼吸機能の維持向上と生きがいを見つけ、他者交流を図る」

短期目標

「以前習得していたクラリネット演奏の練習により1曲通して吹けるようになり、演奏を披露する。」

結果 通所回数を週1回から週3回へ増やすことができた(3か月ごと)

○ **I 期(週1回利用時)**

Cl.吹奏時、顔面紅潮 1小節も息が続かず音が外れる
高音の音飛びが続出 他利用者も時折不快な顔を見せていた

個人練習への誘い
リハビリ意識の共有



意欲の維持

(マラカスの提供/追加利用)

○ **II 期(週2回利用時)**

ある程度フレーズが続くようになるが、うまく曲にならないもどかしさ

他者との
音楽的関わりを
多く仕掛ける



他者からの受容

(拍手/好意的な声掛け/リクエスト
/顔面紅潮見られず)

○ **III 期(週3回利用時)**

「歌うこともリハビリ」との発言 1小節間のフレーズの安定 全曲完奏

舞台(目標)設定



意欲の向上・自発的他者交流

(個人練習の回数増/他者の好きな曲を
一緒に演奏する/他者からのアンコール)

考察

難しかった点

- Cl.と歌のキー合わせ(他者交流を踏まえ)
- フレーズの持続=呼気時間と練習回数との関連性(比例せず)
- 集団セッションであること(他者理解)

得られた効果

- 最適キーや環境設定による演奏のしやすさ
- フレーズのつながり、一曲完奏できたことによる呼吸機能の向上
- 明確な目標に対する意欲、やり遂げることができた達成感から自発性、社会参加といった自立支援につながった
- とともに参加していた利用者への波及効果がうかがえた



音楽の持つ波及効果

今後の課題

今後の機能低下に伴うA氏の気持ちに寄り添う新たなMTを検討し、チーム介護の可能性を模索していく必要がある。

ご清聴ありがとうございました。

添付資料① 赤字→良いと思われる傾向 青字→良くないと思われる傾向

経過及び結果

(Ⅰ期:週1回利用時、Ⅱ期:週2回利用時、Ⅲ期:週3回利用時)

Ⅰ期 週1回利用時(＃1～5) 利用開始3カ月

期	月	回	経過	結果
Ⅰ期	10	1	ジャズCDのセットを持参 「荒城の月」をピアノ(以下Pf.)、う たとコラポ	調子が合わず、とき れとぎれ、1小節続 かない 吹奏時、顔面紅潮
	11	2	「おんがくの日」に振替希望	高音の音飛びが目 立つ
	3	4	Pf.とCl.セッション、他参加者鑑賞 Cl.「聖者の行進」に合わせ他参加者 マラカス(A氏持参)	他参加者との積極 的な音楽的関わり
	12	5	おんがくの時間「今日はやめてお く」Cl.消極的 →午後Pf.とCl.のみの練習時間	自分のリズムで練 習 後日、発熱で休み

Ⅱ期 週2回利用時(＃6～10)利用開始4～6カ月

期	月	回	経過	結果
Ⅱ期	1	6	年末年始の疲れからか、体調面よりCl.なし、ポイトレ重視	(お休みにより実質 月1回となる)
	2	7	「シクラメンのかほり」を楽譜持参でリク エスト	高音の音飛びが目 立つが、他参加者が
	8	8	他参加者からリクエスト「人生の並木路」 にCl.で応える 他「忘れな草をあなたに」「高校三年生」 リクエスト歌唱	Cl.に合わせて、時折 口ずさむ様子 終了後たくさんの拍 手を頂く
	3	9	前回より1カ月半経過、体調面よりCl.なし 知っている曲を存分に歌唱	
	10	10	久々のCl.持参、体調がよく朝から颯爽と 準備し始まる前に一曲演奏 他参加者からのリクエストに応え、皆も歌 唱 終了後、Cl.自由時間を設ける	顔面紅潮はみられず 息は続かない 好意的な他者からの 声かけあり

添付資料②

Ⅲ期 週3回利用時(前期 # 11~17) 利用開始7~9カ月

期	月	回	経過	結果
Ⅲ期 (前期)	4	11	「琵琶湖周航の歌」をしっかりとした歌唱とCl. ソロ演奏	音の響きが良いがフレーズは続かない A氏「吹くことより歌をしっかりと歌おうと思って歌っています」
		12	Cl. 演奏は少なめ	
		13	合唱中心、Cl. 演奏は少なめ	
	5	14	YouTube画像とともに回想法 Cl. ソロ「琵琶湖周航の歌」 (Th. 都合にて1回休み→後日振替)	1曲通して演奏 音飛びあり (他1回受診のためお休み)
		6	15	DVD(鉄道関連)を提供持参 Cl. 準備するも演奏せず
	6	16	朝から愉らし演奏 他参加者より耳打ちでリクエスト有り 童謡に即興でCl. 演奏 ラスト「琵琶湖周航の歌」Cl. & 歌唱 →夏祭りの発表打診	応えられず(次プログラムでカバー) 午後にも時間を設ける A氏「ジャズ用のリードに変えてみた」
		17	他参加者のリクエスト曲に即興でCl. ラストCl. ソロ「琵琶湖周航の歌」 (前月お休み分振替として腰痛のため散歩を控えた時間を利用し練習→最終キー一本の確認)	1曲通して演奏 フレーズもある程度続く 他参加者から「またお願いします」とねだられる

Ⅲ期 週3回利用時(後期 # 18~23) 利用開始10~11カ月

期	月	回	経過	結果
Ⅲ期 (後期)	7	18	前回コラボした参加者と再びうた & Cl. のコラボ「希望」 (七夕の願い事「『希望』が上手く吹けるようになりたい」と書いたため)	音飛び多々あり Th. のすぐ側にセッティング キー合わせまだ難航
		19	「ともしび」Cl. 演奏	
		20	ラスト「琵琶湖周航の歌」歌あり Cl. ソロ「琵琶湖周航の歌」みなで鑑賞	
	8	21	Cl. ソロ「琵琶湖周航の歌」みなで鑑賞 →「ともしび」演奏	ほぼ音飛びなく演奏 アンコールが出る
		22	夏祭りのハワイアンに合わせ「真珠貝の唄」を楽譜持参でCl. 演奏	慣れない曲と寝不足により音がかすれ、続かない
		23	ハワイアンCD持参「琵琶湖周航の歌」「ともしび」 間隔あけてCl. 演奏 リクエスト「人生の並木路」に応える	歌に合わせ演奏できる

夏祭り本番 『おんがくの祭典』#24

- 初大舞台という意識
(特別感)
- 祭りが南国をイメージしているため、衣装もあらかじめアロハシャツ着用を依頼
- プログラム前半に盛り込み、記載(2曲)し、皆に配布
- ミュージシャンネームを設定『Mr. ○○○○』
- 記録DVDの録画
(後日プレゼント)



Mr. ○○○○練習風景
(A氏の同意を得て掲載)

後日のA氏

○DVDを持ち帰り、ご家族や関連職種と鑑賞

ご家族 「ご指導ありがとうございます」

「教会でも声を出すようになった」

「家でも写真を整理するなど意欲的になりました」

A氏 「いい音がしました」

「他曜日の方にも見せてほしい」と再び持参

➡ DVD鑑賞会実施

「次はジャズをやりたい」

「ハーモニカを買ってやってみようと思う」

「10月からお風呂に入ります」

担当医師 「素晴らしい音ですね。信じられない」(A氏を通じて)

ケアマネジャー 「ご夫婦ともに精神栄養剤ですね」

訪問看護師 「とてもいいものを見せて頂いた」(訪問入浴スタッフより)

①発表テーマ 生き活き農作業

「ええのができたな～！うれしいな～」 「美味しいな！」

②発表者

(株)ライフサービス デイサービスセンター たぶの木

管理者 井上久美香

③事例概要 ④事例の発生状況と経過

当施設たぶの木では、平成16年の開設時より農作業経験・未経験の利用者様と職員との共同作業を目的に準備していた75㎡の畑を耕作し、農作物の育成・収穫を外気に触れながら行ってきた。しかし、畑全体を有効活用出来ず、毎年同じ野菜を作り、徐々に収穫量が減少してきた。

そこで、今年福井県が高齢者の健康作りと地域交流の促進を目的として行う「通所介護事業所における農作業活用促進事業」に申請し専門家の指導を受ける事になった。今迄にない沢山の野菜の収穫が出来、利用者様に色々な成果をもたらした。

⑤事例の目標の設定・対応方法

活動の目的

- ・農作業に取り組む中でその人らしさを大切にしたりハビリを行う。
- ・地域のお元気な高齢者の皆様に参加して頂き地域交流を行う。

期待される成果

- ・外気に触れリラックスし、心身の健康作りが出来る。
- ・残存機能を活かせ、脳の活性化に繋がる。(回想)
- ・耕作、育成、収穫、味わうを楽しむ事が出来る。

方法

農作業に取り組むに当たり、年間計画を立て、利用者様や地域の老人会の方に声掛けをし活動にお誘いする。県の指導員の方に細かい農業指導を受け、営業所全体で利用者様と共に農作業に取り組む。収穫出来た物を皆様に披露し、味わって頂く。

⑥対応の結果・成果

- ・畑を広く活用し、野菜を植えて育て、沢山収穫でき味わう事が出来た。
- ・利用者様からお知恵と経験を拝借し、活かすことが出来た。
- ・自宅では御家族様からあれダメこれダメと言われている方が生き活きテキパキと行動された。
- ・精神疾患の利用者様をはじめ、農作業に参加された皆さんに笑顔が出て、皆様意欲的でした。
- ・地域交流の一環として行う感謝祭で豚汁をお出しし、地域の皆様に収穫物を披露出来た。
- ・地域の老人会の方が、畑や利用者様の事を気にして下さるようになった。

⑦考察・まとめ

農作業に参加して下さった利用者様のご様子から、①体を使い心も癒される、②ストレス解消出来る、③精神的に安定を得る、④脳の活性化等の成果が得られたと考えられる。

今後の課題として、地域の高齢者の方に如何に農作業に参加して頂き、交流を深めていくかである。これからも畑を活用し、利用者様のリハビリと地域交流に役立てて行きたい。

生き生き農作業 「ええのが出来たな ～！うれしいな～」 「美味しいな！」



「使用している全ての写真について、ご利用者様、ご家族様の了承を得ています。」

(株)ライフサービス
デイサービスセンター たぶの木
管理者 井上久美香

経過

たぶの木
畑
平成16年5月



収穫量
減少



福井県の通所介護における
農作業活用促進事業に参加
「生き生き農作業」

目標の設定

目的

- ・リハビリ、地域交流

期待される効果

- ・心身の健康作り
- ・残存機能を活かす
- ・脳の活性化
- ・耕作・育成・収穫・味わう←楽しむ

農作業実施に関する年間計画

栽培予定作物名	実施時期	農作業の内容	備考
きゅうり	5月	苗植え	地域の高齢者と利用者様との共同作業
トマト	7～8月	収穫	地域の高齢者と利用者様との共同作業
なす			
ピーマン	9～12月	種まき 収穫	利用者様との共同作業
かぼちゃ			
大根 小松菜			

活動の様子(1)

5月8日



荒地からの畝作り

指導員

5月20日



運転手

さつまいもの苗植え

5月20日



老人会の方見学

活動の様子(2)

5月20日



営業所
所長

ちょっと一休み

7月8日



こんなの採れました。

8月5日



梅の天日干し

8月15日



初めて採れました。

8月15日



カボチャの煮物

8月19日



スイカ

おやつ「フルーツアイス」

活動の様子(3)

9月24日



大根の種まき準備

10月12日



感謝祭「豚汁」

10月12日



感謝祭「活動写真展示」

11月13日



小松菜のお好み焼き

11月21日



大根を初めて収穫

12月5日



玉ねぎの苗植え

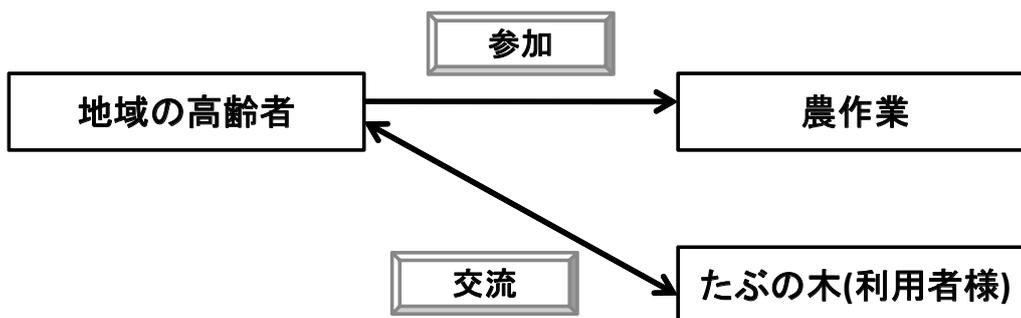
・ 結果・成果

- 畑を広く活用⇒沢山収穫し味わう。
- 利用者様のお知恵と経験を活かした。
- 笑顔が出て、意欲的にテキパキと行動出来た。
- 地域の皆様に収穫物を披露出来た。
- 地域の高齢者の方が、畑や利用者様の事を気にして下さる。

考察・まとめ



・ 課題



・ 今後

- 畑を利用し、利用者様のリハビリと地域交流に役立っていきます。
- 現在、冬野菜の収穫も終わり、玉ねぎの成長と収穫を楽しみにし、次は何を育てようか思案中です。



テーマ これからの生活援助サービスの担い手として一提案

～インフォーマルサービスを使ってQOLを継続した事例～

(株)新生メディカルケアマネジメントセンター

介護支援専門員 市川 寛子

<概要>

要介護高齢者が、在宅生活を継続するためには、介護保険サービスに加えて、その枠を超えた生活上の困りごとへの対応がどうしても必要となる。そうしたニーズを適切に対応する住民参加型の活動として「ライフサポート事業」がある。この組織の立ち上げを支援し、そのサービスをケアプランに組み込んでいる者として、ライフサポート事業の特徴と代表的な利用者の事例を紹介したい。

<具体的な取り組み>

サポーターの養成は、学習意欲と地域貢献意欲に富む地域住民を対象に講習会を開くことから始まった。介護の専門性が必要なサービスはヘルパーに、日常の困りごとへの対応にはサポーターに任せるという仕組みを作りだした。

【ライフサポート事業を継続していく仕組み】

- ① サポーター養成講座：20時間の講習・実習で介護の基礎や利用者宅への訪問マナーの基本を行う
- ② 有償である
- ③ チームで情報を共有することができる
- ④ 毎月、定期的な学習会を開いて、問題を話し合っ解決する場を設ける
- ⑤ サポーターの得意分野を活かしたサービス提供ができるようにコーディネートする

<取組の成果>

- ① 事業所にとって、役割分担ができ、ケア内容が明確化された
- ② ケアマネにとって、利用者の自己実現にむけたプランを作ることができた
- ③ サポーターにとって、新たな生きがいを見出せる場となり、健康維持にも繋がった。また、自分自身が高齢になっても在宅で生活できることを実感し、自分のこれからのついてイメージができた
- ④ 【サポーターを利用しQOLを保持して在宅生活を継続したKさんの事例】

Kさん 81歳 女性 要介護4 生活は自室のみ 45歳から歩行困難となる
リウマチの為身動きできず、オムツ対応
居室のベッドから見る庭がKさんの日常生活の範囲

移動できなくても、庭の花を見ること、掃除、家計簿付け、お礼状を書くこと等様々なニーズがある。長男夫婦と同居であるが、朝・夜は居室をのぞいてくれたが、勤務で昼間は一人で過ごす時間が殆どであった。訪問介護では毎日2回訪問し、身体介護（排泄・保清）を行っていたが、掃除などのニーズにはなかなか応えることができない。サポーターを利用することでこれらのニーズを満ち、家族の介護の手を期待しなくてもQOLを保った生活が継続できた。

<まとめ>

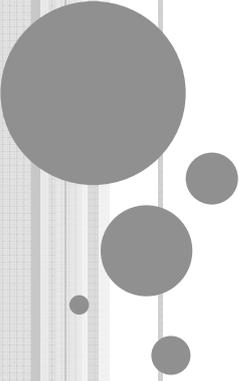
サポーターは、地域社会の中でインフォーマルの提供者として活動することによって、高齢者の自立支援の担い手としての自覚・自負を有している。また、高齢者もサポーターを利用することで、QOLを維持しながら生活が継続できるという満足度は高い。

介護に携わる者は、目の前の支援のみならず地域を作る役割も担っている。利用者とともに地域の住民を啓蒙し、あったらいいと思うサービスを作り出す役割も担っているのである。

インフォーマルサービスの提供を継続的に行える住民組織の形成に携わるだけでなく、そうした組織との継続的連携によって、地域ですべての高齢者が安心して暮らせるようにしていく必要がある。

在宅介護を継続する上で、両者の特徴を活かして、役割分担をし、連携をしていくことが必要であり有効となる。

これからの生活援助サービスの
担い手として一提案
～インフォーマルサービスを使って
QOLを継続した事例～



(株)新生メディカル
ケアマネジメントセンター
市川 寛子

取り組みの成果

事業所にとって

1. 役割分担ができた
2. ケア内容の明確化

ケアマネにとって

1. 利用者の自己実現に向けてのプラン作り

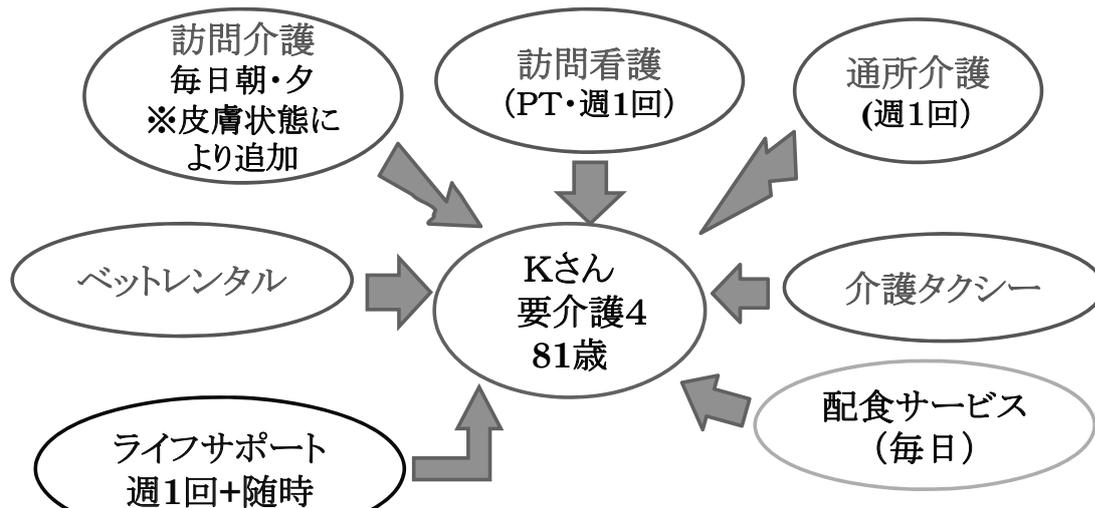
ライフサポーターにとって

1. 生きがい
2. 仲間作り
3. 地域社会への繋がり
4. 介護予防
5. 在宅介護の可視化

利用者にとって

1. 個別のニーズに対応
2. QOLの保持
3. 生活の選択肢が広がる
4. 在宅生活の継続

Kさんのサービス



掃除・洗濯・窓拭き・部屋の模様替え・年末大掃除・整理棚作り・網戸の取り付け・花の植え替え・草取り・倉庫の掃除・お礼状書き
家計簿付け

週間サービス計画表

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
早期	6:00								
	7:00								
午前	8:00		訪問介護						起床・水分補給
	9:00								排泄介助・口腔ケア
	10:00								整容
	11:00								配食サービス
	12:00	ライフサポーター				通所介護			
	13:00								
午後	14:00								
	15:00			訪問看護					
	16:00								
	17:00								
	18:00								排泄介助・口腔ケア
	19:00								整容
夜間	20:00								
	21:00								就寝
	22:00								
	23:00								
深夜	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								
<p>利用者の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Kさん 81歳 女性 要介護4 ・障がい高齢者の日常生活自立度 C1 ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 ・家族構成 長男夫婦と孫の4人暮らし ・疾患名 慢性関節リウマチ ・ADL <ul style="list-style-type: none"> ・移動・車椅子移動介助 ・移乗・全介助 ・排泄・オムツ 全介助 ・保清・通所介護利用 ・食事・セッティングは必要、自力摂取 									
週単位以外 特殊寝台・マット・介護タクシー・ライフサポーター									

最低限の生活の質の確保

ケアミニマム

— 尊厳ある暮らしの継続のために —

離床・移動

毎日外気に触れる
1週間に2回以上屋外に出る
自分で歩く機会を多くもつ
苦痛のない体位姿勢
1日1回は離床

食事

自分で食べる
1日3食の確保
経口摂取
確食分断

排泄

トイレに行きたい時に行ける
オムツは最後の手段
オムツは汚れたらその都度交換

保清

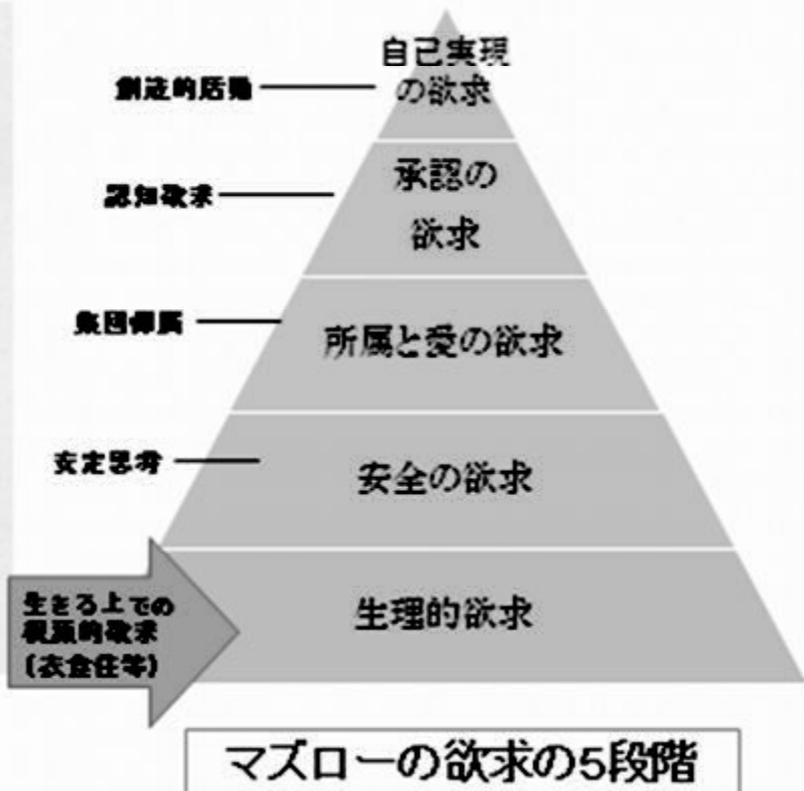
シャワー・湯拭なら毎日
浴槽入浴は1週間に2回以上

更衣

乾燥の更衣
つなぎ寝間着を着用しない

睡眠

安心・快適な睡眠の確保



ちよこつと余裕のある時間を…

やり甲斐のある時間に

何か人の為になる事を

ライフサポート 事業

わざわざ専門業者をお願いするほどでもないけれど…
生活の中のちよこつとだけ**困**った時





ライフサポート事業とは…

ライフサポーターの訪問により、日常生活で困っていること（電球の交換・庭の草取り・使っていない部屋の掃除など）を改善するために助け合う事業です。ライフサポーターさんはライフサポーター養成講座を受けているため、個人情報の守秘義務が守られており、安心してご利用いただけます。

ライフサポーター養成講座…

活動に必要な心得や技術を、福祉や介護の専門家から学びます。1日4時間5日間の研修の中で、講義や実技指導を受けて修了証をもらったら、ライフサポーター活動へ。

無理のない時間量と、あなたの得意なことを活かした内容からはじめてみましょう。



こんにちは！ライフサポーターです。お参りのお手伝いに参加しました。いいお天気になって良かったですね。

1日4時間、5日間の研修を受け、『修了証』を受け取ったらサポーター活動の始まりです。



ライフサポートとは

日常のちよつと困った事を助け合うシステムです。

なるほど、やりがいがありそうだ。



ああ、おじいさん私もスッキリしましたよ。ありがとうございます、本当に助かったわ。

これでいいですか？

2時間後…



ああ…。やっぱりこんなに雑草が生えて…。おじいさんごめんね。

では、草取りや掃除をしてお墨をきれいにしてしまおう。



これでまたお参りができるわ。

人の役に立ててよかったです。

チケットは便利ねお金と違って小銭もいらなしいね。

はい。作業時間が2時間ですので、チケット2枚を頂けますか？

お礼はチケットで良かったのよね？

良かったですね。私も気持ちがいいです。

ご利用方法

ライフサポート活動の謝礼は利用券での精算になります。ライフサポートを希望の際は予め利用券をお求めください。

利用券は…1時間／**1,000円**（1冊…1,000円券×5枚）

利用券の内訳はサポーターへの謝礼 1時間／500円（交通費含む）と事務運営費となります。

利用時間…月曜日から金曜日 9:00～17:00

- 1時間からご利用いただけますが、1時間単位でのご利用になります。
- 土・日・祭日と時間外はご相談に応じます。
- ご不要になった利用券は、現金で払い戻しします。

研修内容

主なカリキュラム	
1日目	介護保険制度について、ライフサポート事業について
2日目	高齢者の心理、家族の心理、コミュニケーションについて
3日目	認知症サポーター研修、介護概論、訪問マナー
4日目	介護技術、緊急対応、訪問実習
5日目	修了式、サポーター登録

お問い合わせ



ライフサポーター

ライフサポート事業事務局

【受付時間】月曜日～金曜日（平日）9:00～16:00

〒503-0019

岐阜県大垣市北方町5-35（サンサンひろば つつみ内）

TEL.0584-71-9118 FAX.0584-71-9108

E-mail:ls-tsutsumi@energy.ocn.ne.jp

テーマ 巨大地震・災害時における食事の提供について

日本いのちの花協会 厨房責任者 吉田一裕

1、事例概要

当協会では、食事について、『食事は薬であり、楽しみある』という考えを持って、最期まで、なるべく口から召し上がって頂く、という方針がある。これまで巨大地震、災害等に備えて、厨房関連では、ライフラインの停止を想定して、缶詰やレトルト食品などの非常食品の備蓄や、炊き出し訓練を実施してきた。

今回、より実際的な方法で、災害時ほど、美味しいと思える、心温まる一品を食べて頂けるよう問題を洗い出した。その問題を解消し、ライフラインが止まった状況の中でも、ご利用者に美味しい食事が提供できるよう取り組んだ事例を報告する。

2、具体的な取り組み内容

非常用食品、約80人分、1日3食の備蓄を、3日分から14日分に変更した。また、缶詰やレトルト食品などの備蓄から、野菜などの食材を乾燥させたり、肉団子、煮物類、混ぜご飯の具材などを、真空パックや冷凍などで、保存できるように加工した。それを日常の献立にも使用し、“使いながら、備蓄していく”『ローリング・ストック法』に転換した。

そして、訓練として、実際に電気・ガス・水道を使用しない状態で、3食の食事作りと提供を実施した。

電気は発動機を作動させ、ガスはカセットコンロと屋外にかまどを設置した。水道は井戸水を使用し、お米は無洗米を使用した。

3、取組みの成果

缶詰やレトルト食品などの非常食は、大量の備蓄が必要であり、保管場所の確保や、在庫管理が大変であったが、ローリングストック法により、使いながら備蓄することで、備蓄確保が容易になった。また、非常時の献立も、組み立てやすく、現実的なものに改善できた。最初は、ストック分の準備に、これまでよりも作業時間が増えたが、ストックを活用できるようになると、下準備や調理時間の軽減にもつながり、日々の、業務時間の短縮にもなった。その時間を利用して、新たな非常食の準備や、日常の食事やおやつを提供にも、もうひと手間かける事が出来るようになった。

常に日常の食事と、非常時の食事が、連動しているため、非常時の食事についての意識がこれまでよりも、高くなった。また、旬の食材は、おいしい間にたくさんの量を保存し、様々なメニューに活用ができた。また、加工した食材をもとにメニュー考えることで、料理のバリエーションも広がった。

今回の取り組みでは、ご利用者にも訓練に協力して頂き、その日にお出しした食事に対する感想は、「非常時でも美味しい食事が食べられるという事がわかり、安心した。」「普段よりも美味しかった」「ご飯が、少し硬かった」などであった。訓練を行って、ご利用者にとっても、良かった点と、今後、改善すべき事が明らかになった。

段ボールで火を熾したが、火が付きやすく、薪で行うのと、火力もそれほど変わらず、20分でご飯を炊き上げることができた。逆に、早朝など外が薄暗いと、懐中電灯のみでは作業がしづらいこと、夏場の暑さ除けや、雨が降った時のために、屋外に仮設テントが必要であることが分った。

まとめ

食べ慣れた、温かくておいしい食事を、非常時にも提供することが、ご利用者に安心感を与える大きな役割であるかを実感した。今後は、最低1ヶ月分の、食材の備蓄が出来るようにし、非常時にも、ご利用者が健康に安全で、安心して過ごせる事はもちろん、職員も安心して働くことができるように、あらゆる想定をしながら、防火・防災体制を、構築していきたい。そして、設備や備えに対してだけでなく、災害時の恐怖や不安の軽減にも、意識を向けた危機管理の向上につなげていきたいと考えている。

巨大地震、災害時の 食事の提供について



日本いのちの花協会
有料老人ホーム(住宅型) 花の家
厨房責任者 吉田 一裕

当協会の食事についての方針

『食事は薬であり楽しみである』

という考えを持って、最期まで口から召し上がって頂く



取組みの背景と目的

これまで巨大地震や災害に備えて

- ・年2回の避難訓練と炊き出し訓練の実施
- ・缶詰やレトルト食品中心の非常食の準備



- ・訓練においても、より实际的でなければご利用者の健康と安全を守れない
- ・災害時ほどおいしいと思える心温まる一品を食べていただけるようにしてほしい



实际的な備蓄方法への改善と食事の提供



具体的な取組み内容

①非常用食品：80人分 1日3食 3日分の備蓄



14日分の備蓄に変更する

②食材を乾燥や真空パック、冷凍等で保存する
『ローリング・ストック法』

③訓練としてライフラインが止まった設定での、朝・昼・夕 3食の食事作りと、ご利用者への提供する

④保存食作りの野菜切り(大根、生姜、人参、茄子、ゴーヤ等)をご利用者にも手伝って頂く



取組みを進める上でのポイント

◎電気・ガス・水道を使用せずに行う



発電機、井戸水、かまど(段ボールを使用して炊飯)、カセットコンロの活用



◎ご利用者にも説明して、協力していただく

取組みの成果

- ◆備蓄の確保が容易になり、2週間分の献立を組み立て、非常時の食事提供が現実的になった。
- ◆期限内に使いまわし、在庫管理が容易になった。
- ◆加工して保存したものを、日常にも使用することで、日々の業務時間の短縮にもなった。
- ◆季節の食材や料理のバリエーションが広がった。
- ◆ご利用者への食事提供で、「非常時でもおいしい食事が食べられるということが分かり、安心した」「普段よりもおいしかった」「ご飯が少し硬かった」など、好評なコメントや改善すべきことが明確になった。
- ◆朝食作りは、懐中電灯だけでは作業がしづらく、ランタンが必要であることや、屋外に仮設テントがいることが分かった。
- ◆どんな時にも「心温まるおいしい1品」が出来ること、ご利用者が安心される様子を見て、スタッフとしてやりがいを感じる事が出来た。



まとめ

◎非常時においても「食事は薬であり、楽しみである」という方針を追及することは難しいと考えていたが、取り組みを通して自分たちの防災に対する考えの低さと、怠慢な部分が見えてきた。



◎非常時の設備やそのための備えだけでなく、恐怖や不安な気持ちを和らげることのできる危機管理意識の向上につなげたい



◎おいしいと思える食事を非常時に提供することが、どれだけご利用者の安心感につながる役割であるかを実感した

◎最低1か月分の食材の備蓄を行い、ご利用者が安全、安心なことはもちろん、職員も安心して非常時をのりこえられる防火・防災体制を構築したい



テーマ 孤独感を緩和するケア

発表者 (株)プランニングケア デイサービスゆり 管理者 稲 裕次郎

1 事例概要

対象者 U・T様 介護度 2 認知症自立度 II b

歩行ふらつきあるものの、その他動作については、見守りで介助不要。

認知症の進行によって独居が困難となり、長年住み慣れた地域から息子様いる地域に転居する。見知らぬ土地で友人もおらず、孤独感により自宅でひきこもりがちになり、認知症が悪化し介助拒否や不穏が見られた。

意思疎通が時々できず、状況を理解ができず、不穏になることが頻出する。

取り組みとして、孤独感や、認知症による混乱を抱える本人に対し、通所介護が関わられる中で、“自分らしさ”見出す支援を行なう。その為に、本人が不安や不満に思っていることを受容する。受容するために、面接手法を用い、利用者の環境、心理状態を探ることとした。その結果、把握できた事柄からケア方針を決定した。

2 事例の発生状況と経過

平成24年12月新規の利用依頼があり訪問。

警戒した面持ちの本人が部屋に閉じこもっていた。まず問題点を次のようにまとめた。

- ① 介護サービスを未経験により、サービスに対し不安や不信感がある
- ② 家族は介護サービスをうけさせようとするものの、本人は交流が少ないことから拒否が見られる
- ③ 引きこもりにより活発性が低下し、それに伴いつ病を引き起こす等、心の活発性の低下が懸念される

仮説として、通所介護の利用で他者との交流の機会を確保され活発性が向上すると考え、その対策及び経過は、

- ① 問題に事業所全体で取り組んで行くこととし、本人の状況観察を行なう
- ② 平成24年12月利用開始当初は警戒心と緊張から不穏が多く徘徊・帰宅が頻出
- ③ 面接手法を用い、コミュニケーションを行なう
- ④ 一ヶ月ほど経過した平成25年1月中旬に会話のキャッチボールが可能となりはじめる
- ⑤ 同年2月本人から意見が出始め、抱えている心の問題がわかる
- ⑥ 同年3月通所介護での過ごし方の方針を定め、併せて家族に自宅での生活方法をアドバイスする

3 事例の目標設定・対応方法について

通所介護は家族の希望で本人は望んでいないため拒否が強い。また、環境変化と認知症から他者との交流が困難で、状況の理解ができないことにより不穏となる。このような状況で、いかに通所介護を安定的に利用し、本人の活発性の向上、家族の負担軽減を図るかが課題となっていた。

そのために、面接手法の活用により、信頼関係の構築が最優先と考えた。

信頼関係の構築と比例し、本人の思いが徐々に理解でき、結果、その思いを反映させる介護方法（通所介護のみならず、自宅での生活方法）が決定できた。

4 対応の結果

認知症状や孤独感など心の問題点を家族、スタッフと共有することで、初期に見られた本人の帰宅要求や徘徊等認知症状に対し、対応が可能となる。

スタッフや家族が本人の思いを共感・受容することにより、本人に寄り添った介護が提供でき、本人が今の居場所を確保できた。結果、孤独感が解消され、“自分らしさ”を取り戻した。また、家族からは、この通所介護に来て明るくなった、笑うところをまた見られるようになるとは思わなかったとの感謝の言葉が頂けた。

5 考察

スタッフがチームとなってご利用者の状況と感情を理解・共有することで本人に寄り添ったケアが提供できた。本人の生活史や歴史を知ることより、馴染みあるアクティビティが実施でき、意欲の低下予防や気力向上につながったと考える。認知症者に限らず心のケアは必要不可欠であり、核家族の多い昨今、このような地方から引き取られるケースは増加傾向にあると考えられる。今後も孤独感を感じている高齢者に対し、心のケアを継続していく。

孤独感を緩和するケア

株式会社プランニングケア
デイサービスゆり 稲 裕次郎

U・T様 89歳 要介護度2 認知症自立度Ⅱb
平成24年4月に大阪府外から、大阪市内へ転居する。
以前は独居であり遠距離のため、家族が介護できない不安から、家族と同居する為に転居することとなった。

【問題点】

- ・ 転居に伴い、友人知人がいなくなり、家に閉じこもりがちとなった
- ・ 本人の意思と反して転居したために、介護者（息子・嫁）との関係が悪化した
- ・ 今まで介護保険サービスを利用したことがなく、サービスに対し不安があった

※なお、本事例について、本人及び家族に利用の同意を得ております

0

仮説

家でふさぎ込み
寝てばかり

家族との
関係の悪化

介護サービスに
対し不慣れ

介護者（家族）含め、他者との
交流を取ることが少なくなり、
活発性が低下する

身体の活発性の低下の
みならず
心の活発性も低下する

デイサービスの利用により、職員や他の利用者との
交流の機会が確保できることで、
活発性が向上するのではないかと？

1

実践 1

◆STEP 1 ご利用者本人からの聴取

家族、CMからの聴取するものの、実は、何も把握できていなかった。
そこで、独自に本人から聴取しようとするものの警戒感が強く、聴取がなかなか進まない。

《POINT》

認知症あり、コミュニケーションに問題があり不穏となることがあることから、質問を行う際に、不安とならないような面接手法を取ることにした

①ラポールの構築

利用者との信頼関係を構築する為に

- ・ 平衡法（ソファー等で隣に座りリラックスして会話する）
- ・ 声の調子（大きさ、速さ、高さ）を利用者に合わせる

②質問方法

利用者への質問を

クローズド・クエスチョン（選択式の質問）から徐々にオープン・クエスチョン（自由な質問）へ変更していく
→職員に慣れてきて、返答が増えてきた

そのうち、本人から自発的な意見が出るようになった

2

実践 2

◆STEP 2 本人の思いの活用

本人からの自発的な意見が出てきたことにより、より状態の把握が出来るようになった。

《POINT》

本人から自発的な意見が出てきたことで、今の心情を確認し、それを記録し、家族やCMにフィードバックする

本人の思い

- ・ 家では何もしていない、何もできない
- ・ 何もできないことが情けない
- ・ 友人、知人がいないので不安
- ・ 家族の表情を見ていると、私がいることで迷惑となっているのではないかな？

元さ
りの
たび
たい
にい

その裏側には、「ここにいたい」という安心感が欲しいのではないかな？

3

実践3

◆STEP3 家族への伝達

《POINT》

本人は、さびしい思いをしている。その点を家族がくみ取って接するように助言する

- ・いままで本人がさびしく思っている理由を家族は理解できていない
- ・本人が今の家にいる理由を見いだせていない
- ・認知症への先入観が強く、改善しないものと考えていた

自宅に職員が訪問し、
本人、家族と話す機会を設けた



本人の思いを家族が理解
本人の家での過ごし方を検討

自宅

- ・家事の手伝い（洗濯物たたみ等）
- ・孫の世話

通所介護

- ・和裁のボランティアが来てレクリエーション実施
- ・和裁が好きな人の隣へ座席移動

**やりがいを得ることで徐々に「さびしい」
という訴えが減り、笑顔が増えた！**

4

考察

この事例は、孤独感を解消する為に、本人を取り巻く生活環境の中で本人の居場所を確保し、やりがい・生きがいを設けていくことが重要なカギとなる

単に、家族やケアマネジャーに対し、本人が孤独感を訴えているといった情報提供だけではなく

「なぜ孤独感を感じているのか」「本人が真に望むものは何か」を追求することが求められる

利用者に対し適切なケアを行うためには、利用者に対しより綿密な情報を得ることが重要であると、今回の事例を通じて学んだ

5

【参考資料】

面接手法（ラポールの構築について）

コミュニケーションにおける安心感

コミュニケーションの基本は、双方が信頼しているということです。コーチを信頼していないクライアントは、自分の真実の声、本音を語りません。

いくら聞いていても、聞いていないような態度では、話し手は話をする事自体が嫌になってしまいます。コーチとしてはクライアントがコーチのことを信頼して話しをするように、安心感を作らなければなりません。

ラポールの構築

クライアントに真実の声、本音を語ってもらわなければ、正しい**コーチング**はできません。クライアントがコーチのことを心から信頼することによってはじめて、**コーチング**が可能となるのです。クライアントがコーチのことを心から信頼し安心感をいただく関係が「ラポール」とよばれるものです。それゆえ「ラポール」とは「ところどころの架け橋」と言われているのです。

ラポールの構築の方法

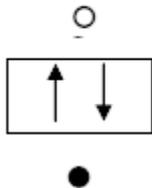
1. コーチの態度

相手の話を 100% 聴いてあげるといふ態度が重要です。

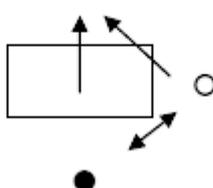
2. クライアントにとって居心地のいい環境設定(座り方)をとります。

人と人の座り方としては、3 通りの座り方があります。

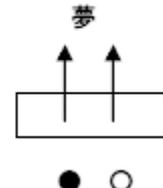
<対面法>



<90度法>



<平衡法>



・対面法

正対して座る方法です。両者が緊張関係となります。上司が部下に指導・命令するような場合です。

お互いが見ているものが全く異なります。共通のものを見ていません。常に相手を見ていることとなります。

・90度法

90度あるいは120度の角度にて座る方法です。両者がリラックスできます。

お互いが共通のものを見ることができます。必要によっては相手のことも見ることができます。

レストランの座り方などに用いられています。

・平衡法

隣に並んで座る方法です。両者が最も親しくなれます。恋人同士の座り方です。

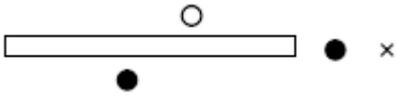
お互いが共通の夢を見ることができます。しかし、共通の夢がないとき、それぞれの考えていることが違うとき話しは平行線のままになってしまい、けっして交わりません。

クライアントにとって居心地のいい座り方は、90度法です。90度法にて相対することを心がけることが重要となります。ただし、細長いベンチのような長いすの場合、90度に座るのは困難。そのときは正対しないように、斜めの位置に座りま

す。

また、イスしかない場合は、イスの向きを直して「ハの字」に座ります。

座る位置をどこに取ればいいかわからないときは、クライアントに先に座ってもらって、コーチはそのあとで、90度法に近い形で座る位置を決めます。



また、イスしかない場合は、イスの向きを直して「ハの字」に座ります。



3. クライアントにとって心地よさを感じるコーチのしぐさ

ボディ・ランゲージ(身体言語)

やや身を乗り出した姿勢でうなづくと、クライアントは自分の言うことを聞いてくれていると感じます。

腕組みをしたり、目を閉じたままでの傾聴では、クライアントの言葉が詰まってしまいます。

声の調子

クライアントに合わせて、声の高さ、速さを考えましょう。

方言を取り入れることによって、親近感を増すケースもあります。

小さな子と話しをしているときには、自然と幼児言葉になっているはずですが。

→大人のしゃべり方をして、小さな子を怖がらさないように配慮しているのです。

視線の高さ

- ・コーチとクライアント同じ視線の高さにします。
- ・自分は座って、生徒を立たせて話しをしている職員室の先生×
- ・座っている子供の斜め後ろから、立って話しをしているお父さん×
- ・小さな子供に視線をあわせるために、しゃがんで話しをしているお母さん○

コーチのしてはいけないこと

- ・腕組み→クライアントの考えや意見を受け入れない態度、拒絶の態度
- ・足組み→クライアントの人格を無視する態度
- ・ズボンのポケットに手を入れる→傲慢な態度
- ・タバコを吸う→クライアントが喫煙者の場合をのぞく

参考：NP0/非営利活動法人 日本プロフェッショナル・キャリア・カウンセラー協会認定 HP より

① テーマ ご利用者様からスタッフへ

② 発表者 株式会社創心會 創心会訪問看護ステーション 河相 裕子

③ 事例概要

氏名 Y 様、X 年にくも膜下出血発症、左側に麻痺を呈した 60 歳代の女性である。拒食による体重・体力低下、独居で ADL・家事動作は自立している。屋内で 3 度の転倒経験があった為、訪問看護からのリハビリ（以下訪問リハ）を週 1 回利用していた。訪問リハを利用しながら通所介護施設で継続して仕事を行っている事例を紹介する。

④ 事例の発生状況と経過

・訪問リハを開始し、通所介護施設に入社した時期（X+22 年 3 月～6 月）

歩行能力が向上し 5 月以降転倒はなかった。就労への意思が認められ弊社で障がい者雇用で採用となった。

・仕事の課題を乗り越え、意欲的に新たな役割を獲得する時期（X+22 年 6 月～8 月）

Y 様の長所を活かし清掃作業を行って頂いた。また別紙 1 の COPM から挙げたコミュニケーション問題に対して訪問リハや雇用者と相談し解決できた。解決後、新たに習字教室という役割を与えられ、より意欲的に仕事を取り組まれた。

・新たに自分の可能性を見つめ、ヘルパー 2 級講座に挑んだ時期（X+22 年 8 月～12 月）

9 月からヘルパー講座の受講を開始し、訪問リハや通所介護施設で介護技術訓練等を行い、12 月にヘルパー 2 級を取得した。

⑤ 事例の目標設定・対応方法について

Y 様にとっての人生の生きがいと役割の獲得に向けて、継続して仕事を行っていくことを目標とした。OT と雇用者、ヘルパー養成研修事業者で Y 様の訪問リハ・仕事・研修状況の連携を行った。必要に応じて、訪問リハでは継続的に仕事に向けた身体・精神面のアプローチ、動作訓練を行い、就労中は Y 様の長所を活かした役割を提供した。

⑥ 対応結果

Y 様は活動と社会参加という点で飛躍的に改善が見られた。まず仕事を始めてから身体面・精神面に改善が見られ生活リズムが改善した。また内部で情報連携することにより Y 様はコミュニケーションの問題を改善させた。さらに、新たな習字教室という役割を与えられ仕事に対し、より意欲的に自分自身を向上させながらヘルパー 2 級に挑戦し仕事を継続しながら取得することができた。

⑦ 考察

Y 様が訪問リハを利用しながら通所介護施設で継続して向上心を持って仕事を行うことができているのは、情報連携、心身機能・活動へのアプローチという職場環境に適応できるような環境づくりを意識して取り組んできた結果である。Y 様と同様に就労に悩む障がい者の方は大勢いる。職場環境に彼らが適応できるような連携こそが障がい者就労に悩む人たちには必要なのではないかと考える。

以上

別紙 1

就労後の仕事が落ち着くまでの COPM の経過及び結果

月日	項目	重要度（ /10 点）	遂行度（ /10 点）	満足度（ /10 点）
6/4	・高い所にある物を取りたい	3 点	2 点	1 点
	・掃除（仕事）	5 点	10 点	10 点
	・洗濯（仕事）	5 点	10 点	10 点
	・パソコン（仕事）	4 点	4 点	4 点
7/3	・高い所にある物を取りたい	8 点	4 点	3 点
	・コミュニケーション（仕事）	9 点	6 点	3 点
8/14	・高い所にある物を取りたい	5 点	7 点	8 点
	・コミュニケーション（仕事）	9 点	8 点	7 点

*7 月以降に関して、掃除・洗濯項目は 7 月と 8 月とも 6 月と同一の点を出している。パソコンは 7 月以降にパソコン教室に通うことが決まった為、7 月以降は作業項目として挙げてない。また、9 月以降からは重要とされる作業はあるが、遂行度・満足度ともに高点数だった為、評価を中止した。



Y 様

60 代

独居

20 歳代で「くも膜下出血」発症。左側麻痺の後遺症。ADL・家事動作自立。
リハビリ開始前、拒食による体重・体力低下・屋内にて 3 度の転倒経験あり。



I. 事例の目標設定・対応方法

■目標

人生の生きがいと役割の獲得に向けて、継続して仕事を行っていく。

■アプローチ

OT と雇用者、ヘルパー養成研修事業者で Y 様の訪問リハ・仕事・研修状況の連携を行った。
必要に応じて、訪問リハでは継続的に仕事に向けた身体・精神面のアプローチ、動作訓練を行い、就労中は Y 様の長所を活かした役割を提供した。

II. 事例の発生状況と経過

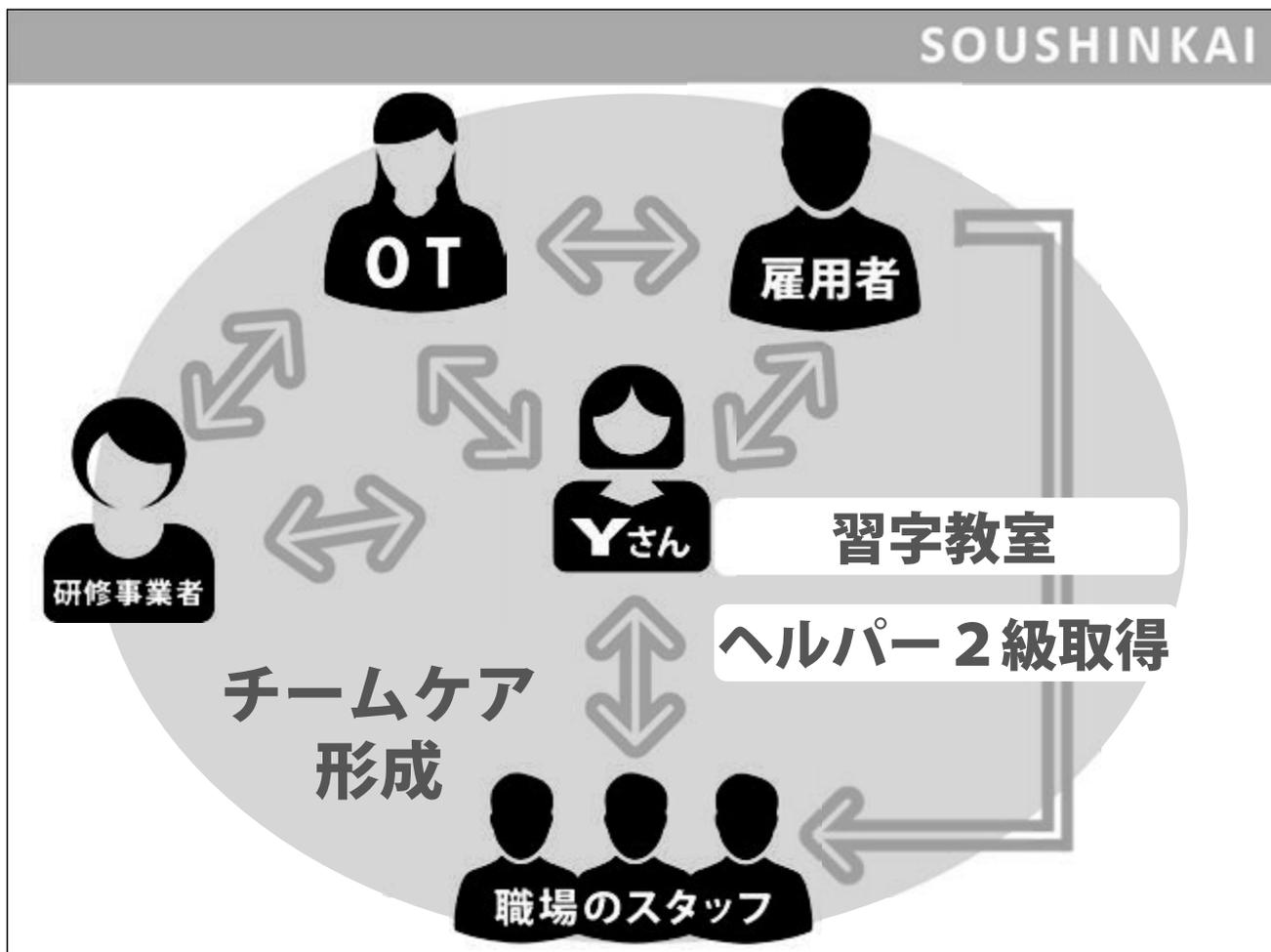
3 月～6 月		6 月～8 月	8 月～12 月
リハビリ開始から入社		意欲的に新たな役割を獲得する時期	可能性の発見
○歩行能力向上	○転倒がなくなる	●仕事に対しての不安	○自分の可能性を探る
○就労への意思確認	○通所介護施設入社	○不安解消	○ヘルパー講座の受講
		○仕事に慣れる	○ヘルパー 2 級取得
		○役割（習字教室）	

SOUSHINKAI



SOUSHINKAI

月日	項目	重要度 (/10点)	遂行度 (/10点)	満足度 (/10点)
6/4	<ul style="list-style-type: none"> ・高い所にある物を取りたい ・掃除(仕事) ・洗濯(仕事) ・パソコン(仕事) 	3点 5点 5点 4点	2点 10点 10点 4点	1点 10点 10点 4点
7/3	<ul style="list-style-type: none"> ・高い所にある物を取りたい ・コミュニケーション(仕事) 	8点 9点	4点 6点	3点 3点
8/14	<ul style="list-style-type: none"> ・高い所にある物を取りたい ・コミュニケーション(仕事) 	5点 9点	7点 8点	8点 7点



Ⅲ. 考察

Y 様が訪問リハを利用しながら通所介護施設で継続して向上心を持って仕事を行う事が出来るのは、“情報連携” “心身機能・活動へのアプローチ” という職場環境に適應できるような環境づくりを意識して取り組んできた結果である。

Y 様と同様に就労に悩む障がい者の方々は大勢いる。

職場環境に彼らが適應できるような連携こそが障がい者就労に悩む人たちには必要なのではないかと考える。

テーマ

意欲と誇りをもたらす エビデンスケア
～ひきこもりから、外出の楽しさを知ったYさん～

にこにこサービス株式会社 代表 赤嶺 節子

事例概要

認知症一周辺症状 ①夜中に起きて「食事はまだか」などと騒ぐ ②大声を出しながら叩く ③2億円預けたのにおつりがないと騒ぐ ④廃用症候群による意欲低下、ベッドから離れたがらない

事例の発生状況と経過

それまで利用していたデイサービスを中断し、同居の長女が主導する介護に。
約半年後、音をあげた長女がケアマネに泣きついてきた。

事例の目標設定と対応方法

デイサービス利用を再開し、竹内式ケアをエビデンスの柱とする、弊社デイサービスにて「水、メシ、クソ、運動」療法を実施し、覚醒水準を上げる。⇒

対応の結果

竹内式ケアの「水、メシ、クソ、運動」療法にて

①水分 500ml ⇒700ml、②めし、食事は間食も含めて 1500cal、
③くそ、排便⇒下剤使用にて毎日。④運動⇒ベッドを離れての離床時間が1日の合計約2時間⇒ 約7時間に増加。

○水、めし、クソ、運動の4項目の数値が改善し、夜間不穏等、周辺症状が改善。

○同居の長女も、改善後はケアマネの提案にも耳を傾けるようになった。

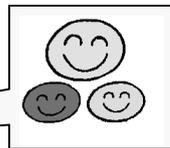
考察

実績とエビデンスに富む竹内式ケアに出会うまでは、私たちの認知症ケアは、まるで「出口の見えないトンネル」を、明かりを持たずに進む不安に満ちた状態でした。医療と違い、介護では壊れた脳細胞を治す事は出来ません。しかし認知症・周辺症状をとる事は出来ます。今、私たちは自分たちの役割が何であるかを知っています。 仕事で成果を上げる事は、仕事に「意欲と誇り」をもたらします。とかく3Kと揶揄され、万年人手不足状態に陥っている介護業界は、まさに「先の見えない暗闇」に覆われた業界です。そのような中に身を置きつつ働く者達が、心まで曇らせる事がないように、確かな仕事、確かな結果を出し続けなければいけません。そして確かな結果は、確かなエビデンスから導き出されます。私たち介護者の拠り所となる竹内式ケア。それはまさしくエビデンスケアそのものなのです。





民介協
第8回事例発表会



にこにこサービス株式会社

Niko25sv.20140315

1

宮古島市は人口約5万5千人



高齢化率 **22.6%**

高齢者の
60.3%が後期高齢者
30%が単身世帯



Niko25sv.20140315



2

にこにこサービス利用者は？

高齢者のみの世帯 **72%**

単身世帯 **43%**

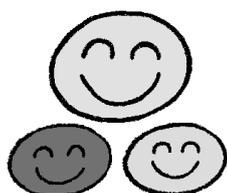
認知症高齢者の日常生活自立度
(介護保険主治医意見書)
自立以外にチェックあり **73%**

Niko25sv.20140315



意欲と誇りをもたらす エビデンスケア

~ひきこもり生活をなくし、外出する楽しさを味わってほしい~



にこにこサービス株式会社

Niko25sv.20140315

4

対象者：Yさん 男性 90歳

要介護3

障害老人の日常生活自立度 B1

認知症老人の生活自立度 IIIb

(主治医意見書より)

生活歴

平屋の一軒家に夫婦と愛猫4匹で生活

子供は娘2人 (東京在住 長女がキーパーソンである)



Niko25sv.20140315



5

病歴

脳梗塞

坐骨神経痛

糖尿病



認知症

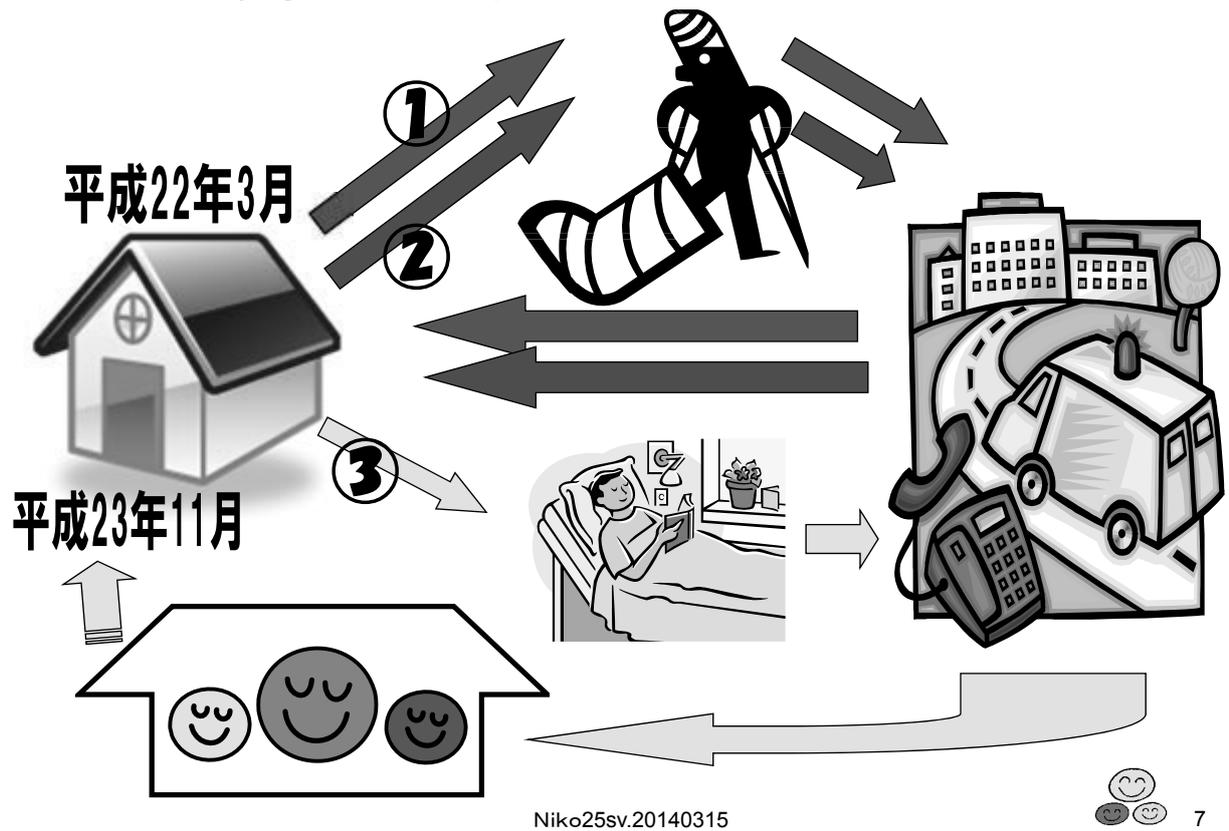
大腿骨頸部骨折

Niko25sv.20140315



6

サービス利用にいたる経緯



ご飯はまだか!?

認知症 中核症状

妻が、娘が 死んだ...

何度も 時計を確認

記憶障害? 日時を忘れる

Niko25sv.20140315

8

昼夜逆転
夜中に騒ぐ

介護抵抗
叩く
大声を出す

盗られ妄想
(2億円預けたのに…)

主な周辺症状

外出拒否
意欲低下
廃用症候群
(離床拒否)

Niko25sv.20140315 9

昼夜逆転 夜中に「ご飯を作れ!!」と怒鳴る

↓

同居の娘が満足に睡眠がとれない

娘の不眠

↓

居宅支援事業所へ相談

週6日テイ短時間利用

Niko25sv.20140315 10

竹内式ケア

第1段階

認知力そのものを高めるケア

水・食事・便秘・運動

それでも改善しない場合



第2段階

認知症のタイプ判定と それぞれに対するケア

効果を一度に高め、持続させるために



第3段階

地域の人の集まりに参加し、仲間になろう

Niko25sv.20140315



11

現状 H24年2月現在

引きこもり大作戦スタート時

	水	めし	くそ	運動
自宅	300ml	おかゆ1/2杯 小鉢2品程 むせ込みあり	下剤使用 1回/2~3日	寝たきり

Niko25sv.20140315



12

Yさんはどの認知症タイプ？

1日の水分量が500ml以下

「興奮」を
核とする！

身体不調型

入退院の繰り返し

「拒否」を
核とする！

環境不適應型

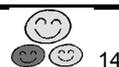
しあわせそう退居時には軽減

Niko25sv.20140315



	水	めし	くそ	運動
目標	1300ml	現状維持	自然排泄	自立歩行
自宅	500ml	現状維持 + おやつ	カレンダーによる コントロール	ウォーカー歩行
サービス	800ml	食物繊維 豊富	定時 トイレ誘導	軽体操 下肢筋力UP

Niko25sv.20140315



目標達成に向けて スタッフ共通の認識を持つ!



使用しているコップ類の容量を
計測・把握



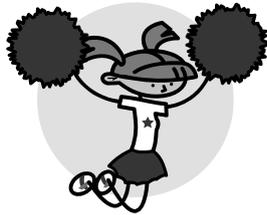
「ふれあいノート」にて連絡

Niko25sv.20140315



15

運動



個別の運動プログラム実践中!

Niko25sv.20140315



16

サービス提供後の変化



デイサービスへ
拒否なく参加

家族なんだ～と
認識できた

自発性UP

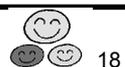
あいさつ! OK!
他者との関わりを持つようになり
会話が増える

Niko25sv.20140315



	水	めし	くそ	運動
自宅	600ml	現状維持 おやつ	カレンダーによる コントロール	ウォーカー歩行
デイサービス	700ml	現状維持	定時 トイレ誘導	軽体操 下肢筋力UP
結果	1300ml	1500kcal以上	下剤使用	活動量UP

Niko25sv.20140315



考察

昼夜逆転

夜中に騒ぐ



介護抵抗



叩く

大声を出す

外出拒否

意欲低下



廃用症候群 (離床拒否)

Niko25sv.20140315

19

デイサービスにて



介護が先生

Niko25sv.20140315



20





Happy Birth Day

Niko25sv.20140315



23

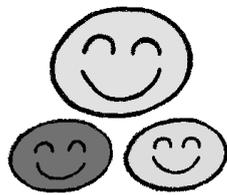


Niko25sv.20140315



24

ご清聴ありがとうございました



Niko25sv.20140315

25

《資料》

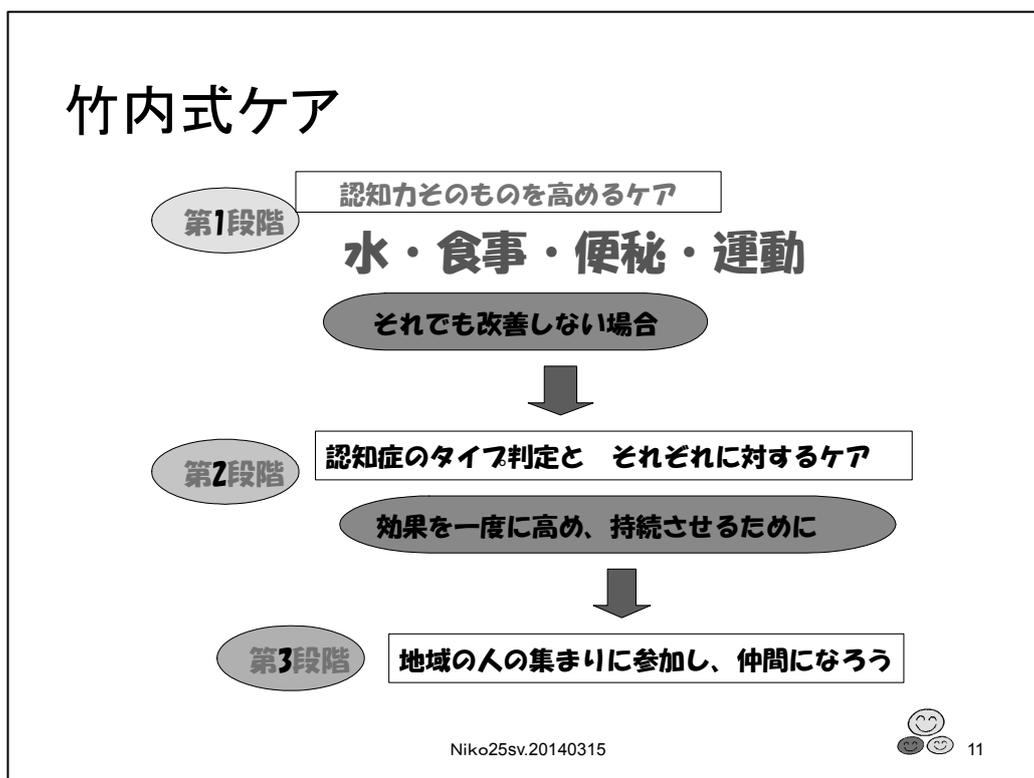


弊社のケア「エビデンス」バイブル

「認知症」に対する認識が大きく変わります。
「目からうろこ」…ぼろぼろ落ちます。

ご一読をお勧めします。

まずは、アセスメント。次に実践です。



弊社での「竹内式ケア」による認知症改善ケースが増え、認知症に対する認識が「認知症」は「治る」ものだと、弊社の認識が変化したように、地域でも「認知症は治る」ものだと知ることの必要性を実感しました。

竹内教授招聘「講演会 in 宮古島」構想3年、昨年10月実現できました。弊社、創設以来の大規模イベントによる地域社会への情報発信でした。

講演後の参加者感想で

- ・ 認知症になったらお終いだと思っていたが、治るとわかって安心した。
- ・ 認知症予防するための具体的方法がわかって助かった
- ・ こんな簡単な方法で治るんだったら、母を治してやりたかった。
- ・ 物忘れと認知症は違うとわかって安心した。…などの感想が多数寄せられました。

竹内式ケアを知った時の衝撃を、講演会に参加された市民の方も感じてくれたようです。

業務と並行しての講演会開催準備は大変でしたが、「知って欲しい」との弊社の思いは伝わりました。

**家族で治す
認知症 in 宮古島**
入場無料
※入場整理券が必要です。

認知症を治す
カリスマ
竹内孝仁
国際医療福祉大学
大学院 教授
講演会

平成25年
10月13日(日)
開場 13時30分
マティダ市民劇場

にこにこサービス
代表 斎藤節子

認知症にならずに、自宅で長く暮らす方法教えます。
一人暮らしでも安心。簡単な認知症の改善・予防法です。
家族の誰かが知っているだけでも違いますよ。

整理券のお求めは ☎72-0840

主催 あなたの人生を介護で応援する
にこにこサービス株式会社

後援 宮古島市 宮古島市社会福祉協議会
宮古毎日新聞社 宮古新聞社 宮古テレビ

家族で治す
認知症 in 宮古島
入場整理券
(無料)

お名前	性別	男・女
住所		
電話		

講演会には、市民はじめ行政、介護事業関係者の参加も多数ありました。

「認知症」に対する宮古島の認識も変化の兆しを感じます。

講演後、竹内教授から「にこにこは、もう後には引けないぞ！前に進むしかない」との激励をいただきました。

前進のみです。



テーマ 3.11 から3年経過報告と今後の取組～課題先進地域としての閉じこもり高齢者等と
アクティブシニア層のマッチングの仕組み～

発表者 ばんぷきん介護センター 本社事業部 常務取締役 渡邊 智仁

1. 事例概要

被災地における復興に向けた取り組みとしてコミュニティの崩壊により、外部との関係を築けないまま暮らす高齢者の社会的孤立や生活不活発病予防の支援をおこなう担い手育成が急務となっている。そこで、地域に愛着のある元気な高齢者（アクティブシニア）が地域福祉の担い手となり、支援者、利用者双方に有益な互助関係の仕組みづくりを今から行うことでこれからの復興に向けた支え合い、助け合いによる地域づくりの一助となれるような取組を行う。また、「ボランティアマッチングコーディネーター」を位置づけ、ニーズの把握とボランティア支援を適切に繋げる仕組みを構築することで効率化を図り、今後の地域包括ケアシステムの生活支援を支える機能として活用できないかを検証する。

2. 事例の発生状況と経過

3.11 東日本大震災から3年が過ぎ、当時の瓦礫処理は完了し、被災地の復興が徐々に進み始め仮設期から復興期へ移行していく時期となっている。しかし、現在、この過程において、仮設住宅から復興住宅やサービス付き高齢者住宅などへ高齢者の住まいが変化しているが、復興住宅などへ入居した高齢者の所在把握や安否確認は非常に難しく、外部との関係を築けないまま暮らす高齢者の社会的孤立や生活不活発病の問題が懸念されている。

3. 事例の目標の設定・対応方法について（補足資料①参照）

（目標）被災地域における高齢者のコミュニティの再形成、生活不活発病予防、潜在する生活支援ニーズへの対応をアクティブシニアが担う、高齢者による同世代間の互助関係作り支援

（対応方法）

- アクティブシニアのボランティア人材としての発掘・啓蒙活動
- 「ボランティアマッチングコーディネーター」による生活に関するニーズと支援者を適切に繋げる支援
- 「ふまねっと運動」によるコミュニティ再形成、生活不活発病予防
- 生活支援の提供にアクティブシニアのスキルの活用

4. 対応の結果（補足資料②、③参照）

参加された高齢者からボランティア活動をつうじて「人の役に立っている」という自己効用感を感じている方が多く、その活動により自身の健康にも役立っているとし、利用する側、受ける側双方に有用な効果があると感じた。しかし、自宅等の個人への支援を行えるボランティアが集まらず、施設への慰問形式が中心となり個人支援については限定的なものとなった。

5. 考察

個人間の相互扶助の関係構築にはトラブルを避けたい等の心理的な抵抗が感じられ、実施に向けては時間が必要と感じた。

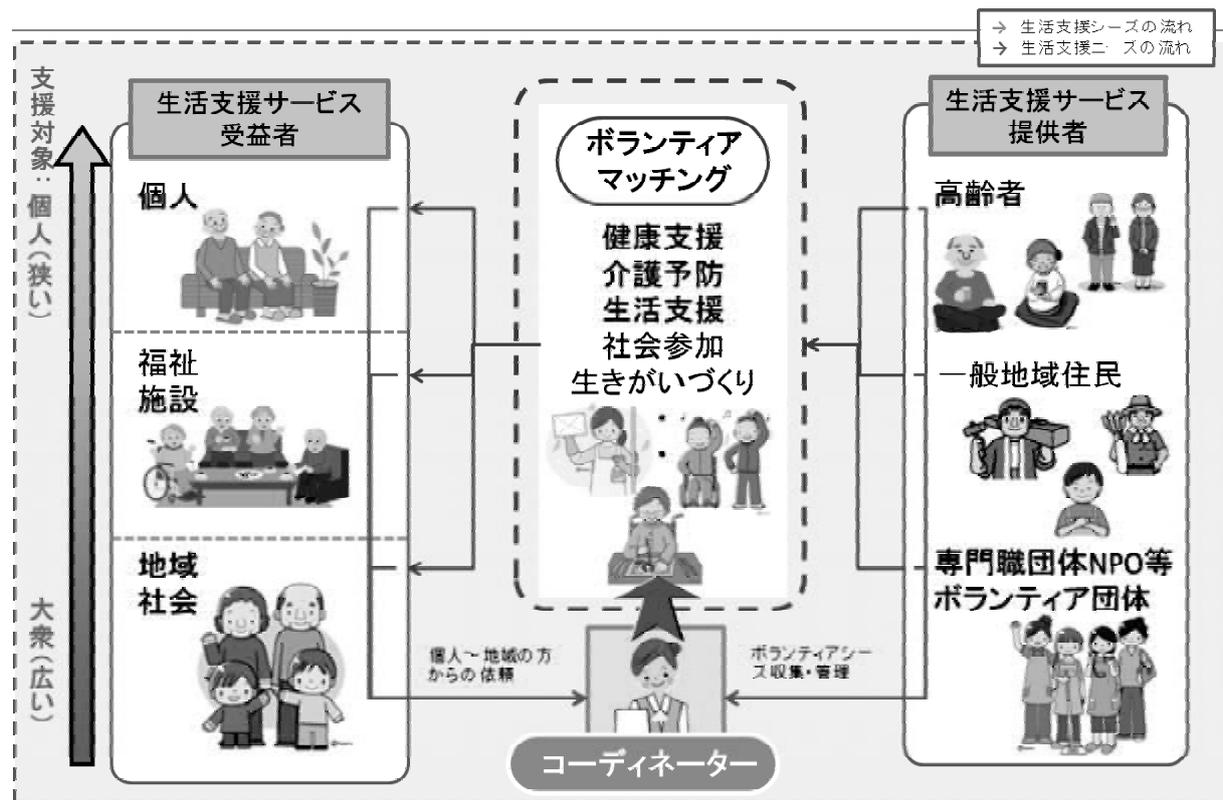
たすけあい・ささえあいの互助活動の必要性を地域住民が理解し、地域住民自らが参加・運営する仕組みにしていかなければ個人までの相互扶助に至らない可能性がある。

また、地域のニーズは細かいものを含め多様にあり、単なる便利屋扱いにならないよう、ボランティアとしての活動を「どこまで」やるか、そして「誰が」「どこで」やるかを明確にしていかないと利用しづらい、ボランティアとして参加しづらい仕組みになりかねなく、今後その点を整理していかなければならない。

しかし、一方で高齢者がボランティア活動を通じて自身の心身への好影響があると感じているため、この事業を継続的に行うことにより一定の介護予防効果があると期待できると考える。

今後、継続して活動を続ける場合の事業コストをどうするかを検討が必要など様々な課題はあるものの支える側、支えられる側双方に有用な効果が期待できる仕組みとして、また地域包括ケアシステムの生活支援を担う可能性のある仕組みとして検証していきたい。

補足資料①（事業概要図）



補足資料②

ニーズ番号	ニーズ発生日	氏名(依頼主)	住所(依頼主)	ニーズ概要	支援者	ニーズ分類	ニーズ進捗	対応ストップ理由	対応完了日
230	2014/1/28		個人 大瓜	施設イベントへの参加		その他	対応完了		2014/1/28
227	2014/1/10		施設 大街道	心を癒すおしゃべり講座		イベント実施	マッチング完了/対応準備中		
226	2014/1/10		施設 大街道	足掻みマッサージ施設の体験		イベント実施	対応完了		2014/1/28
225	2014/1/8		団体 水押	レクリエーション		イベント実施	対応完了		2014/1/18
224	2014/1/15		個人 万石町	将棋の相手		将棋	対応ストップ	ほう該当者なし	2014/1/16
223	2014/1/15		個人 風邪で寝込んでる方の介護			その他	対応ストップ	ホリシ外	2014/1/15
222	2013/11/14		個人 河北地区	点字を教えて欲しい		その他	対応ストップ	ほう該当者なし	2013/11/28
220	2013/12/24		個人 羽黒町	家の前の雪かき		その他	対応ストップ	ホリシ外	2013/12/25
221	2013/12/1		個人 不朗	外出支援(元気の溜り入りたい)		外出支援	対応ストップ	他機関を紹介	2013/12/6
219	2013/11/28		個人 不動町	話し相手		話し相手	マッチング完了/対応準備中		
218	2013/12/4		個人 上品の郷近郊	話し相手・将棋の相手		話し相手・将棋	マッチング完了/対応準備中	ささえてい連絡待ち	
217	2013/12/19		個人 広瀬	仙台さくら野 藤嶋の今の写真が見たい		その他	対応完了		2013/12/26
208			個人 田道町	民謡を聴きたい		民謡・歌謡	マッチング先検討中		
213	2013/12/10		施設 広瀬	施設への慰問		施設訪問・歌謡	対応完了		2013/12/22
214	2013/12/6		施設 広瀬	施設慰問と話し相手		施設訪問・レクリエーション	対応完了		2013/12/16
205	2013/11/20		施設 大橋	施設への慰問		施設訪問・レクリエーション	対応完了		2013/11/25
212	2013/12/5		個人 南中里	話し相手が欲しい		話し相手	マッチング先検討中		
211	2013/12/5		個人 日和が丘	買い物に行きたい		買い物支援	マッチング先検討中		
210	2013/12/4		個人 向陽町	草取り		草取り	対応ストップ	他機関を紹介	2013/12/9
204	2013/8/22		個人 塩釜町	松の木の剪定		草取り	対応完了		2013/9/1
201	2013/11/5		個人 日和が丘	庭木の剪定		草取り	対応完了		2013/11/8
199	2013/11/1		個人 広瀬	灯油いれ		草取り	対応完了		2013/11/7
198	2013/10/30		個人 広瀬	小さな刺りがいらなくなったので数りに来てほしい		草取り	対応ストップ	不要と判明	2013/11/5
195	2013/9/18		個人 泉町	庭の草取り		草取り	対応完了		2013/10/29
194	2013/9/4		個人 泉町	窓ふき		草取り	対応完了		2013/9/4
185	2013/10/1		個人 鹿妻南	インターネットテレビ電話設定		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/11/1
189	2013/10/17		個人 渡波	PCソフト操作		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/10/17
190	2013/10/2		個人 渡波	プリンタ設置		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/10/2
188	2013/10/21		個人 広瀬	灯油ヒーターにいいほしい		草取り	対応完了		2013/10/21
183	2013/10/1		個人 蛇田	インターネットテレビ電話設定 (Skype)・パソコンソフト操作		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/10/1
181	2013/9/1		個人 塩釜町	草取り		草取り	対応完了		2013/9/30
180	2013/9/11		個人 広瀬	草取り、草回収		草取り	対応完了		2013/9/11
174	2013/9/26		個人 渡波	パソコンソフト操作		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/10/1
172	2013/9/26		個人 渡波	インターネット接続		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/9/26
175	2013/8/23		個人 渡波	名刺作成		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/9/29
171	2013/9/26		個人 渡波	パソコンソフト設定、操作		その他(デジタルサポート)	対応完了		2013/9/26
167	2013/8/10		個人 向陽町	草取り		草取り	対応完了		2013/8/23
168	2013/8/29		個人 泉町	草刈り、窓ふき		草取り	対応完了		2013/9/29
169	2013/9/4		個人 広瀬	草刈り		草取り	対応完了		2013/9/29
170	2013/9/1		個人 田道町	草取り		草取り	対応完了		2013/9/29

補足資料③

聞き取り調査結果整理表

ボランティア支援者（個人、ボランティア団体）

ボランティアの活動内容	<ul style="list-style-type: none"> ・施設等に赴き、歌や踊りを披露。 ・ふまねっと教室（1回あたりの活動参加人数は12人前後、1か月に2～3回程度）。
ボランティアを行った上で良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・相手から感謝が述べられたところから、自分自身も元気になり、充実感が得られた。 ・利用者と交流することにより、自分自身にとって楽しさが芽生え、地域との関わり方が深まった。 ・他人と会話の機会が増えて、社交的になった。 ・活動を通じて、利用者の効果を見て、さらに様々な人にふまねっと運動を広げたいという気持ちが強まった。
ボランティアを行った上で課題	<ul style="list-style-type: none"> ・大きな課題はなかったが、現在の活動メニューだけで今後も継続すると飽きが来るのではないかという危機感も一種感じた。 ・移動手段がない（運転する人がいないので、交通手段を確保することが必要である）。 ・地域によって利用者の雰囲気異なった。 ・利用者から活動内容に対する意見が出てしまい、対応に苦労した。
無償・有償について	<ul style="list-style-type: none"> ・有償の場合、その分のサービスを提供しないといけないので、ボランティアの負担が大きくなるので、無償の時よりも気軽に参加できない。
その他意見	<ul style="list-style-type: none"> ・個人宅へボランティアを行うのは難しい。聞き取りがすごく上手でないとはやはり1対1の状況は困難である。信頼関係がないと厳しい。 ・ボランティアで出来ること、出来ない事の線引きを行うことが必要。 ・時間としては、月に2～3回程度で1～2時間、場所としては、歩いて行ける範囲に限られる。（運転する人がいないので、交通手段を確保することが必要である）。 ・ボランティアを実施する側のニーズだけでなく、ボランティアを受ける方のニーズも聞き入れて、対応することが、本当のボランティアと言えるのではないか。 ・個人宅への支援については、少しずつ人間関係を構築していかないと、いきなりボランティアで支援することは難しい。 ・参加する人の移動手段があれば、たくさんの人に参加して頂けると思うし、その中でボランティアに参加したいと考える人も出てくるかもしれない。

ボランティア受入団体（地域包括支援センター、介護施設）

ボランティア受入で良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・他の業務に割ける時間が出来て、業務の負担が解消された。 ・地区を越えて、地域住民が集める機会をつくれた（利用者間での新たな人間関係を構築することができた）。 ・地域との接し方や交流がわからなかったが、ボランティア（地域）が参加してくれることにより、地域と施設の垣根がなくなり、入居者と地域の交流が持たれた。 ・職員が本来の業務に専念できるようになった。（負担が減った）。 ・利用者が明るくなった。利用者の新たな一面を知ることが出来た。利用者が健康になった（例：食事の量が多くなる）。 ・利用者の喜び姿を見ることが出来た。職員にとっても、外部が来てもらうことにより、スタッフによい緊張を保つことが出来た。また、スタッフ自身のモチベーションの向上にもなった。 ・利用者にとっては、外部の人間が入ることにより、活動量が増えた（一緒に歌を歌える等）。
----------------	--

<p>ボランティア 受入れた上で の課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・（利用者の反応等から）事後打合せを行ったほうが良いと感じた。 ・高齢者に対する心配りが不足している箇所が若干見られた。（高齢者にとっては少しメニューが大変だったと感じた） ・ボランティア団体と自施設との間での意思疎通がスムーズではなかった。
<p>その他意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア団体自身が募集するよりは地域包括支援センターが募集をかけたほうが、利用者の反応がよい。 ・実績や信用力がないと、ボランティアを受け入れることは困難である。 ・同じメンバーで同じ団体だと、マンネリする可能性が高い。 ・受入施設、個人とボランティア団体をマッチングさせる機能（窓口）は必要である（単なる団体の紹介だけではなく、調整等も行って頂き、結果を報告して頂けたら嬉しい）。 ・ボランティアは今後必要となってくる。地域間が希薄する中、地域力を高めるためには、住民同士のみならず、ボランティアの力も必要と考える。受入施設とボランティア団体をマッチングさせる機能（窓口）は必要である。 ・ボランティア団体と直接のやりとり等の調整があったら、負担を感じたかもしれない。 ・今回、ボランティアを受入れたことにより、利用者の新たな一面を見ることが出来た。今後は、ボランティアを話し相手として受け入れても良いと感じた。月1ペースでの話相手のボランティアであれば、入居者も負担を感じないと思うし、定例的になれば、施設の受入負担も減るので良いと思う。 ・業務の切り出しについては、一連の動作につながる業務（食事の準備、配膳、下膳）はボランティアに手伝ってもらうことは難しい。一方、見守り等については、介護員と完全に別活動のため、ボランティアに任せることも有りではないかと思う。 ・生活をお手伝いする場なので、どこかを切り出してお願いするということは難しい。あくまでも介護職員の補助としてなら、活用を考える。

3.11から3年 経過報告と今後の取組

～課題先進地域としての閉じこもり高齢者等
とアクティブシニア層のマッチングの仕組み～

ぱんぷきん株式会社

事例の発生状況

1

東日本大震災からの復興に向けて今後、仮設、みなし仮設住宅からの転居者が多く発生。
→既存仮設コミュニティの維持、転居後の地域におけるコミュニティの再形成が必要

2

この移行期間にコミュニティの崩壊等により新たな高齢者の閉じこもり・生活不活発病による要介護者の増加が懸念される。→見守りや生活支援の担い手が必要

3

震災による人口流失。少子高齢化により現役世代の生産年齢人口の減少
→現役世代の恒常的な人手不足

4

介護・福祉サービスの限界
→今の取組みでは高齢者を支えきれなくなってしまう

5

地域の高齢者が地域の高齢者を支える社会を目指す。
コミュニティの維持・形成も視野に入れた取組みとする。

事例の目標設定

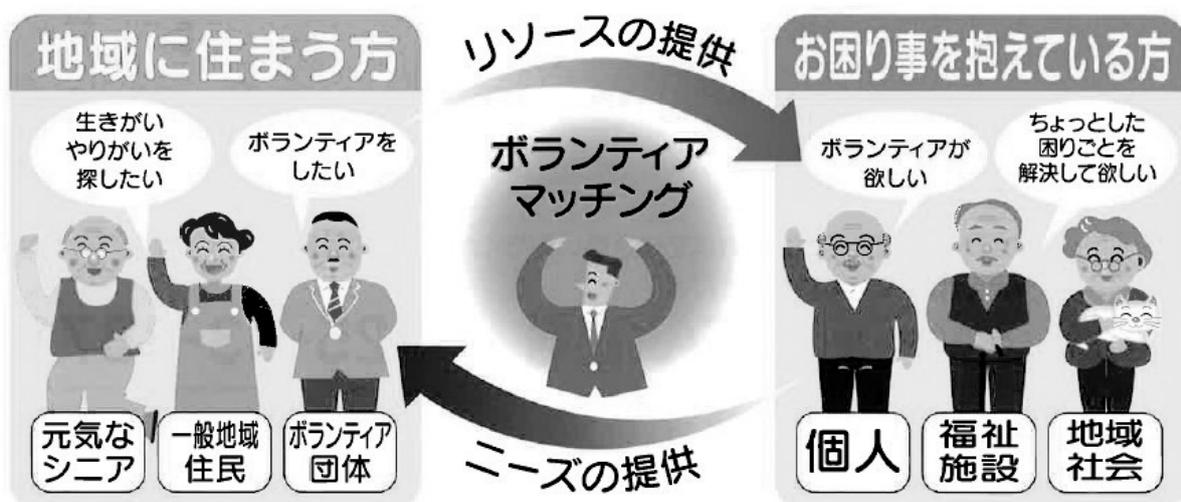
1. **コミュニティの維持・形成を視野に入れた取組みとする。**
 - ✓ コミュニティの規模（隣近所レベル、自治会レベル）や、維持・形成する目的（見守り、社会参加等）を整理しながら取組
2. **地域の高齢者が地域の高齢者を支える互助関係を構築する。**
 - ✓ 地域住民が主体となる介護予防運動教室等の開催
 - ✓ ちょっとしたお困りごと（傾聴、ゴミだし等）インフォーマルサービスの支援
3. **効率的で継続性のあるボランティアの仕組みを構築する**
 - ✓ ボランティアマッチングコーディネーターによる生活に関するニーズと支援者を適切に繋げる支援
 - ✓ 支援の受け手だけでなく、支える側にも有益な仕組みを検討する。

2

対応方法

取組内容：

- ✓ 知識やスキル、意欲を持つ“アクティブシニア”と困り事を抱える高齢者をつなぐ交流促進
- ✓ 介護人材や社会資源の不足に対して、地域の高齢者が持つ有効なコンテンツを掘り起し、必要となる現場に結びつけるコーディネータ役を担っていく。



3

対応結果

取組実績

ふまねっと運動



ボランティアマッチング



4

考察

ボランティア参加者は人の役に立っているという自己効用感が高い
ボランティア活動は自分の健康にも役立っていると感じている
外出の頻度があがり、閉じこもり予防・改善に有意ではないか

今後の課題

1. **高齢者のボランティア参画意識の向上**
 - ✓ ボランティア参加しやすい環境づくり
 - ✓ 移動手段の確保
2. **個人間の支え合い・助け合い関係作り**
 - ✓ 個人間同士のボランティア支援への抵抗感
3. **困りごとなどのニーズの聞き取り役の方との信頼関係作り**
 - ✓ ニーズ把握者との信頼関係により差が出やすい
4. **ボランティア支援による自立と依存のバランス**
 - ✓ ボランティア支援による自立の阻害
5. **ボランティア継続するための仕組みづくり**
 - ✓ ボランティアに対する意識やコスト

5

厚生労働省「平成25年度 老人保健健康増進等事業」成果報告

自立支援に資する訪問介護サービスのあり方に関する調査研究 及び
事例発表会の実施と好事例集の作成を通じた普及啓発事業
事業実施報告書

「民間事業者の質を高める」
一般社団法人 全国介護事業者協議会

