

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



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 ADL 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れ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り組み 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り組み・
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

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？

『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、生きることを全体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、というのはもともと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、生きることを全体を表している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を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必要があります。

——**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が課題になります。このサービスは、無形形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します。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。

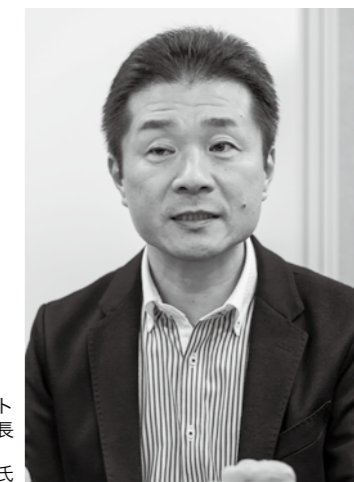
安東 正直、非常に難しい問題ですよ。本来は制度上、自立支援が目的だと位置づけられているのですから、「自立支援とは何か」は、介護事業に携わる者の中で共通の認識がなければならぬはずなんです。しかし、実際は、同じ会社の人間であっても、管理者一人ひとりに聞いてみても、考え方は違うところがあります。

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ると思っています。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だし、障害があっても環境を整えようというもので、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ょう、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」というとまずは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れ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いていこうとか、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いますが、それでも「こういう風に生活したい」という気持ちを持てるのか、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」というものもあるんです



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とリハビリを頑張り、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。それだともう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ということ。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。掘り下げて聞いていない。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きの本場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によって、相手の本場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が、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いだと思いますね。

今村 ただ、「どうして？」と聞くこと自体は大事ですね。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こと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 うち是在宅介護を中心にやっているのですが、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るとか、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を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。ヘルパーは毎日行っているんだけど夜の様子が変わらなかつたり、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つたりするわけです。例えば、排泄に関して、デイサービスでは自分でやっている、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、取り組みます。1人をみんなで前から後ろから横から立体的に見る。それでどうしてい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。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、高齢者になってはじめて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よ。

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を、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っています。

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よ。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 利用者が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イケないというときに、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するのではなくて、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、お世話をしてもらって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け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が、自己評価がなぜ高いかということ、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、自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ます。

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ところが、大事なかなと思います。

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ね。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んです。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」と言いたいです。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

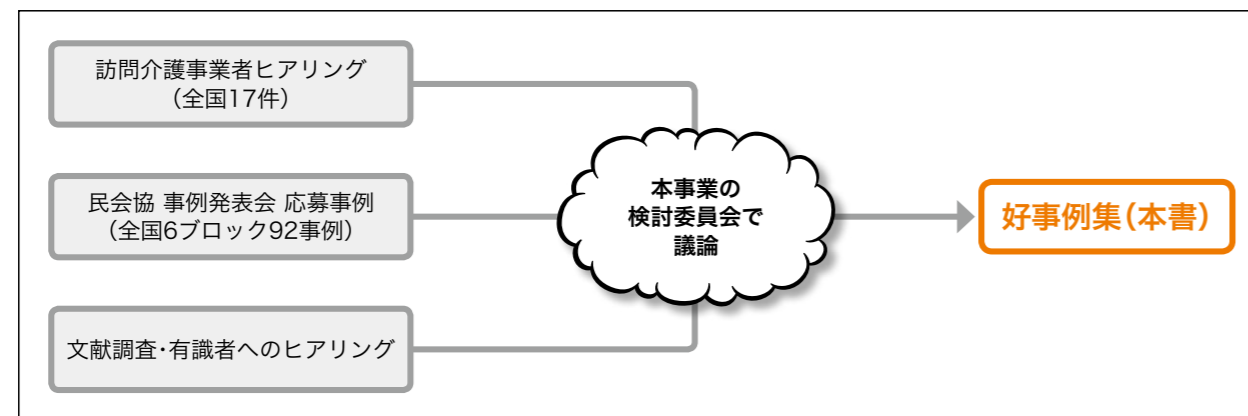
本書は、一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会（略称：民介協）が厚生労働省「平成 25 年度 老人保健健康増進等事業」の補助金を活用して実施した研究事業の成果を、「自立支援」に資する介護を行うための「仕組みづくり」に関する好事例集として取りまとめたものである。

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り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。

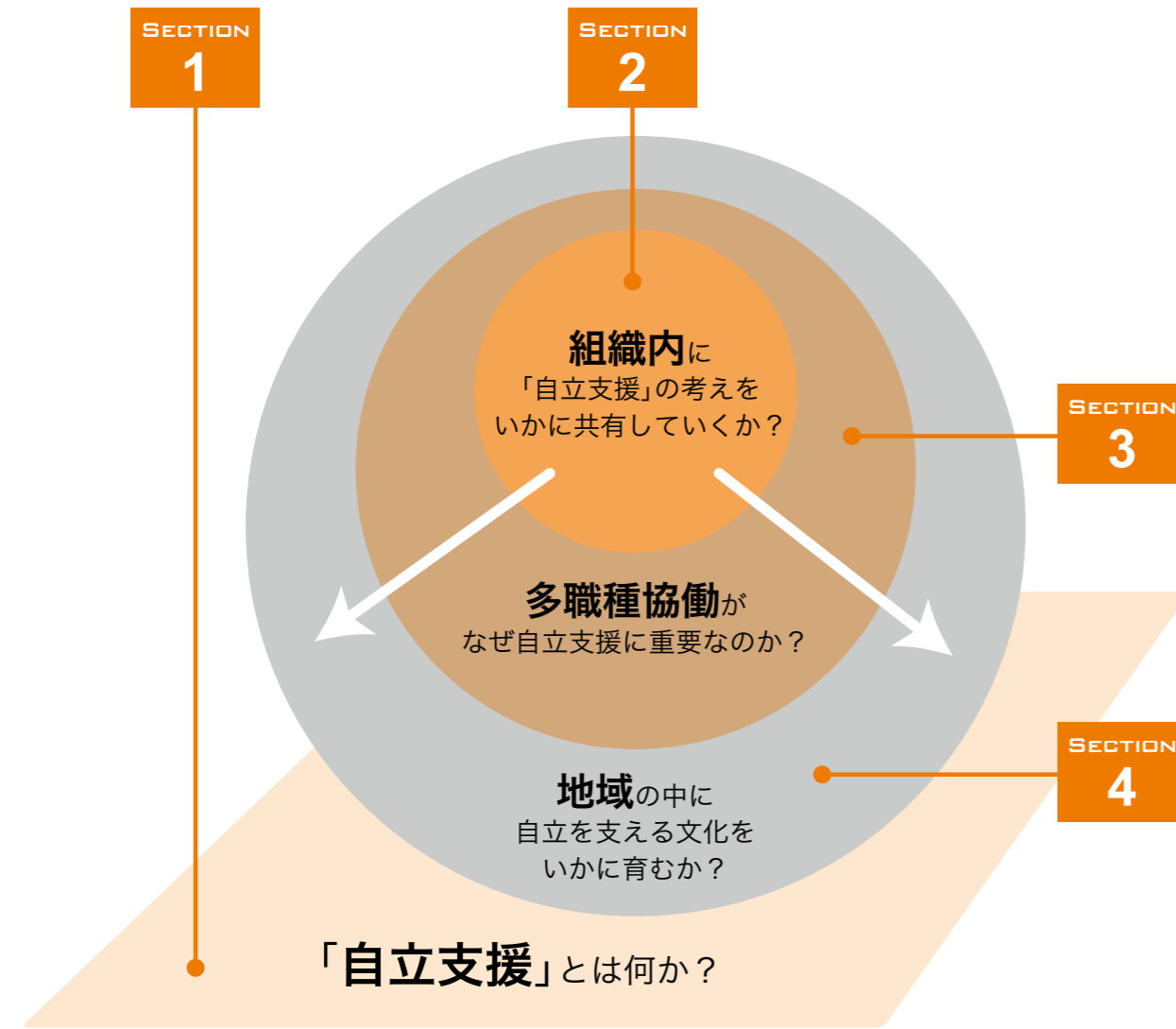
③中小事業者においても実践可能な取組み事例を紹介

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」のための仕組みづくり	「自立支援」を考えるキーワード
§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

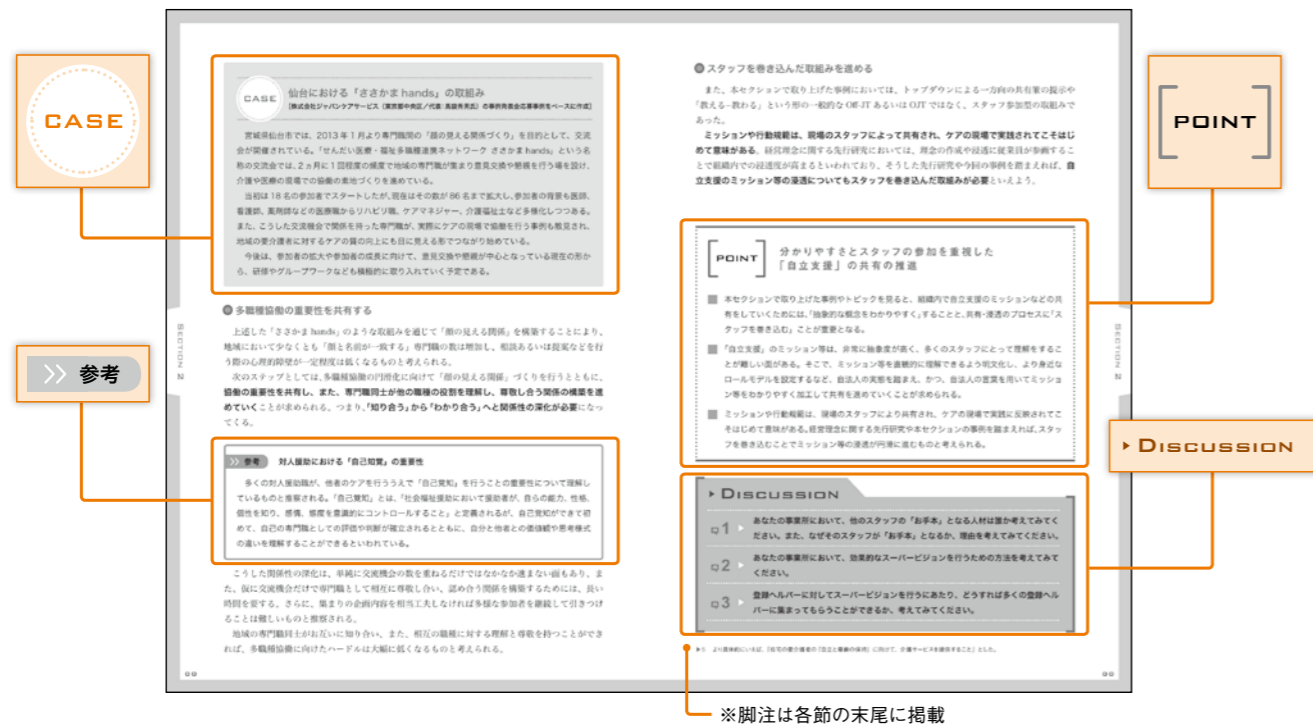
1

「自立支援」とは何か？ 「自立」と「自立支援」の捉え方

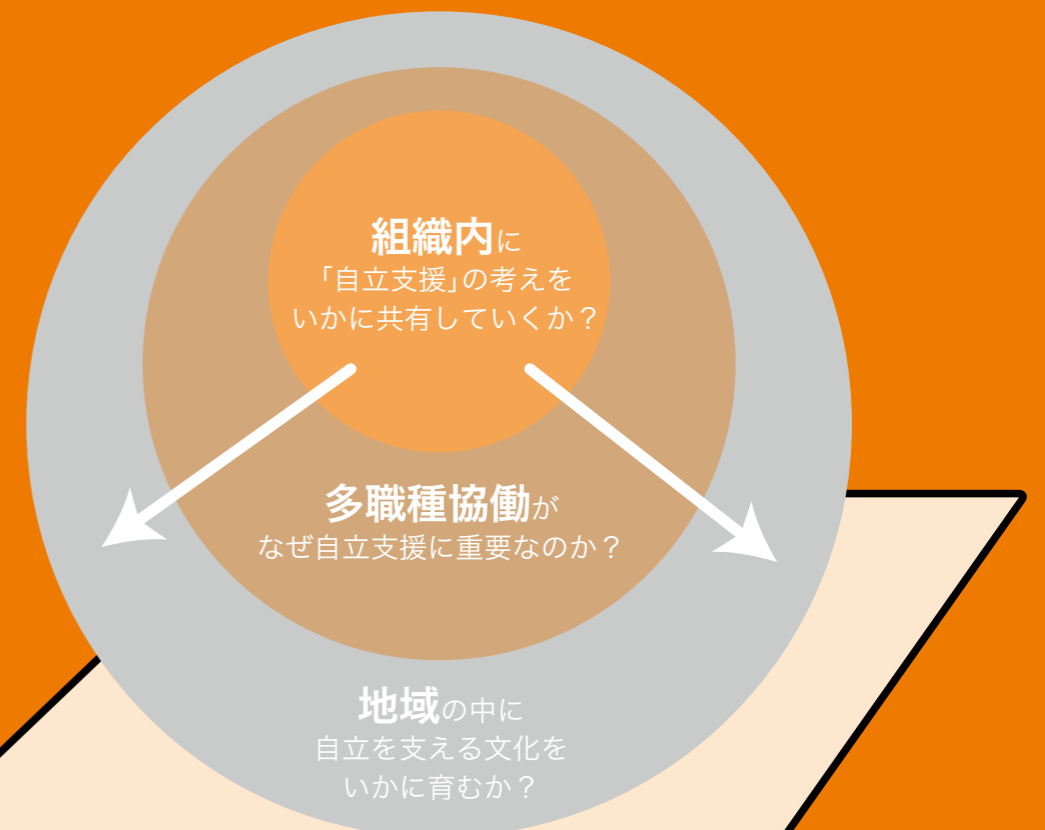
本セクションでは、「自立」あるいは「自立支援」とは何かという点について、文献やヒアリング結果などをベースとして検討を行う。
そのうえで、本書のセクション2以降で言及する論点について整理をしたい。

◎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数ある。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年度事例発表会には全国から92件の応募があった。



「自立支援」とは何か？

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。

>> 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」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。

🏠 「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？

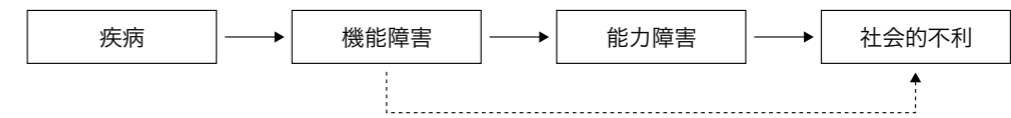
国際生活機能分類 (International Classification of Functioning:ICF) とは、世界保健機関 (WHO) において「国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : ICIDH)」の改訂版として 2001 年に制定された、人間の健康状態を生活機能と背景因子の 2 つの要因の相互作用として見るモデルである。

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)。

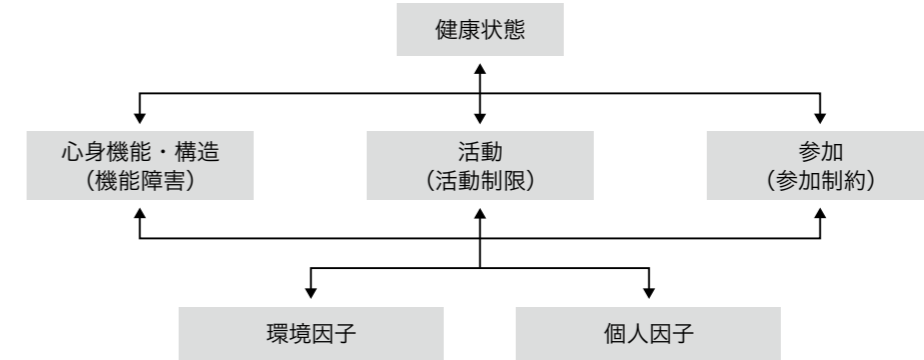
ICF の視点を用いることで、介護職の関心が「心身機能・身体構造 (生命維持レベル)」に偏ることを防ぎ、対象者を全人的に捉えてケアを行うことが可能になるとされる。

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。

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るれば、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、省察的実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。

>> 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はなく、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.

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。

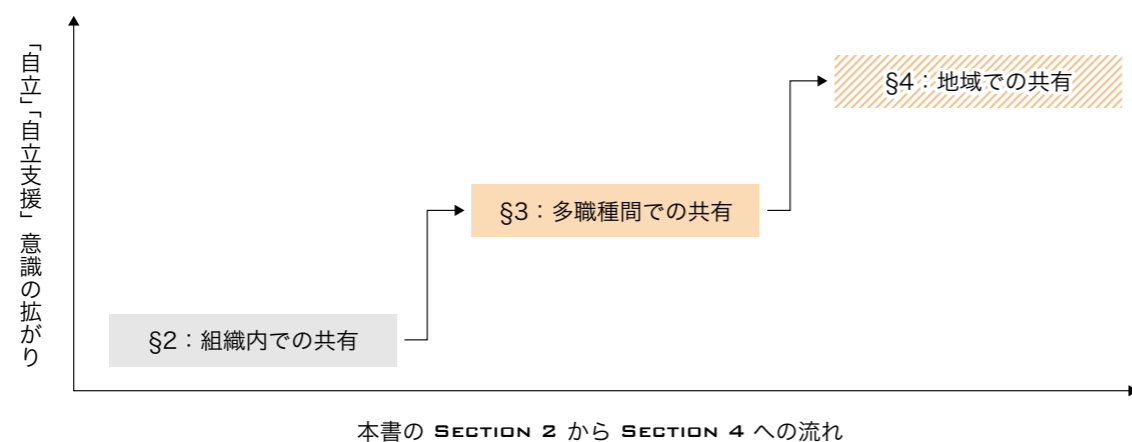
そうすることで、個々のケアの実践事例を中心として情報共有を行う事例発表会との差別化が図られ、また、議論する内容、掲載する事例の他（多）事業所での応用可能性も高まるものと考えられる。

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

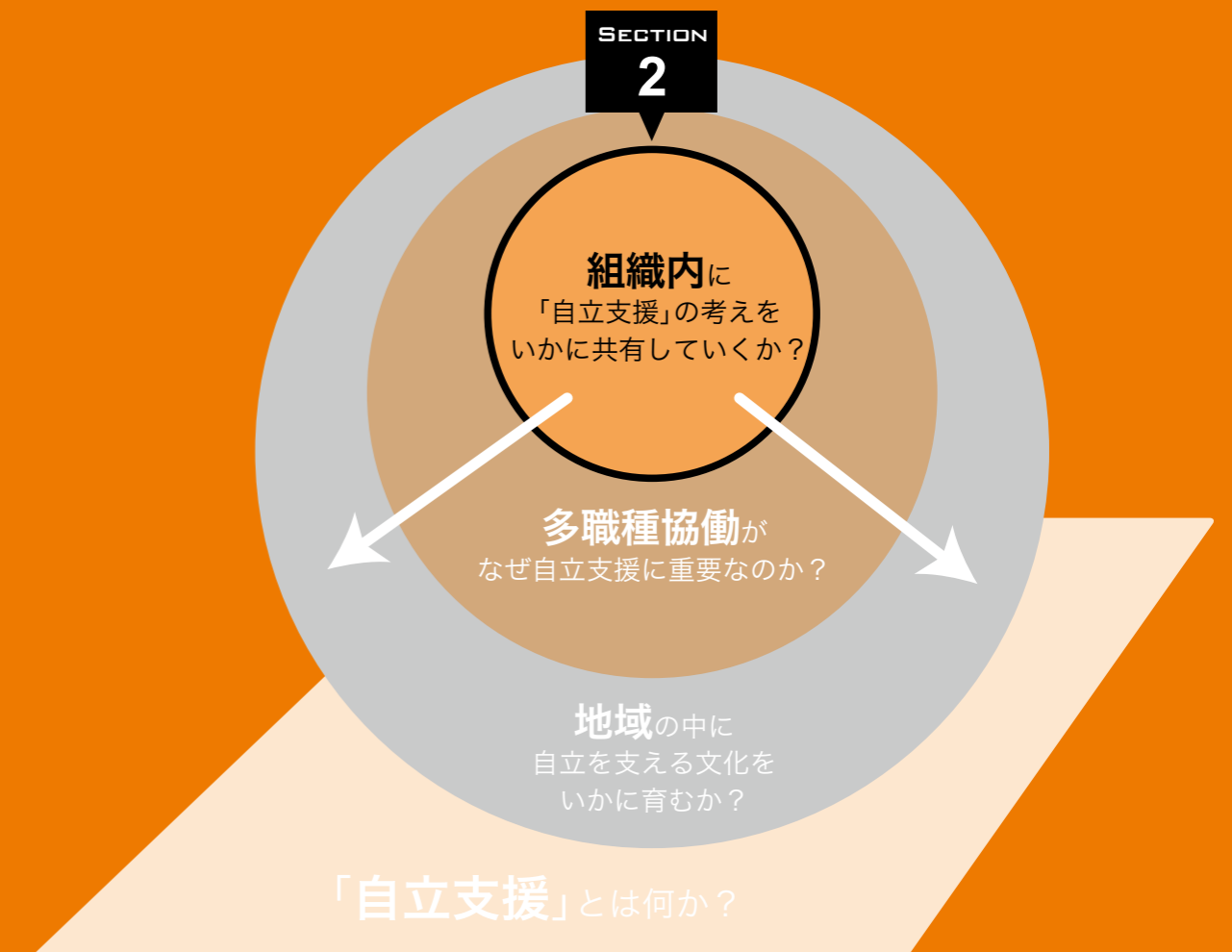
DISCUSSION

- 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勞した点、工夫をした点などについて話し合ってみてください。

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**。

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

◎ 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。

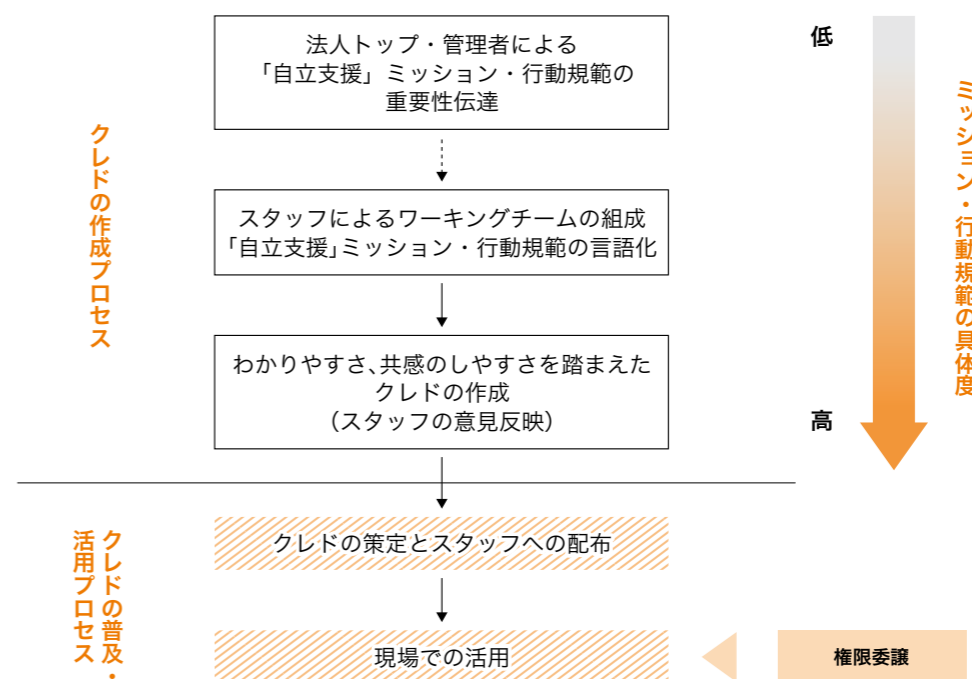
クレドとは元来、「信条」や「約束」を意味するラテン語だが、経営の分野では、「組織の価値観を表現した文章」や「スタッフが守るべき信条」、あるいは、それを記した各種ツール（携帯可能なカードなど）を指す。

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動き方、考え方をモデルとして示すことにより、ミッショ

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り組み】

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り組み】

また、ソラストにおいては、同業他社の取り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、研究会当日の人繰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」

【株式会社尚進の取り組み】

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・ディーンの映画が観たい、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

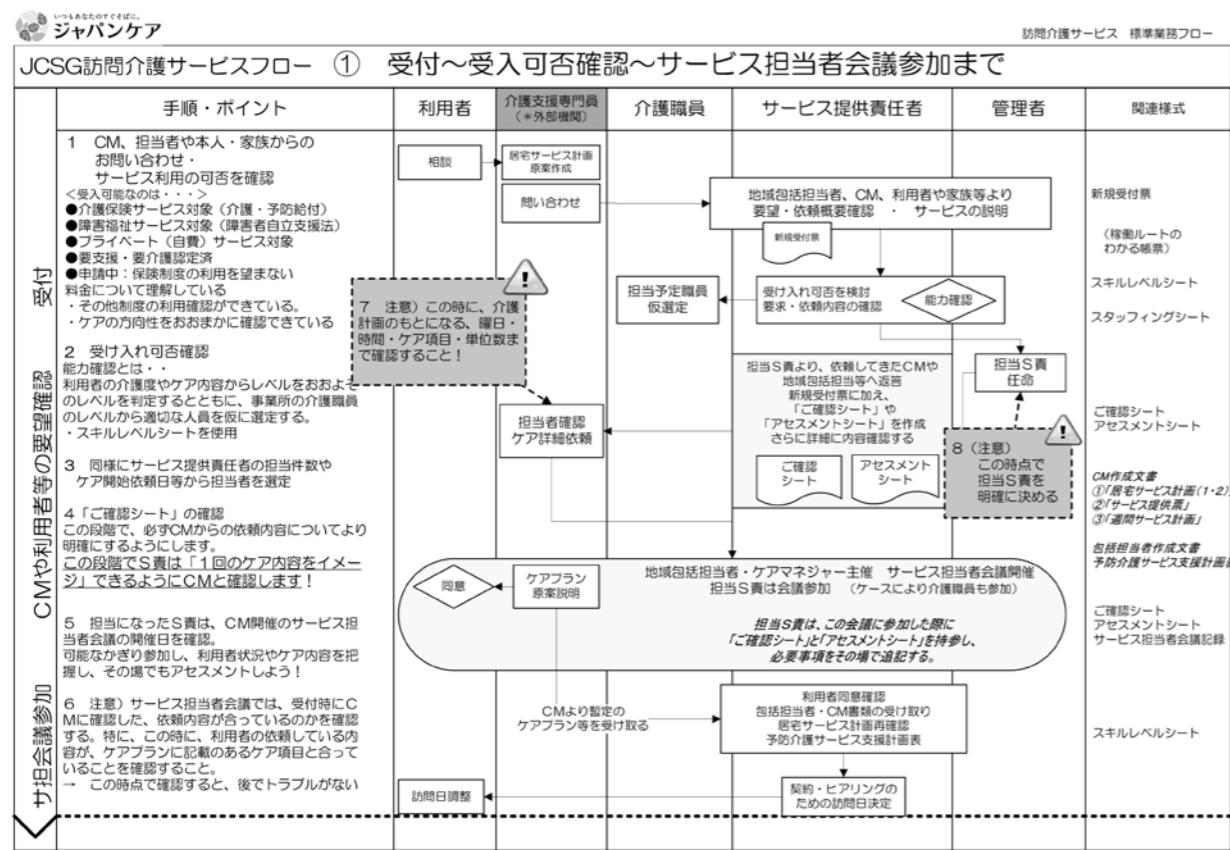
本項ではここまで、「自立支援」のミッションと行動規範の共有に向けて、当該ミッション等の明文化（クレドの作成）や、ミッションや行動規範等の体现者を組織内で参考とすべきモデルとして示す方法（社内事例発表会、ウェルフェア・コンシェルジュ®資格）について言及してきた。こ

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に開催することで、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対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ザ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）。

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。

POINT1

「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。

POINT2

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。

🏠 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。**

▶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。

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られる。

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。

◎ 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

- ❏1 ▶ 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。
- ❏2 ▶ 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。
- ❏3 ▶ 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。

(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くと、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、スーパーバイジーが語ることに耳を傾けて聴くことができ、スーパーバイジ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られる。

「自立支援」に向けたケアの実現のために —サービス提供責任者の役割と重要性の観点から—

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重要です。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。

最近では、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。

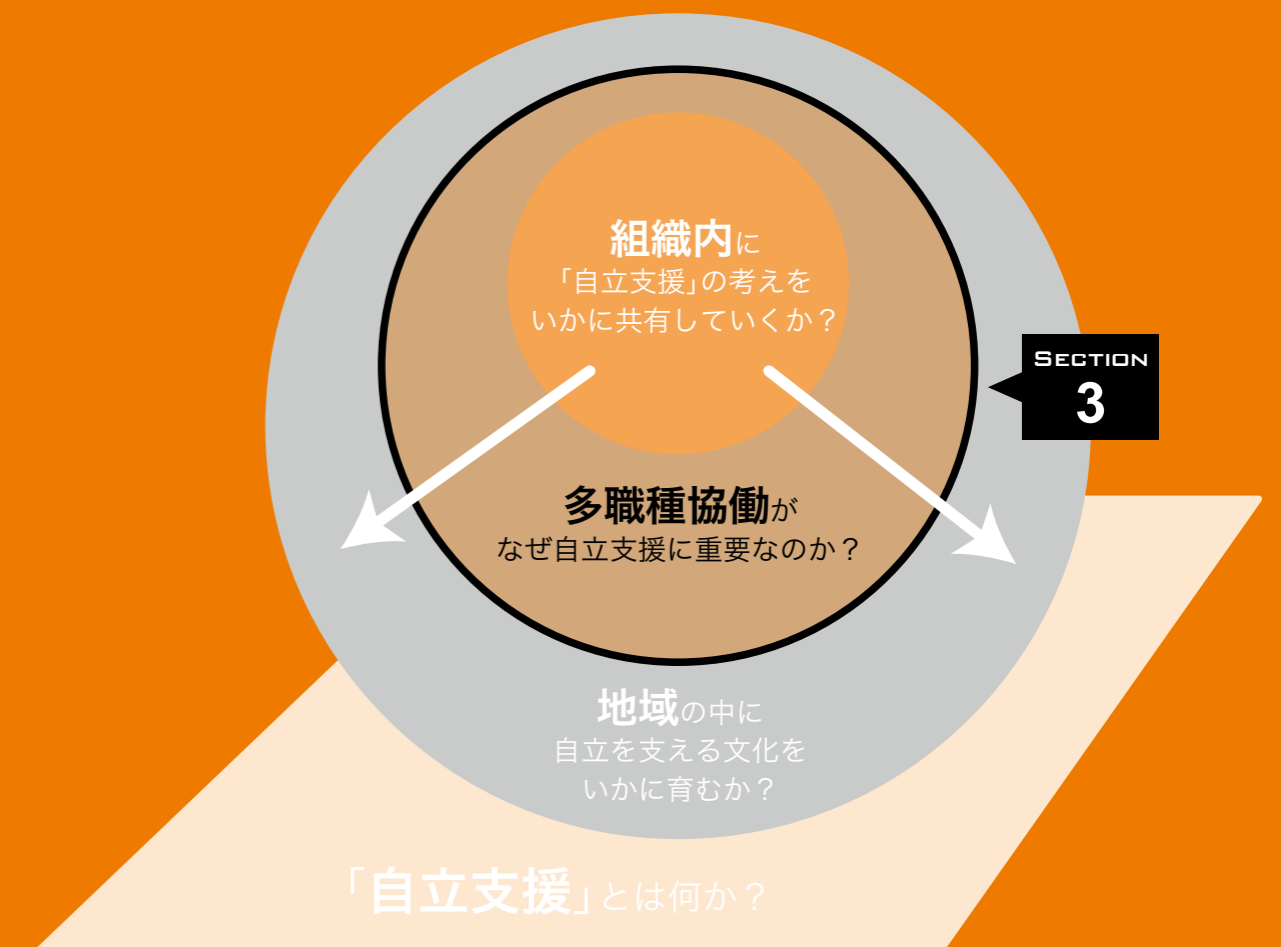
利用者が口にしたニーズが、その方にとって本当に良いことだとは限りません。自立とは逆に、「〇〇してもらって当たり前」「やってもらって当然」と他者に依存しようとするニーズが強い人もいでしょう。良かれと思って提案することが、受け入れられないこともあるでしょう。サービス提供責任者は、利用者接点の場面で言語・非言語のコミュニケーションを通じて、自立支援の観点からその人にとって何が一番良いことなのかを見出していかなければなりません。そのアプローチがこれまでの高齢者とは異なってくることも予想されます。

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。

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」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」の把握が比較的行きやすい面**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で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。

2 効果的な多職種協働体制の構築に向けた取組み

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な。

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。**

POINT

要介護者の多様なケアニーズに対して多職種の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、本セクションでは、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）。

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ヵ月に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「ごちゃまぜ研修」

【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「ごちゃまぜ研修」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「ごちゃまぜ研修」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)	13:30 14:30 14:45 16:15	13:30 14:30 14:50 15:40 16:20	13:30 14:30 14:20 16:10	13:30 16:00 14:20 15:10 14:10 15:10
	休憩 アンキーノ Aケース LSA	休憩 アンキーノ Aケース 訪問介護 Dケース ケアマネ Aケース	休憩 ディサービス Aケース Cケース(夫)・Eケース 訪問介護 Aケース	休憩 ケアマネ Gケース 訪問介護 Aケース 往診 Aケース
2日目 (火)	8:50 9:40 9:45 11:00 11:00 13:00 14:00 15:00	8:50 9:40 9:45 10:45 11:00 12:00 12:00 12:30 13:00 15:00	8:50 9:40 9:50 10:40 11:00 12:15 12:15 13:00 13:30 15:00	9:00 11:00 11:15 12:00 12:00 12:40 13:00 14:00 14:00 15:00
	訪問介護 Bケース 元気塾(保育) ディサービス Aケース・Bケース・Cケース 休憩 訪問介護 Fケース ケアマネ	訪問介護 Dケース 訪問看護 ケアマネ 休憩 訪問介護 Fケース ディサービス Aケース・Fケース	訪問介護 Cケース(夫) Cケース(夫妻) LSA 休憩 訪問介護 Cケース(妻) 訪問介護 Cケース	ディサービス Aケース・Bケース 訪問看護 Gケース 訪問介護 Gケース 休憩 LISA

● 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「ごちゃまぜ研修」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り組み】

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り組みを実施。継続的な取り組みを行った結果、これまでつながり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
資料用紙 (不定期)

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
●品川区の利用者9人
(24.12月末現在)

●他地域の状況
●23区のみ35
(24.12月末現在)
保健者:13
事業所:21
利用者:221人

●支那
(24.12月末現在)
保健者:17
事業所:25
利用者:250人

●全国他市区
(24.12月末現在)
保健者:140
事業所:1,316人

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などを提供していきたいと考えています。

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くとともに、ご意見をお聞かせいただければ幸いです。

すでにご存じのこととは思いますが・・・
【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、夜間帯のケアコールシステムの24時間対応として活用しています。
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なうものです。・・・が、

品川区ではひと工夫 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と、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(者)が連携・協力して行なう形で運用をしています。

～それゆえに難しい面もありますが、
道々ご理解いただけるようお伝えしていきます～

がんばります!!

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）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（チームを組んで）サービスを提供します。ケアマネジャーと定期巡回を調整するジャパンケア品川、そして連携先機関である訪問介護事業所、訪問看護ステーションとの情報のやり取り等については下表のとおりです。

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	連携先訪問介護事業所(訪問看護ステーション)	流れ
相談 お問い合わせ	相談受付	ケースによる共有	受付は、ジャパンケア品川です。 気になるケースはどんなことでもご相談ください。 対象者の状態、内容やニーズなどを把握し共有します。
確認	新規受付 連携先事業所 連絡・確認	受け入れ 確認	より具体的にサービス導入を希望する場合は個別の機会 【連携先の訪問介護事業所】に受け入れ可能状況を確認し 応答します。
訪問看護STに確認	—	確認	訪問看護ステーションに確認します。 対応不可能な場合は、他のステーションを探す必要もできます。
サービス担当 者会議結果	サービス担当者会議に 参加	—	今まで同様ケアマネジャーから依頼されます。ジャパンケア品川 と、連携先訪問介護事業所も参加。 情報共有、アセスメントを実施します。
—	定期巡回の 契約	—	利用者との契約先はジャパンケア品川となります。 利用者には、連携先の訪問介護事業所の説明します。
ケアプラン	ケアプラン 受け取り	ケアプラン 共有	連携先の訪問介護事業所も、ケアプランを共有します。
共有	訪問看護ST との調整	共有	定期巡回では、定期巡回の計画作成にあたり、看護師によるア セスメント・モニタリングの実施が求められています。
共有	定期巡回 計画書作成	共有	「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書」の作成・説明・同意・ 交付は、ジャパンケア品川が行います。
共有	サービス提供	共有	定期巡回・随時対応型・随時訪問のサービス、開始 実施記録は、各事業所の帳票をそのまゝ活用します。
情報共有	サービス状況 適宜報告	情報共有	日々の訪問、訪問看護STによるアセスメント等により、利用者の心身の 状況に応じた柔軟な対応が求められています。定期巡回の窓口は、ジャ ンケア品川を窓口として情報の共有化を図ります。
情報共有	モニタリング アセスメント 実施	モニタリング アセスメント 実施	1か月に1回、看護師による定期モニタリングが実施されています。看 護師、連携先訪問介護事業所、ジャパンケア品川、のが共に訪問できる よう調整しています。
情報共有	計画見直し	情報提供 提案	情報をもとに、計画書の見直しを行います。

◎「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」の取り組みなどを見ると、様々な専門職がお互いに知り合い、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り組みを参考に、**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。こうした取り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。

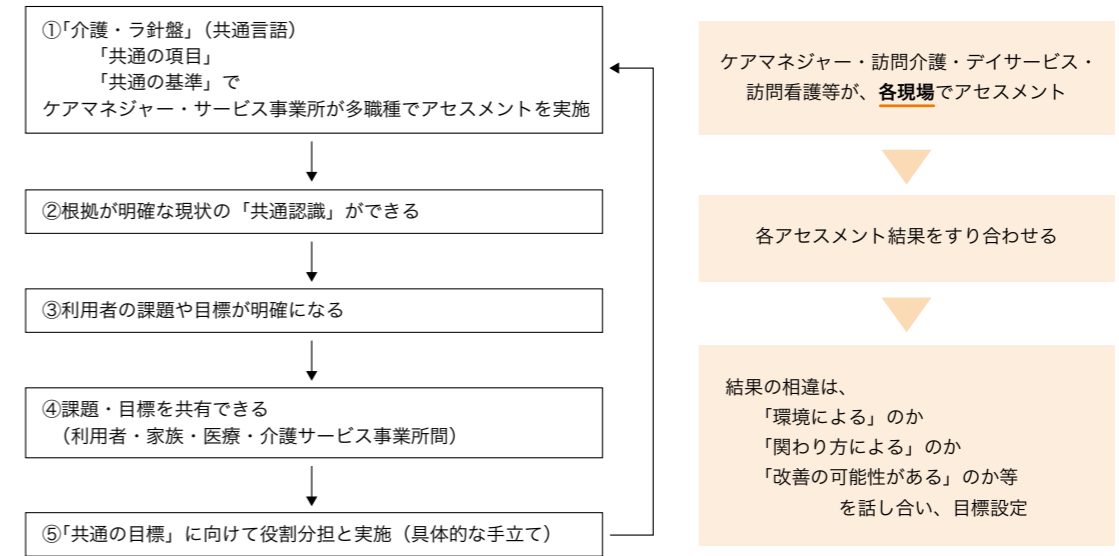
CASE 介護プラン作成支援ソフト「介護・ラ針盤」
[株式会社新生メディカルの取組み]

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わ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					
		認知機能					
No	大項目	小項目	自立性	実施状況	能力	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週間に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		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。

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通じて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。

大田区における民間介護事業者間の連携への 取り組み・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ただくだけでは、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

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。

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り組み

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り組みを行った。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り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り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

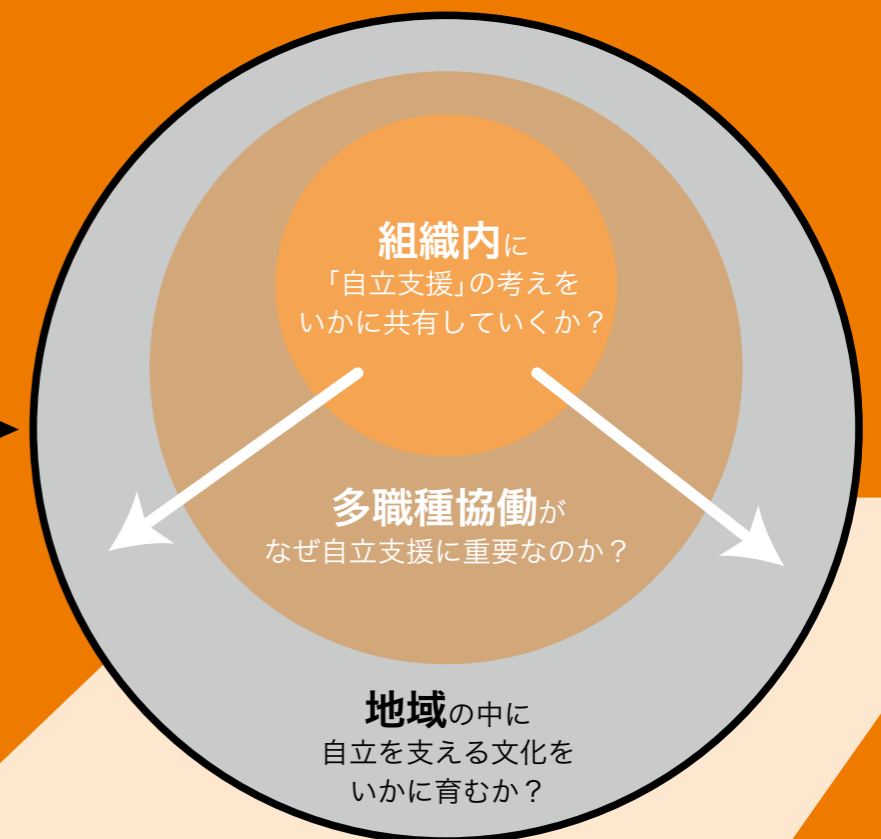
区内イベントへの出展や区民公開講座への参画等により、訪問介護事業に対する区民の理解を深めるとともに利用促進を図る。

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

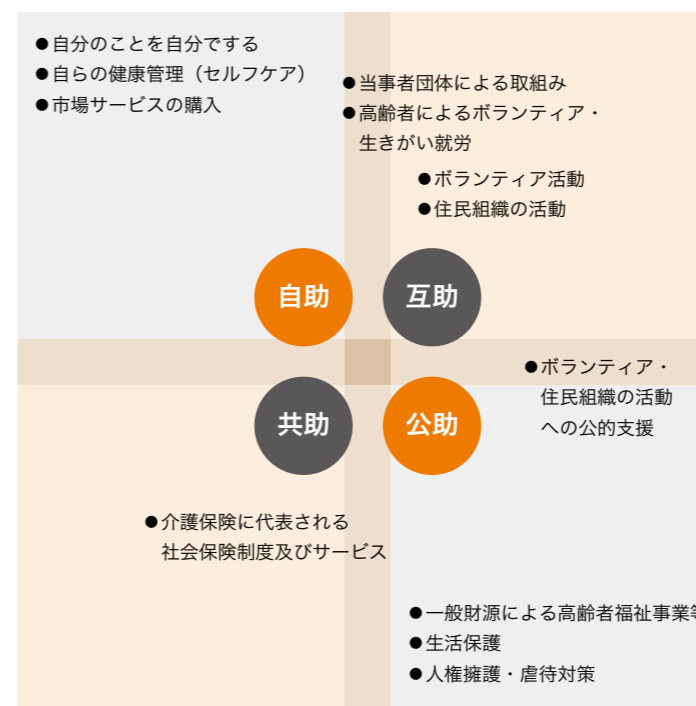


「自立支援」とは何か？

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

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

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。

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は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）。

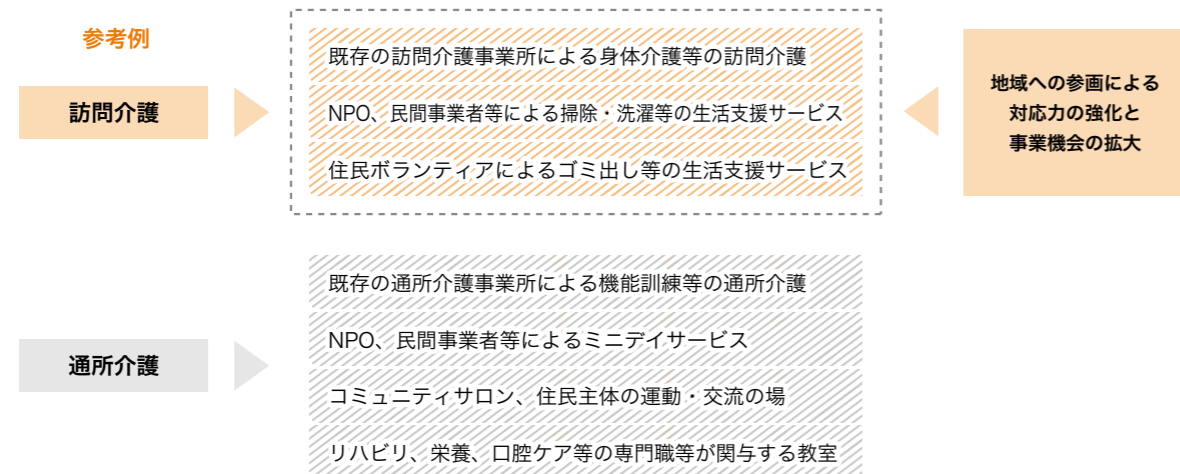
あくまで本検討委員会や筆者の見解ではあるが、全国の訪問介護事業者においては、「制度ビジネス」の次なるステップとして地域との関わりを模索してみてもよいのではないだろうか。

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うことができる。 ●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/ikeda.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)。

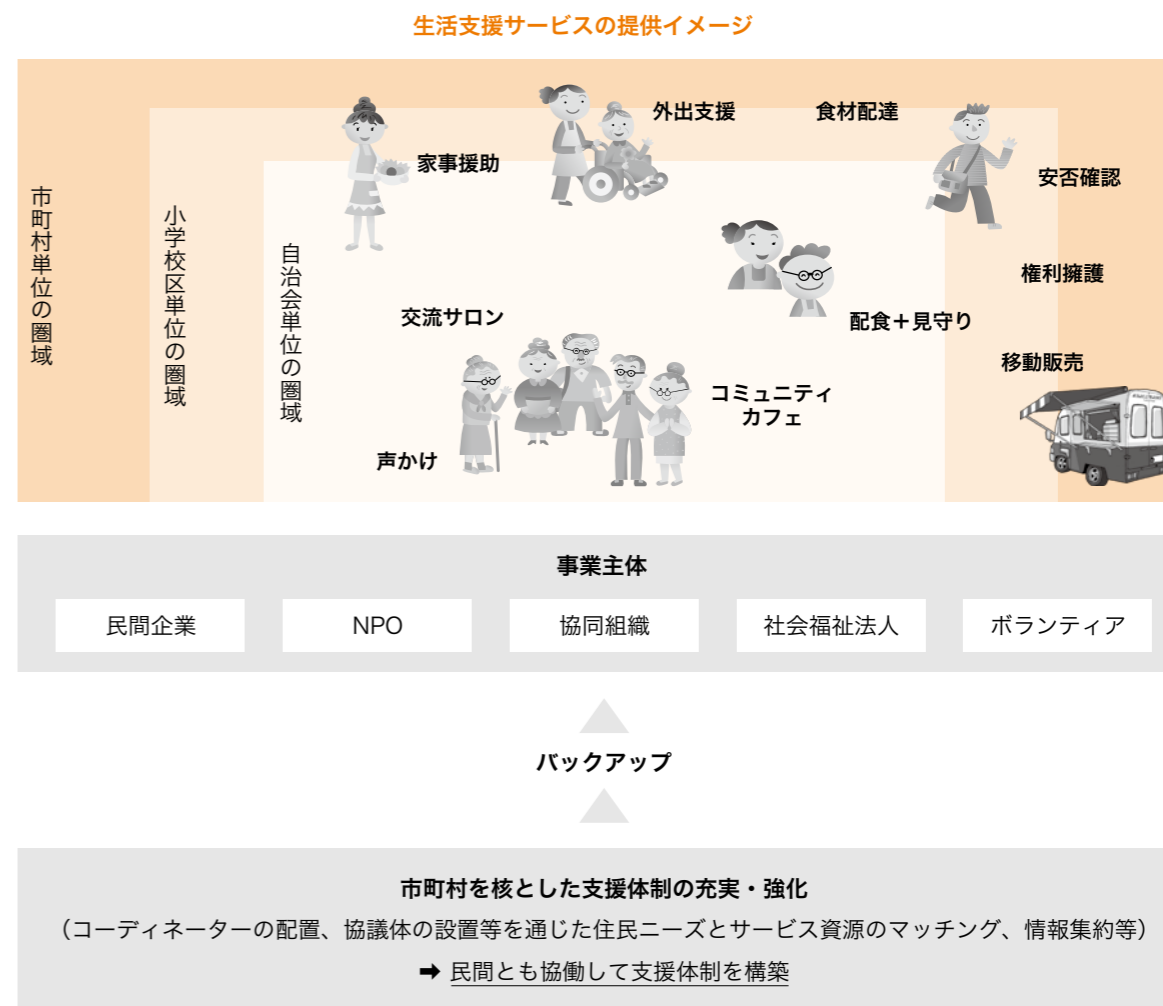
一方で、当該サービスには電球の交換やゴミ出しといった日常生活の「ちょっとした困りごと」への対応など、事業単体では採算が確保しづらいものも多く、サービスの担い手としてボランティアを活用する動きも進んでいる。

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。

CASE

生活支援サービスの担い手の育成

【特定非営利活動法人校舎のない学校の取組み】

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をするには、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す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な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」の定例開催化など）。

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。



地域が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

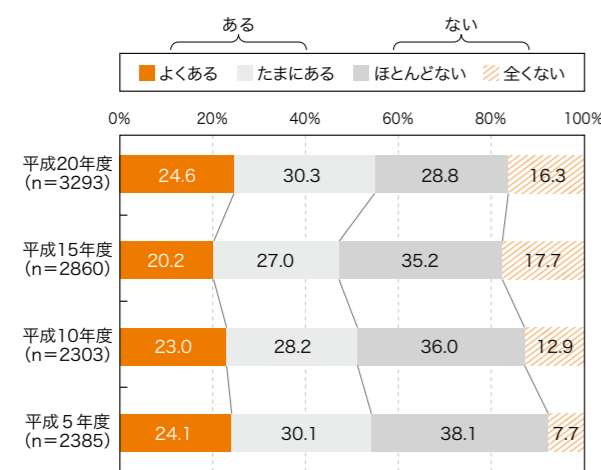
地域の「自助」「互助」意識、自立を支える意識を醸成していくためには、高齢者層への働きかけのみならず、若年層や現役世代など幅広い年代層に対して、「高齢者」関連の知識^{▶4}の理解などを進めていくことが必要と考えられる。「高齢者」の抱える問題や加齢に伴う障害や疾病等について理解することで、若い世代においても自身の健康づくりの重要性や互助の必要性について認識が深まるのではないだろうか。

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。

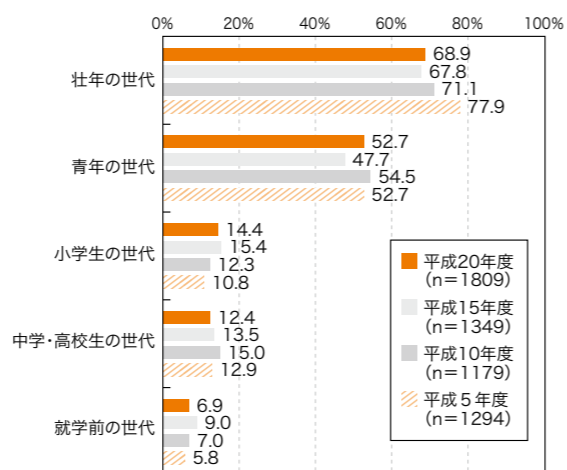
高齢者との交流機会の少ない若年層

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、自身が高齢者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を同塾の活動に巻き込んでいく動きが見られる。



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」（ばんぶきん）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えてくるのは、「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。

「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いっても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
て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

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。

- 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。

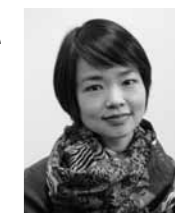
- 高校生向けに作成した『介護の仕事がよくわかる！ Care』は、全国の高校4800校・専門学校700校に配布、各校から大きな反響がありました。
- 介護事業者向けに『あなたの経営マネジメントは？ すべては経営者次第』を作成。
- 介護利用者がピークを迎える2025年に向け、『質の高い介護事業をいつまでも』を作成。
- 介護事業者のために『介護事業 労務管理マニュアル』を作成。
- 労働集約型のサービスである訪問介護事業の収益基盤・効率を上げるために、『生産性の高い訪問介護とは？』を作成。
- 3.11 東日本大震災の教訓を受け、「災害時には介護事業者は何をすべきか、また地域の市町村との連携はどうあるべきか」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。

これからも民介協は、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。

【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



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よいと思います。

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ひ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。

「病气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」

病气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いく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し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) カラーズ (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 見谷ビル 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)