

# 地研通信

発行人 雨宮 照雄  
編集人 駒田 亜衣  
発行所 三重短期大学  
地域問題研究所  
津市一身田中野157番地  
〒514-0112 電(059)232-2341

題字 岡本祐次元学長

## 第51回地域問題研究交流集会報告(要旨)

2015年11月1日(日)の午前10時から三重短期大学35番教室において第51回地域問題研究交流集会  
が三重県福祉セミナーとの共催で開催されました。

本会は午前の部として愛知教育大学名誉教授の増田樹郎さんによる基調講演「地域包括ケアのあり方  
を考える～医療と介護そして地域住民との連携のために～」と午後の部のシンポジウム「地域包括ケア  
のあり方を考える」で構成され、高齢・障害・児童福祉関係者、社会福祉協議会職員、行政職員、民生・  
児童委員、生活困窮関係者やその他関心のある方など約90名が参加しました。

今回の地研通信では午前の部の基調講演と午後からのシンポジウムの様子を掲載します。

### \*\*\*\*\* 午前の部 \*\*\*\*\*

#### <進行>

本日は「地域包括ケアを考える～医療・介護そして地域住民との連携のために～」と題しまして、愛  
知教育大学の増田先生よりご講演いただきます。

先生のプロフィールを簡単にご紹介させていただきます。先生は静岡県立大学、愛知教育大学などで  
ご教鞭をとられ現在は愛知教育大学の名誉教授でおられます。また、地域福祉、障がい者福祉論などで  
多数のご著書もございます。現在も愛知そして静岡で地域福祉関係の市町村委員をなされるなど多方面  
でご活躍中です。では、増田先生よろしくお願いたします。

#### <増田>

おはようございます。本日、こうしてお招きいた  
だきまして、地域包括ケアの話題について議論でき  
ますことを嬉しく思います。包括ケアという概念に  
ついては、先行的に地域包括支援センターというも  
のがありました。一体「包括」とは何なのか。「包括  
支援」ってどういうことなのか。この言葉が未消化  
なままなので、なかなかしっくりこないという方も  
多いと思います。しかし、今日、包括ケアシステム  
ということが医療・介護を通して私たちの生活に極  
めて大きな影響を持っているということは言うま  
でもありません。今日は長丁場ですけれども一緒に勉  
強してまいりたいと思います。

本題に入る前に少し話をさせていただきます。こ  
の27年から28年にかけて市町が包括ケアシステム  
とりわけ「総合事業」という介護予防施策を組み込  
んだことはよく知られています。この総合事業を平

成 28 年度までに準備しなさいというわけです。本来は 29 年度までの 3 年間で準備すればよかったものを、突然前倒しして 28 年度までに実施する市町は何らかの支援をし、29 年を予定している市町は何らかのペナルティがありますよというわけです。結果として来年度中に実施しなければならないとなれば、これは大変だなと思います。

なぜ大変なのかというと、いわゆる介護保険事業であれば、関係する専門職や機関をネットワークやシステムとして動かすとすれば、介護報酬等によるインセンティブ(政策誘導)があれば何とか可能です。ところが「総合事業」のように地域住民の協力のもとで地域のネットワークや態勢を作っていくとすれば、インセンティブは有効には働かない。地域からみれば目の前のエンジンよりも、自分の暮らし、とりわけ介護や医療の問題をどう解決するか、そういうことに深い関心があるからです。つまり、明日からの自分たちの暮らしが優先しますね。ですから、市町としても、どうやって地域に総合事業の仕掛けを作ればよいか、悩んでいるわけです。

### 団塊世代の老い

まず前半でお話し申し上げたいのは、地域をめぐる包括ケアについてです。さて、「老いにふさわしい色はない」というフランスの格言があります。一般にグレーや茶色などの「年寄り色」がありますが、格言は、老いてこそ自分らしさを表現する色合いがあるのであり、活動をいきいきと映し出していく色こそが老いにふさわしいというのです。これは高齢者の生き方についての一つのたとえなのです。すなわち、介護保険が始まった 2000 年以降、老いは介護と同じコンセプトで理解されはじめたけれど、高齢者がどのように生き、暮らしていくのかについて議論が進化したことはほとんどないのです。

たとえば、団塊の世代が高齢化の仲間入りをしました。この世代はよく考えてみるとパソコンは打てるし、相対として学歴も高く、社会活動のプログラム作りだってかなり得意です。戦後もっとも苦労した世代ですよ。マジョリティとして日本を担って

きた人々が高齢化したいま、この世代がお荷物になっているような議論が広がっているようですね。つまり、年金対策としての「2015 年問題」、認知症対策としての「2025 年問題」です。もしかすると、戦後の高度成長期をもっとも担ってきて、これから安心の老後を迎えようとしたときに、「問題扱い」されるのは心外かもしれませんね。

では、団塊世代はどんな老後を期待しているのでしょうか。少なくとも「老人対策」ではなく「老後施策」だと思うのです。老人対策に関心が集まるとそれは介護不安や年金財源の問題になってしまう。どうやって年金の財源を工面しようか、介護は誰が担うのかなどという話題になる。

でも、市町において、この団塊世代のマンパワーをどうやって地域に活かしていくのかという話題を積極的に取りあげてくれることは数少なかったのです。団塊世代の老いは、どこまで「老いの社会化」を実現できるか、老いの豊かさをどのように生き生きと描いていくことができるか。そういう議論をこれから重ねていくことが大切になってきます。これがまず申し上げたいことです。

もう一つは、「助けられ上手」から「助け上手」へということ。もしかすると介護保険はお年寄りたちを「助けられ上手」にしてしまった。つまり、老後に何かあったら医療や介護が何とかしてくれるだろう、という期待だけが膨らみ、それが老後イコール介護のイメージとなったというのです。まあこれまでの施策は、必要であれば介護や医療を使って自分の生活を作っていきますよというそうした政策をとってきたのですから、それもひとつの流れです。しかし、地域包括ケアの総合事業として提案されているのは、「助けられ上手」ばかりでは介護の財源が持たないので、「助け上手」つまり高齢者が助ける側へ回って、地域での様々な活動をとおして、要介護の人々を支えてください。そうした「助け上手」づくりをこれからやってくださいと言っているのです。方針転換なのです。「助け上手」はつくったことはなかったけど、「助けられ上手」はつくってきた。でも、これからはお年寄りといえども地域の中

で「助け上手」として活動してくださいと言いはじめたのです。

### 地産地消のサービス

そしてもう一つ、これからは地産地消でサービスやって下さい、全国展開のサービスではなく、まさに地産地消、一般的な言い方をすれば地域密着でやって下さいと言っているのです。だから市町の力量がいま問われているんです。もうすでに都市部では介護移住、新たな第二の介護移住が始まるのではないかという話すらあります。ニーズはあるのにこれを適切に充たすサービスが身近にないとすれば、どう介護や生活のニーズを満たしていくのかという課題があります。市町でそういったものをつくっていきましょうというのです。大雑把ですが、この3つが今回の包括ケアシステムのポイントだろうと思います。

それにしても私たちの高齢者イメージはどういうものなのでしょう。高齢社会はいつもマイナスのイメージで語られてきました。どの施策も高齢化は危機だという前提で語られており、年寄りが増えていくと社会は生産力が落ち、介護等の社会的費用が嵩むというシナリオです。それは大変だから介護予防やしましょうというふうになったわけです。でも、介護予防は実態としては失敗したのです。特定高齢者、二次予防という言葉はおおよそ馴染むことなく、思いのほか予防効果は浸透しなかったのです。

二次予防対象者になられた人のエピソードがあるんです。呼び出されて検尿を受けたときに、その男性は介護予防の網に引っ掛かるのが嫌なので、検尿の中に水を入れて薄めて持って行ったんですよ。そうしたら保健師がカンカンになって怒った。気持ちわかるんです。特定高齢者だよと言われたときに、何が今までと違うのかと違和感を持ったと思うのです。介護予防をどう効果的たらしめるのか。方針転換を図りつつ、新たな仕組みを作らざるを得ない。実は地域包括ケアシステムの中に、こうした流れが深く深く影響をしているんです。

### ビジョニングとは

他方で、ビジョニングという発想があります。ビジョニングというのは、明日の夢や希望を語ることです。ビジョニングというのは、高齢化していくことをマイナス思考ではなくてプラスの思考として考えてみたらどうか。人口増加が社会の豊かさなのか。ヨーロッパを見るとそうではありません。少子高齢化は戦後に家族計画として実施してきたわけですから、子どもを産まない、産まれないとことさらに取りあげるべきでもない。だからこそ、私たちは少子高齢化のもつ豊かさをビジョニングとして語ってもいいのではないかと。マイナス思考に対してプラス思考で高齢化や地域を考える必要があるのではないかと。そう思っています。

老いにはドミナントストーリーがあります。ドミナントというのは支配的という意味です。つまり年寄りというのは養われる者、依存する者、生産性のない者というイメージが高齢者観として定着しているのではないかと。でも、こうした高齢者イメージというのはお年寄りたちにとってみると座り心地が悪いんです。認知症や要介護の本人にとってサービスを使っていることに遠慮がある。サービスを使っている家族はそれだけの保険料を払わないといけないのではないかとという声が聞こえてくると、家族を支えていこうなんて気持ちがどこか萎えていくんですよ。だから、私たちをとらえている介護観を変えようではないかと。オルタナティブと言いますが、これまでの老いのイメージに代わる新たに共有できるイメージを作っていこうではないかと思えます。その一つは「介護を要する人」ではなくて「老いを生きる人」として老後の安心を共有化していく必要があると思えます。

けれど、包括ケアはそれを支えてくれるのか、それを助長するのかというところが問題なのです。包括という言葉の持っている怪しさというのは、地域を包括的に考えて地域全体で介護や老いを支えていきましょうというスローガンのなかに、施策として取り組むべき「問題」を、地域や住民に投げ返すレトリックが含まれているように思うのです。総論としては正しいけれど、問題を置き替えるかのような

意図も感じるのです。英国のR. ピンカーも同じ指摘をしています。包括的に地域ぐるみでという捉え方だけをしていくと、介護や病のリアリティが薄らいでいくんですね。結果としては地域の問題に帰されていくところがあるのです。これは政策的な仕掛けです。



### 一本の松のころ

俗に「松ことは松に習え」(芭蕉)と言います。介護というのは、一人の身の上で一つ一つの暮らしの課題を解きほぐしながら老いを支えていくところに本来の姿があります。「松に習え」というのは、松を100本並べても、スギやヒノキと比べたとしても、1本の松の心はわからない。だから、松を知りたいならば、1本の松そのものに尋ねなさいよと言っているのです。

私は以前から介護心中、介護殺人の裁判を傍聴したりしています。なぜ裁判に関心を持つかという、長く連れ添った夫婦が介護の中でそのつれ合いを手にかねなければいけないのか。介護保険が整備されてきて介護心中がなくなっていないんですが、最近では話題にもなりません。でも、その介護の中に何が起こったのか、愛する者を手にかねるそこに何がこったのかと…。つまり家族の風景、介護の風景が本当に私たちには見えていないのではないかと。もしその風景が私たちに見えてくるのであれば、私たちはもっとそこに寄り添って地域の中で支えあうことができるのではないかと。介護心中があつてから、

みんなでかわいそうだから考えましょうというのは、どう考えても後手々々ですよ。要は、一本の松のころを私たち介護のスタートにしていくことが大切なのだということを確認させていただきたい。

### 不信のモデル

さて、これから本題です。ヨーロッパの医療介護政策を考えてみると、「信頼のモデル」なんです。それに対してこの国のモデルは「不信のモデル」なんです。これは間違いないと私は思っています。不信のモデルについて先にご説明しましょう。

為政者は公共の利益を建前として、費用対効果を再優先にします。今までの介護政策を振り返ればわかります。リハビリテーションの180日規定しかりです。ご承知のとおり、リハビリがあれば良くはならないけれど何とか現状のレベルを維持できる。しかし、これ以上やっても医療費の無駄だからとそこで打ち切られてしまう。リハを打ち切られた後の暮らし方というのは、要介護へまっしぐらです。象徴的なことは費用対効果があるかないかということです。

次いで、専門職は利益誘導でコントロールできる。信頼すべきは専門職の倫理や良心の問題ではないのです。報酬単価を上げたり下げたりすればいいのです。たとえば、私は年間30～40件ほどの新規あるいは更新の事業所審査をしています。グループホームなどを作るといった時の審査です。最近の株式会社のみならず、社会福祉法人、医療法人でもそうですが、どうやったら利用者さんからお金が取れるかという話題が多くなっています。自分の老後を託するほどに良いサービスを作りたいと語る人は10件に1件くらいでしょうか。あとはいかに費用対効果を上げながらうまく運営するかです。例えば入所一時金、退所一時金、前払金などがそうです。

社会福祉法人などに対しては、この収入を何に使いますかと質問します。ほとんど理由はありません。取れるときに取っておきたいと。では、このお金はどういうふうにご利用されますかと訊きます。そこに

も方針はない。では、退所するときにはきちんと返却されるんですねという、その気はないという。本来はきちんと口座を作り、利用者が退所するときには適切に返却するというということなんです。でも入所したい、利用したいと思った時に、事業者から「前払金をいただきます」と言われたら、多くの人は必要経費として払うんです。これが本来の「利益誘導」という意味なんです。専門職が行う利益誘導であるし、国が行う利益誘導でもあるのです。

もう一つ、利用者というのはサービスを使う必要がないのに、不必要に使っているではないかという不信です。病院へ行って余分に治療や薬をもらっているではないか。そういう不信感が利用者の方に向けられている。だから、この部分を適切にコントロールできるようにしたい。介護保険も医療保険もこういう考え方が根底にずっとあるということです。

ところが、ヨーロッパのいくつかの国を見ると、まず為政者は有効なシステムをとおしてサービスを保障する。専門職もその倫理性をとおして、サービスの質を担保しつつこれを享受できるように努める。そして利用者はそうしたシステムや専門職への信頼をとおして、適切にサービスが受けとっていく。それこそがかって医療費を抑制することができる。こうした信頼の循環があるとも言えます。

不信の循環からすれば、例えば、介護認定を受ける人の大体2割ぐらひは、サービスを使わないのに認定を受けています。認定審査は大体1件1万円かかりますので、これだけでも億単位の無駄が生じます。制度不信があるから、認定審査を受けておいていつでも使えるようにしておこうという気持ちが働きます。でも、この2割がいつでもサービスを受けられるんですよという情報をきちんと持つことができれば、わざわざ必要のない認定審査は受けないのです。保険者が悩んでいるところのひとつです。私たちが持つ不安や不信というものが、今までの医療や介護の政策の中にあるのだということは理解してほしいと思いました。



### 2015年の高齢者介護

周知のように、『2015年の高齢者介護』というレポートが2003年に公開されています。地域包括ケアシステムは、その2003年のレポートのなかですでに試案が示されています。そして介護保険の制度は、この中に書かれていることが一つ一つ実現されているのです。2015年には私たちの国はこうなります。そのために地域密着型のサービスをこれからは増やしていきます。市町の権限を強化します。こうした青写真が示されています。市民はほとんどご存じないのですが、この時からもう在宅に移行するという方針はあるんです。

先日、安倍さんの発言に「介護離職ゼロ」がありました。あるいは団塊世代の受け皿として老人ホームを作りますとも。私はそのスピーチを聞いて、「私の老後は老人ホームなのか」と思いました。というのも、地域・在宅に暮らすというのは、こらからの私たちにとって、基本中の基本施策なんです。老人ホームにはいろいろサービスが集約しておりますが、そこが終の棲家になるわけではありません。これも利用しつつも、地域において私たちの暮らし方を実現していこうとする。これは揺るがないことです。団塊世代が多床室（これは4人部屋のことですが）に入れられて我慢できるとは思えません。団塊世代にはインターネットの付いた老人ホームが似合うのかもしれない。そうした新しい世代の高齢者たちに見合ったシステムをどう考えていくのかという議論は、さきほどのレポートあたりから始まっているのです。

ところで、在宅地域と言いながら、日本は「住宅政策なき福祉政策」だったのです。住宅のことは個人の責任のことだから、とりあえず必要に応じて仮住まいとしての老人ホームなどが用意されたけれど、それは住宅、住まいとは言わなかった。それがこのレポートから主たるテーマになったのです。住宅政策があればこそ、私たちは地域在宅に暮らせるという可能性を大きくすることができるのです。実は1970年代から住宅政策はあるのですが、それは施設政策でしかなかった。一人一人の個性ある暮らし方を保証するためには、住宅こそが重要だという政策が不可欠なのですが、その部分は二次的でしかなかった。グループホームなどの形はイメージされたのですが、なかなか本格的な住宅政策にはならなかった。

ところが、ここにきて国交省あたりが、サ高住つまり「サービス付き高齢者住宅」をどんどんと作りはじめた。あたかもこれが新しい高齢者の住み方、住まい方だというように。とは言え、このサ高住がどうしようもなく質が悪いんです。たとえば、地域密着型サービスに小規模多機能型や定期巡回型サービスなどがあるのですが、サ高住は利用者集約型ですので、利用者が地域に分散して住む在宅地域型よりもより効率的に提供できます。つまり、一カ所に利用者を集めて、そこにサービスを届ける方が効率的なのです。これがサ高住の建設の動機づけの一つになっています。

先日も駅前の便利なところに分譲、有料老人ホーム、サ高住を含む10階建ての総合マンションを建てる計画があつて審査をしました。サ高住が上の階で、下の階が有料老人ホームです。でも、サ高住の方々が1階に降りるのにエレベーターは1基だけです。何かあつてもサ高住の方は最後尾になります。貧富の差が命の差になりかねないのです。いま私たちにとって住み方は生き方につながっています。それが包括システムの極めて重要なテーマのひとつなのです。

## 2025年の介護

さて、その後『2025年の介護』という報告が出ました。これは2013年出たものです。周知のように、2015年のシナリオは2025年のシナリオで大きく変わりました。これが転機です。すなわち、「病院完結型」から「地域完結型」へという大きな転換です。

言うまでもなく、病院中心でやっていた医療にとって、地域完結というためには在宅医療システムがそこになければなりません。でも、在宅医療に関心のある医師はまだ少数派です。静岡県のある市町では、主治医一副主治医制度をつくっています。つまり一人だと負担が大きい。主治医も継続的に担うには自信がない。そうした時に副主治医がいれば、情報を分け合い、連携しつつ在宅を支えられるのではないかという試みが始まっています。いわゆる尾道方式などは、病院連携、病診連携などが見事に実現した成功例でしょうか。

もう一つ、その枠組みの中で、サービスや住まいが提供されていくという考え方です。つまり、様々な地域密着型のサービスができた。グループホームも小規模多機能もその他いろいろです。ただ、残念なことは、市民の方々にほとんど適切に情報が伝わっていないのです。イギリスにおいてサッチャーとブレアという二人の首相のブレーンであったルグランという研究者がいます。このルグランは、医療費が無料ならば、市民は等しく医療サービスを使うだろうと考えて、綿密な調査をやったそうです。無料であるならば貧富の差は関係ないはずなんです。その結果をみると、貧しくて介護や病の問題を抱えている人ほど、たとえ無料であっても医療のサービスを使っていないのです。お金があつて情報の選択ができるならば良い医者、悪い医者を選べるんです。

こういう報告を聴いて、こう思いました。当事者になったとき、「助けてください」「支えてください」と声を挙げるのがいかに難しいことかということ。必要なサービスを使いたいと思つても、どれがふさわしいのか選べない。うまくサービスを選んだとしてもそのサービスが大丈夫であるかどうか。つまりサービスを選ぶことの難しさがあるのです。相談

支援があるかどうかは、適切な情報が得られるために大きなインパクトをもっています。声を挙げ、必要な情報を得て、適切な選択をすることの重要性を、ルグランは教えています。

「2015年の介護」から「2025年の介護」への過程で重要な転換が起こっていると申し上げました。詳しくはお話しする時間がないのですが、たとえば医療日数の短縮、重度化に対する対応、施設の重度化、そして人材の確保の問題などがこの転換の中に起こっているということだけは押さえておきたいと思えます。

### **ケアシステムの変容**

さて、介護支援に関して厚労省の政策を顧みると、第1期は地域で困りごとを解決するための「地域支援」、第2期は家族介護の限界のなかでの「生活支援」、第3期は在宅での介護に対する「自立支援」、そして第4期が地域包括ケアシステムを軸とする「包括的支援」というふうに変ってきています。第3期では自立支援、自己責任ということが強調されていました。介護されるご家族にとってみると、この時期は少し生活しづらかったかなという印象をもっています。地域での包括支援が話題になっているのは第4期つまり現在となります。

地域包括ケアというのは、機関連携と地域連携という二つの連携が軸となっています。車の両輪なのです。前者は在宅医療の難しさがあるにせよ、多くの専門職が地域ケア会議等で議論を重ねていますのでうまく展開していこうと思っています。他方、地域連携に関しては、これまで地域福祉に取り組んできた市町と、そうでない市町とでは、大きく格差が出てくるだろうと思います。社協やNPOなどの諸団体が地域と一緒に考えていく取り組みをコツコツ積み上げてきた市町は、慌ててはいません。この差は大きいのです。

私は昨年来、人口1万人余の伊豆半島の町に通っています。この町の地域包括ケアセンターのワーカーさんから、お声をかけていただきました。このま

までは包括ケアシステムが間に合いませんというのです。たとえば、一人の認知症の方が行方不明になって海に落ちたのではないかと探し回りました。でも探し回って見たけれど関係機関の連携も地域住民の連携も全くないことが分かった。認知症の方を地域で支えていくことが絵空事にならないように、勉強会を立ち上げて、私を呼んだのです。関係機関と住民が集まり、勉強会を重ねて、勉強会を踏まえて包括ケアシステムを作ろうということになりました。最後の仕上げの段階です。実現しなければ住民の老後も地域も支えられないと住民は覚悟したんです。

でも、問題は行政にも専門機関にもありました。つまり構想を実現していくための覚悟、何よりも汗をかくことがないんです。地域を興したり、地域の資源を開発したり、住民同士のネットワークを作ったりすること。社協にも期待していますが、つなぐ力が不足している。新たなシステムづくりをどうやって自分の町でやればいいのか。国のモデルを踏襲するだけでは実現できるものでもない。多くの行政の悩みが尽きないところです。

### **自助、互助、共助、公助**

たとえば、地域包括ケアのモデルについて、厚労省は自助、互助、共助、公助の4つの概念を紹介しています。そこでは、自助のことを自己責任と言っています。私はそうは思わないです。自助とはセルフケア支援と呼ぶべきです。セルフケアを実現していくための支援のことを「自助」というべきなのです。互助にしても、住民による支えあいなんだと言っています。ここは間違いはないですが、ただ支えあいを可能とする地域づくりが基本です。共助について、国は保険制度だという。でも保険という形ではなく、相互支援システムこそが共助なんです。目に見えない相互支援システムを作っていかなくは、共助は成り立たないのです。そして最後に公助です。国は自助、互助、共助ができなかったら補完的に補うことを公助であると説明します。でも、本来は自助、互助、共助がうまく機能するために、これを統合していく支援が公助なのです。住民の信頼は得るためには、公助は脇役になってはダメなんです。住民と

一緒に額に汗して作っていかなくてはならないシステムなのだということを強調したいと思います。

自己責任論というのは、制度運営が難しくなると必ず話題となります。最近では、介護離職 10 万人の話題でしょうか。もう 5 年も 10 年も前からこの問題はあったのです。統計を見るとずっと 10 万人前後で推移しています。女性たちがその 8 割です。離職された後、自らの生活を崩してまで家族を支えなければならないというこの生活設計には無理があります。

あるとき、介護が終わった後の再就職はどうなりますかと言ったら、親が死ぬことを想定するのかと叱られました。でも、人生の長いスパンの中で介護離職の問題を考えていかなくては、自ずと離職をされた方の老後が辛くなりますよね。「昔 8 年、今 40 年」と言います。多産であった昔は、子育てが終わってから女性の命は 8 年しかなかったんです。今は子育てが終わって女性の命は 40 年ほどある。この 40 年の生活設計を介護で潰すわけにいかないじゃないですか。だから自己責任論はどこか脇に置いて、女性の老後が安心して生活できるものにしていく必要があるのです。母子世帯、老々世帯の貧困率はアメリカに次いで世界 2 位なんです。そういう意味でも大きなテーマなのです。

### **総合事業とは**

総合事業の話をさせていただきます。資料にもあるように、住民主体の多様な活動、サービスの開発が総合事業の骨子です。高齢者の活動、認知症の人の支援などが盛り込まれています。この事業の課題の一つは、司令塔がないことです。今までは行政が司令塔でした。でも、住民主体で地域を軸にネットワークを形成していくとき、行政ではない司令塔が必要なのです。住民集会に行政や社協の方もどんどん入ってきて一緒に顔を突き合わせて議論をしていくような時代になりました。だから、陳情や苦情ではなく新たなパートナーシップの形成なのです。お互いの限られた力を合わせて地域を作っていくことなのです。そのために地域の中に司令塔をつくり、

こんなふうに作りたいという希望をどんどんプログラムに載せてそれを実行していくような役割が必要なんです。

誰かがやってくれると言っても、区長さんや民生委員さんばかりではしんどいですよ。諸団体はみんな潰れてしまって、老人クラブもどんどん減り、女性の会も高齢化が進み、子供会や青年会は殆ど機能していないでしょう。区長さん、民生委員さんだっただけで欠員がどんどん出てきて、なり手がいない現象があるじゃないですか。

たとえば、だれが認知症の見守りを担うのか、これひとつでも大きなテーマです。愛知県の北部の市町でお手伝いした時に、認知症の見守りネットワークを作りましょと、包括支援センターが軸になってネットワークを作ったんです。認知症の方がお散歩(徘徊)に出られたら見守りができるように、4 年かけて実現しました。あるとき、模擬試験をしたんです。何かあれば携帯が鳴るようになっていました。でも、関係する市民はほとんど出てこなかったのです。自分が出なくとも、誰かが出るだろうとみんなが思っていたということです。誰かの問題であっても私の問題ではない。これが地域ということの難しさなんです。認知症だけではないんです。

今春から、厚労省が発表して脳梗塞、認知症、糖尿病などの生活習慣病、生活不活発病、終末期ケアなどは、これから病院・施設ではなく在宅・地域で看るという方針を出しました。急速に病院から地域への流れは、政策的に本格化するということになります。

ある終末期の患者さんのご家族のお話では、入院中に治療はいいので、ゆっくり最期を迎えさせてくださいと言ったら、もう治療の必要がないなら退院して下さいと言われたそうです。在宅に変えたところで、地域には適当な医療・介護がないというのです。在宅はいったい誰が支えてくれるのか。買い物だってある、洗濯掃除だってある。そうした日常の細々とした生活全体を家族だけで支えていくことの大変さが問われているんです。

先進的な市町を見て歩くと、お医者さんたちや保健師さんたちが地域に出て行って市民と一緒に学んでいるんです。脳梗塞を在宅で見る場合、私たちには介護のノウハウがないんです。でも、お医者さんたちと一緒に、脳梗塞のケアとはこう考えるんですよ、いつでも私たちがお助けしますからと言われれば、どれだけ大きな安心を得られることか。緊密な学びあいと支えあいを市町でやっているところもあるんです。生き生きと動いているんです。包括ケアセンターはそうした市民と医療介護を支え、つなぐ仕事をすることで。

前述のように、6つの症例を地域・在宅で支えてくださいと厚労省は言いました。都市部などはケアマネさんが悲鳴をあげています。この人たちを在宅でどう看るのということです。そこに寄り添う医療、看護、介護があれば、自分らしい生き方・暮らし方が、つまりは生活設計や人生設計ができるのですが、それがあのかどうかには地域格差があるのです。かつてイギリスも同じような状況を抱えていたときに、R.ピンカーという学者が「為政者というものは、施策に行き詰まると、ボールを地域に投げ返す」というレトリックを使うと指摘しています。この受け手がしっかりしていないのにボールだけ地域に投げ返すというのが、総合事業の現状なのだということです。つまり受ける準備を医療や介護をとおして包括支援センターを軸に準備している市町は、ボールを市町流に受けとめることができます。市町も、住民にこれだけ任せるんだから、行政として一緒に汗をかこうというのでしょう。我が町らしいものをつくっていかうじゃないかという声をあげているところは、厚労省の意向など気にしていませんよ。自分たちの町のいのちとくらしは自分たちが守るんだと。そんな市町を訪ねた時はいつも目を開かれるのです。

### 生活支援コーディネーター

さて、生活支援コーディネーターにも触れておきます。「サイレントプア」というテレビドラマがありましたね。大阪の豊中市社協がモデルでした。モデルになった女性ワーカーは、フル回転で全国を飛び

回っているようですけれど、地域で困ったことがあれば真正面から受け止める社協の姿があります。行政やいろんな機関に結び付けながら、働きかけを根気よくやっている。すごいなと思うんです。ただ、あちこちの市町を見ると、包括ケアシステムの中に社協が入っていないんです。これが不思議なんです。コツコツ地域の掘り起こし、人と人とを結び付けて、夜も日曜も集会に出ていく社協が全然関わっていないのはなぜか。あちこちの市町に行くと、包括ケア構想に社協が入っていない。そうすると社協は事業体として介護保険事業等のサービス事業ばかりやっていて、大事な地域の皆さんとの共存してやっていくことが減ってきたのかもしれないという反省も聞こえてくる。事業主、事業所としての社協は、偏った姿です。包括ケアが上手くいくには、社協との連動が欠かせないのです。

生活支援コーディネーターが存在感を示すためには、地域のアセスメントをやり直さなくてはいいかなと思います。そのアセスメントのやり方として、資料に示していますように、地域の課題をテキストマイニングを使って分類し、住民の声と地域課題を類型化していくことが有効です。付箋にランダムに書いてペタペタと貼っていきます。課題を仕分けしていくことで、地域の様子が類型化できます。子育ての問題、ゴミの問題なんでもいいのです。つまり僕が仕掛けていることはアクションミーティングなのです。アクションミーティングを前提とした連携をとっていきましょう。例えば医療が心配ならば、関係する専門職とのミーティングを開く。未来図を描くために必要ならば行政関係とのミーティングを開く。住民からアクションを起こすと、これに応えない関係者はいないと思います。

厚労省はこれから来年に向けて全国の生活支援コーディネーター候補者を呼んで研修しています。研修を受けて地域に戻ってきて、地域で生活支援コーディネーターを広げていこうとしているんです。

でも、気になっていることがあるのです。たとえば、パナソニックのテレビを買って映らなかつたら私たち怒って返品しますよね。でもサービスは、私

たちにとってどれがいいサービスか見分けるのはとても難しいです。市民向けの講演をするときに、良い老人ホームと悪い老人ホームの見分け方、良いケアマネと悪いケアマネの見分け方という話をします。皆さんニコニコしながら聴いてくださいます。老人ホームに行ったらそこを見よう、ケアマネさんはここを尋ねようと。見分けられなかったら返品できないんですから、真剣です。

生活支援コーディネーターは地域の声から資源を掘り起こし地域アセスメントするという。かつてのケアマネジャー養成に似て、クオリティーオブライフを知らない生活支援コーディネーターがまた生まれて、怪しげなお世話役を作るわけではないんです。改めて生活支援コーディネーターの位置づけこそが、包括ケアシステムが上手くいくかどうかの大きなバロメーターです。

地域ニーズを把握する。アセスメントする。改めてこの地域はどういう地域なのかということ把握する。資源を作る。人と人とを結び付けたネットワークを作る。これはものすごく高度な技術で、日本の福祉の世界ではあまりノウハウの蓄積がないんです。イギリスだって30年かかりました。例えばコーポラティズムというのは、地域生協ですが、みんなです。これだって一つの知恵です。工夫です。そうして長く準備した国々と比べると、日本はあまりにもインスタントすぎる。

### 認知症を支える

さて、終わりが近づいてまいりました。最後にふれておきたいのは認知症を支えることです。静岡県西部に地域福祉に熱心な市町があります。そこで住民の方々30人が3日間ほど認知症の方々を支えていくための体制を地域に作りましょうという目標で学習しました。3日目にはアクションミーティングとして各グループからアイデアの発表をしました。すごく期待しておりました。

しかし、結果としては、認知症になったら地域に

迷惑かけても大変だから病院や施設に入るのが良いのでは。私たちの関心はどうしたら認知症にならないかという予防なのだ。認知症予防こそ大切だ。そういう内容でした。これを聞いた時に足が震えました。3日間何を学びあったのだろうかと思って。学びの過程では、全国の認知症をサポートする活動やシステムもたくさんご紹介したんです。でも、この発表は、よい意味で本音なんです。ある意味で、「支えあう地域」などということが、たとえば幻想でもあるのだということをお話しています。「終わり良ければすべて良し」ということばがあります。そのすべて良しと言えるようないのちの営みを誰しも病院や施設だけで過ごしたいと思わない。たとえ認知症になっても地域で生きていけるんだということを確認しつつ学んできた。老いること、病むこと、障害があることを専門家に委ねてしまってかつての私たちの過ちとは何だったのか。地域で私たちの家族を支えていくということの大切なきっかけを手放すことはできません。あらためて皆さんにどう申し上げました。

3日間の研修がそれで終わりました。私の言葉が皆さんの気持ちに通じたと願っておりました。包括ケアシステムが私たちに対してインパクトがあるとすると、改めて地域で病むこと、老いることをどうしたら自分の暮らしの課題として、一緒に考えていけるか、取り組んでいけるかということでしょうか。そういう意味で言えば、包括ケアシステムは、いろいろと批判はありますけれど、少し逆手にとって私たちの新しい地域づくりのスタートラインにできたらなと思っています。

### 支えあうということ

ひとつ例を申し上げます。ご夫君が亡くなられて奥さん一人になってしまった。寂しくて、時々頭が痛い救急車を呼ぶようになる。日本にはグリーフケアのようなバックグラウンドは何もないんですよ。私の母もそうでしたが、仏壇の前はずっと座ってブツブツ言っている姿しかない。その女性も仏壇の前だけが生きがいだという。そうしたら隣近所の女性たちが、私たちが支えてあげるからと言っ

で区長さん民生委員さんと一緒になってチームを組んだ。辛かったらいつでも電話してくださいと声をかけたんです。そうしたら、夜となく朝となく電話が鳴るんですよ。私たちにも生活があるから相談支援なんてできませんよとなって、区長さんが女性の了解のもとに結局病院へ移したのです。

確かに一人一人の住民の善意や協力は、大事なんです。でも、市民任せだけでは、相当な自己負担があります。だからこそ、事業者や専門職の方々が地域へ貢献するという意味で、そのノウハウを還元して下さるとうまくいくんです。生活支援コーディネーターがやるべきはここなんです。こっちではないんです。

最後に、コミュニティカフェ、認知症カフェがあちこちに少しずつ増えてきました。月に1回ではありません。1週間に1回でもありません。だんだん月曜から金曜まで、ワンコインでコーヒーを出しているところ、お菓子を食べながら団らんするところ。そんななか、認知症カフェという呼称に異議がありました。認知症の人だけが集まるカフェというイメージにです。カフェというのは治療する場所ではありません。住民同士がおしゃべりをして過ごす団らんの楽しい場所なんです。誰でも集える。そこに行けば200円、300円の食事が食べれて、ワンコイン100円でコーヒーも飲める。こういう開かれた空間や場所が広がっています。ぜひ地域包括ケアのあり方の一つとしてお考え下さればと思います。これをもって基調講演を終えさせていただきたいと思います。長時間のご静聴をありがとうございました。

### <進行>

増田先生ありがとうございました。ではこれから質疑応答の時間を取らせていただきたいと思います。先生の方からもぜひ会場の皆さんと議論をしたいとおっしゃっていただいておりますので、どうぞご遠慮なく挙手いただければと思います。

地域包括ケアシステムのことだけに限定せず、今回の先生の講演をお聞きいただいたご感想だったり、

日ごろ皆さんが思っていることをこの場を借りてということでご発言いただいても結構ですのでいかがでしょうか。

### <質問者①>

施設をやっております。倉田と申します。昨日認知症の家族の研修会がありまして現場を見せていただいたりしました。先ほど先生がコミュニティカフェのところで認知症という言葉を使うと失敗するよとか誰でもが入れるような関係づくりをとおっしゃって見えたのでその辺りをもう少し突っ込んでお話を聞ければと思います。

### <増田>

地域の中に「居場所づくり」をしようという動きがたくさんあって、ある地域包括支援センターはセンターの前に年中椅子を置いて、市民に気軽に寄っていただいて、それがサロンのものになっています。居場所という言葉は、たいへん意味があつて、ヨーロッパなどのタウンモビリティというのは、サービスを届けてあげるのではなく、その方と一緒に買い物にお連れすることなのです。実は発想の転換なんです。

在宅にヘルパーさんが行くのもいいんですが、車いすを押して買い物を楽しむ、おしゃべりを楽しむ、スーパーマーケットにそういう方々が集える場所がある。そうすると私たちの暮らしがアクティブになりますよね。

そして、これはお叱りを受けたんですが、「オムツを付けて街に出よう」と。たくさんのお年寄りたちが失禁を恐れて出歩かない。最近は良いオムツもあるのでそんなこと気にしないで行きましょうというキャンペーンをしたり。地域の中に居場所を作ることが私たちの住み方、生き方の大切な在り方なんだということを確認したんです。認知症の方にとっては家の中にずっといるというのはつらいですよ。私の知り合いは娘さんが働いているんですがお母さんが認知症です。そうすると娘さんは出かけるのに全部カギをかけるんですよ。お母さんにオム

ツを付けて出かけていくんです。カギをかけてパンと牛乳を置いていくんだそうです。ある日、帰って見たら畳が濡れていたんです。ああ失禁したんだなと思います。でもお母さんはその濡れた畳、布団に座ったまま、自分の肌で温めていた彼女の着替えを渡してくれたのです。母親を預ける場所として、デイサービスがあるじゃないかとイメージします。でもそうした専門的な入浴やサービスではなく、一人ひとりの居場所に気づき、これを大切にすること。彼女にとっては、失禁があっても待っていてくれる母親との関係こそ、共に居場所なのです。

その最初の声を上げた方たちが、認知症の家族会だったんです。自分の家族の居場所を作りたい。そしてさりげなくそこで認知症があっても一緒に地域の住民の一人として生きていけるんだと。空き家を利用してもらえばいい。空き家でちょうどいい。コミュニティカフェは、地域で支え作り上げる普段着の居場所だと思ったんです。



#### <質問者①>

ありがとうございます。普段の生活をできるような場所、自分らしい自分の時間をとれる場所をみんなで作っていければいいのかなと自分なりのものが見えてきました。ありがとうございました。

#### <増田>

かつて長崎に琴海町という2万人ほど町がありました。ここは女性たちが勉強会をし、何も使われていない集会所に簡単なキッチンと個浴でいいからお風呂を作ってくれと町に嘆願したのです。その間も

女性たちは勉強しました。それが琴海町版カフェのひとつなんです。私たちと一緒にご飯を作ろう、お風呂にも入ってと。

別の町の事例では、夕方薄暗くなると何やら寂しくなりますね。そこでは夕方の「水戸黄門」を一緒に観て、月に1回は一緒に食事をする。さりげなくそんな試みをやっています。

人は孤独には耐えられます。が孤立には耐えられないんです。誰かの声が聞きたい。誰かと話したい。その誰かが浮かばないような私たちの生き方・暮らし方は辛いものです。だから孤立をしないつながりをつくる。そんなものをつくっていこうというのが包括ケアのひとつでもあるのです。私たちの地域がさりげなくテーマになり始めた一つの象徴がカフェなんです。

#### <進行>

ありがとうございました。その他の方いらっしゃいませんか？

#### <質問者②>

みえ医療福祉生協の寺崎と言います。ご講演ありがとうございました。

私たちは地域に作ろう3つのチャレンジということで、居場所と地域のつながりマップ、それから生協の支部を作ろうということを発信して活動しています。いま先生がおっしゃられた4つの視点で整理する、機関連携と地域連携の4分割それと地域包括ケアの認知症の例を出しながら、ご近所福祉のところは、地域のつながりマップという連携図を作ろうと現在取り組んでいます。特に⑩の図なんですけれども、これをどういう形で表すのか。縦と横の軸で、日常生活で支援の必要なものを一番上にして下に行くほど公共性の高いもの、そして右軸をどこでどういうサービスを繋げられるか。サービスの提供内容、住民福祉も含めてそういう表をようやく完成しました。その考え方の中に4つの分割の表を入れるとより明確に、⑩番の表が縦と横のマトリックスで表せるということで非常に自信が持てました。もうひと

つ私たちはパラダイス行くわということで認知症カフェという言葉を使わないようにしています。認知症カフェはどうしても包括に課題が与えられるものですから無理やり認知症カフェをやるんですがほとんどシルバーサロンと変わらないことをやっている。

私たちは障害があったり独居であったり、何でも始めは暮らしの学校というものをやっていたんですが、これは勉強なので面白くないということで、そうしたらいつでも来られるということで、餅ピザをやったりパエリアをやったりとかしてパラダイスいくわという名前にしました。それは介護施設や医療機関にするとそこに行くというイメージができるので、要はカフェが先に出ないといけないということで、医療関係者や介護事業者ではなくて、組合員がそのカフェを見るという形で今やっています。

包括の方が見学に来られたりしますが、時に包括のコーディネーターさんであったり、保健師さんであったり認知症専門の介護士さんが来たり、場合によっては行政の方が来られたり、そういう場を自然に作っていかないとやはり構えて来ないようになる。たまたま診療所が近くにあるものですから、その診察にあわせてきた時に帰りにそこに寄ろうよとか、夫婦でお出かけの時にお昼はそこで食べようよとか、私どもは300円ですがそういう場所を作っています。それを居場所にし、それを住民につなげていこうこれからそういうものを展開していきたいと思っていますので、今日のお話はものすごく参考になりました。ありがとうございました。

#### <増田>

居場所と言いましようか、カフェとかを作るときにいわゆる地域の生活動線でアセスメントした方がいいと思います。とんでもないところに作ってどうぞと言ったって足がないことがバリアになります。今おっしゃったように病院に行ったり何処か行ったりするなかで作らないといけない。地域の方々の生活動線の中にさりげなくカフェがあるといいな。社協にはそういったところでアセスメントしていただければなと思っています。デイサービスにはケアが

あるじゃないかと言われた時に、そういう場合、お年寄りが主役ではないことが多いのです。はじめにプログラムがあって、一日そのプログラムに則って行く。つまらなければ一日中新聞を読んで座っているお年寄りたちの姿を見た時に、哀しくなりました。そうではなくて、カフェというのは一人一人が主役になるところなんです。ここは大事なポイントだと思います。子供さんたちのカフェもあるんです。お母さんたちが子育てをするのが大変だということでカフェを作りました。自分の赤ちゃんを連れて行って交代で赤ちゃんを見ながらコーヒーを飲むようなカフェ。お年寄りたちが行きかう場所で一緒になって子育てをする。子育てサロンがあるじゃないかとも言われますが、そこはカフェ的なものを作っていくほうが楽しいですね。そういう試みもあるので、先ほどご紹介いただいた話題はとてうれしく感じました。

#### <進行>

ありがとうございました。これにて基調講演を終わらせていただきます。増田先生ありがとうございました。

\*\*\*\*\* 午後の部 \*\*\*\*\*

<進行>

では、定刻になりましたので午後の部を開始させていただきますと思います。午後からは「地域包括ケアのあり方を考える」と題しましてシンポジウムを開催したいと思います。シンポジストのご紹介をさせていただきます。津市健康福祉部高齢福祉・介護保険担当参事の南条様、名張市地域包括支援センター長の田中様、菰野町社会福祉協議会事務局長の福田様、津地区医師会在宅医療担当理事の草川様です。

そして、引き続きコメンテーターといたしまして増田先生にお願いをいたしております。ここから先の進行につきましてはコーディネーターの武田先生にお願いいたします。

<武田>

午後のシンポジウムですが、午前の増田先生の基調講演を受けて「地域包括ケアのあり方を考える」ということで4名のシンポジストの方の報告を予定しております。進行についてですがお一人ずつ報告をいただいて増田先生からコメントをいただくという形にして報告をいただきたいと思います。

今回一つの結論を出すというふうなことは考えておりませんので現状を確認する。また私たちの地域の中でどういう問題があるのかそういったことを共有できればと思っています。それでは、南条さんの方から報告をいただきます。お願いします。

<南条>

皆さんこんにちは。只今ご紹介いただきました。津市の南条です。本日は第12回になりますセミナーにたくさんご参加いただき、また津市の方にお越しいただきましてありがとうございます。私も午前中の増田先生の基調講演を聞かせていただきましたが、とても分かりやすく勉強になりましたし、心に響いてくるような話し方で感動を覚えました。私自

身はこんなに大勢の前で話することはあまりないので大変緊張しておりますが、どうぞみなさんよろしく申し上げます。

本日の私のテーマですが現在、地域包括ケアシステムの構築は市町村の大きな課題となっております。医療、介護、住まい、生活支援、介護予防が一体的に提供される地域づくりをしていく必要があります。その中で平成27年度の介護保険制度の改正がされました。本日は、制度改正のひとつにも挙げられております。地域の活動にリハビリ専門職を取り入れる地域リハビリテーション活動支援事業の津市の取り組みを紹介したいと思います。まず、制度改正に伴いこの5項目の取り組みを充実、強化していくこととされておりますので、現在の津市の取り組み業況について説明させていただきたいと思います。



まず一つ目の医療と介護の連携についてですが、4番目にお話ししていただく草川先生にも大変お世話になっているのですが、お医者さんとか看護師さん、医療現場の方、ケアマネージャーさんなどの介護関係の方、こういう方々が一緒になって会議をして顔の見える関係づくりをしているところです。

今後は医療と介護のネットワークを構築し継続的に支援をできる体制を作っていきたいと考えています。今年度は医師会と協力して市民向けの講演会を開催する予定で在宅医療の意識の啓発を行っていきたくて予定しております。

2つ目の認知症施策についてですが、認知症は早期に発見、初期支援を行うことが重要であることか

ら10月に認知症初期集中支援チームを市役所に設置しまして、認知症が疑われる高齢者、その家族が中心かなと思うのですがその方々の相談を受け訪問や専門機関へのつなぎを行っております。10月1日からの相談件数は訪問に至った件数、訪問予定も含めると現在11件となっております。また、認知症サポーターの研修であるとか認知症の予防教室などもすぐ定員がいっぱいになるような状況です。

3つ目の地域ケア会議これにつきましてはお医者さんもケア会議に参加いただくようになりましてより効果的な支援に向けた検討ができるようになってきました。そして今後は個別の支援を通して地域での共通の課題を考えそれを解決していく場、解決できない場合は上にあげて政策形成につながるようなそういう場にしていきたいと考えています。

4つ目の生活支援については新しい総合事業、要支援の方に対する訪問介護と通所介護、これが給付から事業ということに移行するわけで津市については平成29年度に移行するというようにしておりますけれども、今後生活支援のサービスをどのように体制化していくかということが大きな課題になってくるわけですが、先の先生のお話にありましたように、生活支援コーディネーターこういった方を地域の取り組みの仕掛け人になるような人というふうにイメージしていただくとわかりやすいかなと思いますが、今年度にもまず1名、市の方に配置しております。各地域の会議に出席し地域の課題や取り組み状況などを整理しているところです。

最後5つ目の介護予防についてですが、地域における介護予防の取り組みがスムーズに継続できるように通いの場であるサロンに関わっていらっしゃる皆さんから課題などを聞かせていただき今後に向けた協議を社会福祉協議会と進めていく予定であります。今日話をさせていただきリハビリテーションの効果を高めるためにリハビリ専門職をサロンに配置しているというふうなものが現在の5項目の取り組みというふうになっています。

今回の改正の中で介護予防の考え方というものがあることに参加することで生きがいや役割を持つことが介護予防につながる。こういったことが非常に強調されております。これまでの介護予防と言いますとどちらかというと機能回復訓練に偏りがちなところがあり機能回復してもそれを生活の中でうまく取り入れられていないというふうなことから、結局元に戻ってしまうという状況があったかと思えます。

例えば腕の上げ下ろしができにくいそういった機能回復訓練をすると洗濯物を干したりするのが楽にできるようになるといった目標があると機能回復訓練などもすごく生活につながっていきやすいと思いますが、機能回復は機能回復、生活は生活というふうなところになっていたために今後はそういう継続できるような生活に取り入れていくというふうなことを予防というふうな形で位置づけをしております。よって、その人のできることの場面、居場所や出番づくりを意識して行っていくというふうになっております。今までの介護予防と言いますのはその方の心身の状態に応じて元気な方は一次予防、要介護状態になるリスクの高い人が二次予防という形で区別して介護予防教室などを実施してございましたけれど、これからは区別をせず必要支援や二次予防事業の対象となる方も参加できるような住民運営の場にしていく、住民運営の場を充実させていくそのためのひとつの方法として住民運営の通いの場にリハビリ職を派遣して要支援の状態の人も参加ができるようにということで地域リハビリテーション活動支援事業というものが新しい事業として位置づけをされてきたこととなります。

こちらは国が示す、地域リハビリテーション活動支援事業の概要になるわけですが、真ん中に書かれておりますリハビリ職が地域包括支援センターと連携して住民運営の通いの場のほか通所であるとか訪問、地域ケア会議やサービス担当者会議に出席して介護予防につながるような適切なアドバイスを行う。こういったことでより効果的な自立に向けた支援が可能になるというふうなものになっております。続きまして津市の高齢者数の状況などについてお話をさせていただきたいと思えます。

まず津市の高齢者数は8月末現在の数字ですが77,744人、約7万8千人で27.4%の高齢化率となっております。団塊の世代が65歳以上になられたために伸び率の幅は減少しているわけですが、今後平成29年度までは伸びは緩やかになり、平成32年度くらいからは減少していくというふうに推定をされております。

しかし65歳から74歳までの前期高齢者数と75歳以上の後期高齢者数を比較してみますと、現在は500人ほど後期高齢者数が多い状況ですが、平成37年度には高齢者数全体の数は同じでも後期高齢者数が1万4千人も多い状況になってきます。高齢者の内で介護認定を受けている要介護認定者数は約1万6千人というふうになっております。ここ数年の認定者の推移を要支援、介護の軽い方ですけれども、要介護と比較すると要支援は17%、要介護は5%というふうな形で要支援の方が著しく増加しております。これは全国的にも同じような傾向ですが高齢者の一人暮らしであるとか、高齢者夫婦の世帯が増えてきておりますので軽度の方であっても早くから介護サービスを必要とする方が増えているというような状況を表しております。

続きまして真ん中の表になりますがいきいき健康チェックリストの実施状況このいきいき健康チェックリストといいますのは、介護認定を受けていない人に対して厚生労働省が定めた30項目の健康と生活状況の間診を郵送によって聞き取りを書いていた健康のアドバイスとともに一次予防と、二次予防の介護予防の教室の案内を行っていたものです。

要介護の状態になるリスクの高い二次予防の対象者ですが平成26年度では11,172人という数が抽出されてきていますが、実際の教室の参加につきましては634人ということで約5%にとどまっている状況です。そしてふれあいきいきサロン、住民の方が自治会単位くらいで活動してもらっているものですが、こちらの状況を少し見ますと、平成26年度津市内278か所で開催されております。これは社協の方で関わっていただいておりますので実際はもう少し多くのところで開催をしていただいていると思います。回数等参加人数が若干25年度と26年度で減っているような状況ではあります。

各地域でいろんな住民主体の活動をしていただいている状況にあります。

8月に地域の人に対して介護保険制度の改正とか地域で取り組んでみえる住民主体の活動について課題などを聞かせていただくという機会を持ちました。その中でサロンの課題については開催場所の問題であるとか主体的になってもらう人の問題、参加者とか企画内容というような形でいろんな課題をいただいてそれに向けた支援を今後考えていく、今社会福祉協議会と協議をしているところです、そもそもなんで介護保険制度の改正とサロンが関係あるんですかというふうなことを言われる方も何人かいらっしゃいました。先の先生の質問にも介護保険とか介護予防というと元気な人にとってはすごく嫌なイメージがあると言いますか、自分たちは介護保険を使わなくてもいいようにしているのに介護保険は全然関係ないよということであつたりだとかサロンというのは介護予防じゃなくてみんなとお話する、ゲームをしたりする楽しみの方ですよと介護予防のような体操とかしていませんよとか言われる方が結構多かったんです。健康づくりというような言い方をすると入っていきやすいということになるわけですが、もう少し話をしていくと地域のサロンに毎週であつたり月に2回であつたり行くことは生活に張りがありますよねとか行くと地域のいろんな人たちのつながりが持てますよねとか、さらに休みの人がいらっしゃると今日はあの人来ていないけどどうしたんだろうな？という話の中から帰りに寄っていかうかという話が生まれてきたりということで、何でもないおしゃべりの場なんだよということなんです。話をするとやっていることと私たちが考えていることって一緒なんですよねということが言えるわけです。こちらから介護予防のとなると、え？というような話になってしましまして住民の方と話をするときというのは自分たちの思っている言葉と地域の方が感じていることというのはすごく差があるんだなということやさっきの認知症カフェの話ではないですがすごく実感しました。



津市の方ではふれあいいいきサロンというものがすごく地域づくりに役立っていますし、地域づくりの土台となっているものというふうに考えておりますので新しい総合事業というものは新しく何かを始めるというのではなくて今あるものをもっと楽にとかしっかりと継続してもらえる皆さんがやってもらっていることはすごく良いことなんですよ。大変な思いをしてもらっていたら嫌ですよ？何か嫌なことを一緒に解決できるといいですよというふうな感じで、受け入れていただければいいなと思っているところです。

さて、地域リハビリテーション活動事業の導入の経緯についてお話をさせていただきたいと思うのですが、実は昨年度私は介護保険の担当を初めてさせていただいて、制度改正だと言われてどうしたらいいんだろうというような感じだったわけですが、新しい総合事業をいつから始めるのがいいのか？津市は平成29年からと決定しましたが、いつから始めるのがいいのかというところに議論が集中してしまい迷いとか焦りを感じながら、結局できることから始めようというのが介護予防担当者との一致した意見でした。

そんな中で以前から関わりのあった三重県理学療法士会の先生に実施に向けた相談をして具体的な支援内容の検討を始めました。理学療法士の方が2名住民運営の場に定期的にかかわって身体障がいがあったり、ちょっと腰や肩が痛いというような方であっても無理なく参加ができる運動を指導していくこ

と、そして理学療法士さんが関わらないときであっても同じように運動ができるようにということで津市が以前から介護予防教室で行っていましたが10種類のストレッチの運動、店頭の予防であるとか生活面で服の脱ぎ着をするのにこの筋肉はこんなふうに関わっているんですよというような解説がついているんですけど、そのような10種類の運動がビデオになって椅子で座って行うバージョンと床でするバージョンの各30分の内容のものをDVD化しました。

次に通いの場の選定ですが、まずは住民運営の通いの場であることこれが一番大きな条件です。定期的開催をしている。週1回開催しているところはなかなか少ないので月2回とか月1回とかいう形で定期的開催をしている。あとは運動できるスペースがある。DVDが見られることというふうな形で地域包括支援センターと相談して4か所を選定させていただきました。やはり市の予算と理学療法士さんの会員の人数のこともありますので、今年度は4か所という形で選定をさせていただいたわけです。4か所の選定にあたっては今日も来ていただいている方がいらっしゃいますが、どこも代表者の方がとても意欲的で参加者もモデルになるということはとても良い反応をさせていただき実施という形になりました。

まずは体力測定、1年間のうち5回かかわっていただきますが、1回目と5回目にこういった4つの体力測定を実施しています。体力測定は自分自身の状態とか効果とかが分かるのはすごく励みになりますので、まず体力測定をする。真ん中のところは理学療法士さんが入られた4回目のものですが活動の状況を見させていただきますと大体いつもサロンでの活動は2時間くらいで、1時半からスタートして大体3時半に終わるんですが、やはり理学療法士さんが来てくれるなら何か健康の話をして欲しいなということで、理学療法士さんが来てもらえる時にはまず何か話をしてくださいという形で大体1時間話をしてもらって、その後、質問などが次から次に挙がって、すぐに聞ける気軽に聞けるということが有り難いというふうなことを言ってみえました。

その後 30 分の体操、DVD のスイッチを入れて皆さんが体操をされますが、その周りを理学療法士さんがちょっとアドバイスをしながら話をさせていただいているというふうなことで体操が終わった最後には全体的な感想と皆さんの励みになるような言葉をうまく伝えられて、これからも頑張っていこうというふうな感じで体操が終わります。

そして最後にみんなで歌を歌って終了というふうな流れになっております。この日参加者の方に体操を始めるようになってどうですか？と聞きましたら、体操の中で足を上げるというような動作があって私自身結構きついよなと思いをながらさせていただいたのですが、参加者の 70 歳後半以降の方が多く、最初は大変だったけれども自然とできるようになってきたんですよと実感してその事が凄く嬉しいとおっしゃってみえました。代表者の方に皆さんの様子を聞くと、今年は理学療法士さんが来てくれますよということで新しい参加者が増えたとか要支援の認定を受けてみえるかなというふうな方も参加していただくようになったということで、すごく活気が出てきたというお話でした。

ちょっと最初に話を忘れてしまいましたが、7 月から実際に始まっており 5 月に理学療法士さんの会員 30 人の方にに対して講習をさせていただきました。その時に理学療法士さんの会長の挨拶がこれから私たちはもっと地域にどんどん出て行って活動の場を広げていく必要があるという言葉が私にとってはすごく力強いものに感じました。講習に参加いただいた理学療法士さんにもどうですか？これからやっていけそうですか？というお話を聞きましたら、病院とか施設というのは 1 対 1 で接しているわけですが、こういった 20 人くらいの場で行うのは初めての経験になるので挑戦ですよというような感じでとても意欲的にやっつけらっしゃいました。4 回目お話をさせていただいた時も地域の方と顔なじみの関係ができておまして、すごく良い雰囲気だったように思いました。

これからの活動の展開ですけれども、今年度につきましてはこの 4 か所の報告会をさせていただきました

と思っています。すごく意欲的な団体の方ですので、是非自分たちの感想などを言う場を持ちたいということもあって、通いの場のようにたくさんの方と行うメリットであるとか継続の効果を実際に実感していただいた方から言っていただくというのが何より各地域の情報発信になると考えています。

平成 28 年度につきましては、この 4 か所は回数は 2 回程度になりますが引き続きの支援と新たに何か所かを選定しようというふうに考えています。今回は理学療法士ですが専門の人たちをもう少し増やしていく。例えば二次予防の教室で口腔とか栄養などもやっておりますが、教室ということで募集をかけると口腔などは少ないですので地域の方へこちらから出向くという形でやっていければなと思っております。

平成 29 年度につきましてはさらにデイサービスとかホームヘルプサービスとかそういったところにも参加をさせていただき介護予防の維持とか継続につなげていきたいと思っております。

終わりにということでメダカのイラストを載せました。サロンの代表者の方がこんなことをおっしゃってみえたんです。自分たちはメダカの歌と同じなんですよ。歌詞に二つ意味があってメダカの学校は川の中ということで自分たちは川の中しか知らない。だからもっと新しいことをどんどん知る機会を持たないといけないんですと言われました。

もう一つは誰が生徒か先生かとあってこの集まりには先生も生徒もないこれでいいですよとみんなが集まってきてなんでもいいから教えあいをしたらいいですよというふうに言ってみえました。自分自身に置き換えてみると行政は委託に出している業務が多く地域や現場のことが分からない、地域に飛び出してみれば新しい事業といっても既に地域ではいろんなことを取り組まれてみえます。市はサロンに力を入れていこうと今言っていますが地域ではサロンだけではダメなんです。サロンに出てこない人が問題なんです。生活の支援をしていかないと地域で暮らしていけないですよというふうなことを言われて既に地域では見守りとか助け合いの取り組み

をしているところがあり制度が後追いになっていると感じているところもあります。

国の資料の中で地域の実情に合わせてという言葉が何度も出てきますけれども行政がもっと地域の皆さんにこんなふうにして下さいというものではなくて、地域の皆さんは地域に応じたやり方でしょうとしていますし、その力があると感じていますので地域の皆さんや地域の団体、社会福祉協議会とか地域包括センターなどの関係機関、そして市とこれらのものに上下関係はなくてそれぞれの力の立場を發揮できるようにもっと意見を聞いて、出して、吸収できるようなこういった横のつながりをもっと一緒に進めていきたい、市はみなさんの思いを形にしていきたいと考えております。ご清聴どうもありがとうございました。

#### <増田>

興味深いお話をいただきました。最後のめだかの学校というのは、そういうフラットな居場所づくりを地域の中につくっていけばということでしょう。

さて、以前は「ピンピンコロリ」と言っておりましたが、健康寿命を延ばして人に迷惑をかけずコロリと行けばいいのではないかということを推奨した時期があるのです。この言葉を使わなくなったのは、どこか生命の尊厳を傷つけるような含みがあり、家族が精一杯介護に尽くしていることを何か茶化しているような感じがあったからです。私もそう感じますし、最近では使わなくなってきました。けれども、私たちはできるだけ元気で支えあっていきたいという気持ちはあると思うし、それにどう応えていくのか、ということも大切だと思います。ところが、今まで行政としては、介護予防のレベルでそれを考えてきたようですが、それはあまり成功していない。これが本物になるのは、市民自身がインストラクターとなって介護予防の教室を担うくらいにならないと、これは本物にならないと思います。専門職が担うとすれば、それはリハビリのイメージが強まっていくからです。これから考えなくてはいけないところかなと思いました。

#### <南条>

もちろん先ほど先生が言われたように専門職の部分もそうですけれども地域にはいろんな資格とか特技や知識を持った方がいらっしゃると思うんですよ。そういうのであれば私もできるわというような形で地域の方がもっと積極的に加わっていくというふうな一つのきっかけづくりをやっていければということですのでこのところに専門職をとっているのではなくてやはり強いていうならきっかけづくりをやっていくというふうな立場が大事かと思っておりますのでどんどん広がっていったり皆さんの方から私こんなことができるわということができるようなそういうふうな地域づくりになっていけばいいなというふう考えています。

#### <田中>

名張市の地域包括の田中です。皆さん地域包括支援センターってご存知ですか？

今日の参加者の皆さんは、民生委員さんが多数おいでいただいているのと地域包括支援センターの職員さんもおいでいただいています。



名張市の地域包括支援センターは直営で1か所です。言ってみれば、私は行政職員ですが、行政にこんなおしゃべりなおばちゃんがいると面白いでしょ。

先ほどお昼に喋っていたんですが、津市の場合には雲出川があって伊勢湾に水が流れてますが、山を境にして名張市ってどこだと思いませんか。大阪湾なんです。淀川水系なんです。でも津市の方がこんなに

額かれるということは、名張市は津市の中では特殊なちょっと特異的な場所ということになるでしょうか。そういう背景があって、名張市ではいろんな活動を取り組んでいるわけなんですけれども、まず名張市の紹介ということで名張市の歴史ということを少し書かせてもらっています。地図も付けましたのでその地図を見てもえれば西の端だということが分かってもらえると思います。

皆さんは名古屋へ行くことが多くて近鉄も名古屋線だと思んですが、ところが私たちは大阪線なんです。大阪まで1時間ですから。大阪の通勤圏ということで昭和30年代の後半からちょうど大阪の万博の頃です。山を切り開き団地を作って京都、大阪、奈良からいっぱい来てもらって、住み始めたところが名張市なんです。津市から見て名張は西の端、このまわりに伊賀市があってもうちょっと行くと甲賀忍者の甲賀市、京都、お隣は奈良です。そして次は大阪なんです。直線にすると80kmほどですから大阪からの転入者がすごく多くて、今、何ヶヶ丘とか地域の名前がついていますけれど、名張市はもともと3万人口でした。ピーク時は8万5千人なので5万5千人が、大阪、京都、奈良から転入した新しい住民の方々です。

その方々と昭和40年代からずっと一緒にさせていただいて、一番若いのが百合が丘とあって、これが昭和の末から平成の初めくらいに開発された団地なんです。直下型で、5万5千の人口が急激に増えたということは、同じ世代の方が一挙に入居をされましたので、名張市は一時はすごく若い市だと言っていました。しかし、平成27年7月1日現在で高齢化率が27.7%。国の方は2025年問題とっていますが、名張はそれより2,3年早くもっと高齢化が進むだろうと言われていました。

そうはいつでも住みやすい街なので住民の皆さんは、平成14年の時に市長選で市町村合併するかどうかで揉めたんです。その後、現市長が住民投票で「お隣の伊賀市と合併しますか？それとも名張市として単独で行きますか？」と問いました。6割の人が投票されてそのうちの7割の人がしませんが

て合併を選ばなかったんです。十年たってエライ目にあいました。国からの交付金がないんです。お隣の伊賀市や津市もそうですね。合併特例債とかいろいろ、合併したところは国がいっぱいお金をくれるんです。この間の東日本の震災などで国も貧乏になったら、合併しないところは裕福なんだからお金をあげない、というので本当に四苦八苦しています。そんな状況で名張は直下型でこれから高齢化が急激に進んでいくところです。

次にゆめづくり地域交付金の話です。何で皆さん交付金の話を地域包括ケアのところでしゃべるのかと疑問に思うでしょ？しかしここがミソなんです。地域づくりって一体なんぞやということなんです。国が方針示して法律出してきたそれに従ってやっていくんだ、それは行政として当たり前のことなんです。しかし、地域をどのようにしていくかを考えるのもまた行政の役割なんです。

それで名張市はいったい何をしたのかということから聞いてほしいんです。名張市は地域単位でゆめづくり地域交付金というものを交付しました。それは、今の亀井市長になった時に財布を開けてみたら、なんと市の財布は空っぽだった。そうして「これからどうしたらいい？」ということが問題になったわけです。では、名張市はどうしたか。ここで地域予算制度というものを考えたんです。まちづくりを住民自ら考え、自ら行うことを目指したんです。

市民参加とよく言いますが、市民が参加しようと思ったら、行政に市民が参加するための方法ってありますか？民生さん、民生活動をされていて市へ参加したっていう意識ってありますか？持てないですよ？なぜ持てないか？それは市から言われたことをやっているから。お願いされてやっているから。自立的、主体的なまちづくりを推進するということはどこにあるのでしょうか？それを名張市の方ではもともとお金がないというのがあるんですが、地域づくり組織という基盤をしっかり作ること、そしてその活動を支えるためには交付金というお金を渡すこと。そしてそのお金は使い道が自由であること。今まで市が地域に対してするときには補助率とか事業

の限定とかいって事業のための交付金というものはやったけれどもそういうものを取っ払った。ただし住民合意でまちづくり事業を実施すること。ハードやソフトは問わない。宗教政治活動には使用しないということは当たり前です。こういうゆめづくり交付金というものを考えました。その財源はどうしたのか？それまで、資源ごみの集団回収だとか、地域の婦人会や子供会の助成とか敬老会とか行政の中でいろいろ縦割りで出していた補助金を一括りにしたら、地域向けに出していた補助金が、平成14年当時名張市では3,800万あったんですが、それを一切やめた。敬老会やめてどうするのかと非常に怒られたんですが、その代わり一括交付金として、一つの地域単位で約5,000万円これを地域に渡しました。無茶なことをするでしょ？住民の方、5,000万円もらってどうして使いますか？当時、地域づくりを頑張っていた人たちに聞いたら、「私たちは苦労した。市はお金をくれるのは良いが、私たちにどうしろというんだ」という話を今になって聞きます。

そうして、もう一つやったのが、区長会の廃止です。各地域150くらいのお小さな基礎コミュニティ、皆さんのところだと町会というのかな？町会が集まって自治協議会とか呼んでいる組織があると思いますが、そこに市から委託した区長さんという人がいました。区長は市が委嘱するので言えば行政の末端組織みたいなものなんですが、それらの人が集まって区長の幹事会があって、それが市、行政との橋渡しみたいなことをやってくれていたんですが、先ほどの写真にあったように名張市には何ヶヶ丘とか何ヶヶ団地みたいなところには自治協議会というようなまた別の組織があって2重構造になってややこしかったんです。ですから50数年続いてきたんですが市が委嘱している区長さんを止めましょう。地域の組織をスッキリさせてしまってもくまでも対等な立場で行きましょうということがあったので、地域の代表者となりました。市が委嘱するのではなくて、その地域の代表者は誰ですと市に届けてもらうようになりました。そして、ゆめづくり交付金というのは基本額に加算で人数割りや特別加算とか中山間地にはちょっと加算しましょうとかそういうものを付けた形で、地域の中で自主的に運営する地域づく

り組織というものをまとめあげました。ですから地域によってはまちづくり組織と呼んでみたりいろいろ名称があるのでちょっと混乱するかと思うんですが、基本的には地域づくり組織というものを小学校区に等しくほぼ15地域にこういう組織を作りました。その仕組みといいますのは、住民が参加するための総会、その下に会長がいて理事会とか役員会とかいろいろ呼ぶんですが、それと各部会、健康福祉部会や青少年部会そういうふうな部会組織になりました。理事会があって会長がいて、その上で総会をして住民たちの合意形成をするという組織をしっかりと作ったんです。そこに参画するためには地域の区や自治会の役員さん子ども会や老人会、女性会、地域の中にはいろいろな団体がありますのでそういう方たちがこういう部会組織をもちまして、自分たちの地域づくりの中で意思決定機関をはっきりとさせまして市内各15地域、それぞれが各こういう組織がある中で、15地域の代表者が地域づくり代表者会議というものを持ち、市といろんな話し合い協議の場を持つというのがこの代表者会議の流れです。ですから名張市で何か事業をしていこうとなった時に、直接その地域に入っていくと一番まずいんです。やはり代表者会議の中で地域のあり方を問うた中で進めていくということが今やられています。

そして次に第3ステージで地域ビジョンというものがあります。津市さんも一緒だと思うんですが市には総合計画というものがあります。市が目指す将来像。住民合意の下でどういう市を作っていきたいか。それは市が作るんです。もちろん住民アンケートなどの意見は入れていくんですが、それとは別に地域ビジョンといいまして自分たちの地域は将来どうあるべきかどうしていきたいか、それを先程の組織の中でいろいろ議論をしてもらいます。そこで議論していただいたことが地域ビジョンとして策定していただいたものを、市の総合計画の中に位置づけるんです。ですので、先ほどのゆめづくり交付金プラス地域ビジョン達成のための費用というものはまた別に資金が出るわけなんです。そのような地域を耕して土台を作っていくことに名張市は10年間かけてきました。



「まちの保健室」という言葉お聞きになったことございますか？あまり反応がないですね。これは何処にもありませんから。名張市が作った「まちの保健室」です。最近、これに近い名前が静岡県の磐田市にあるというので聞いてみたら内容は全然違いました。「まちの保健室」、そもそも行政は好きでしょ？計画、計画、計画といっぱいあるんですがその中で地域福祉計画というものを作れと言ったんです。地域福祉計画って何なのよといったら結局、住民も参加する中で自分たちの地域の福祉、あり方をどうするか計画しなさいよというのが、平たく言えば地域福祉政策で、説明の足りない部分は後で福田局長が喋ってくれると思いますのでよろしくお願ひします。その地域福祉計画の中に地区保健福祉センターという位置づけで先ほど申し上げた15の地域づくり組織の拠点、皆さんもお金貰ってどこを拠点に活動するのという拠点ってなかなかないですよ？民生委員さんなんて自分の家が拠点みたいなものでしょ。

名張市は各地域にあった公民館、市民センター、市の持ち物であったところを地域づくりにお渡ししたんです。その職員さんは地域の人を雇ってください、その雇うためのお金も別に出しますよ。市のものなので修繕などのお金はかかりますけれど、それは指定管理ということでまた別枠でお金を出すんです。そういうふう地域にお金と拠点を作り、あともう一つ何が足りませんか？専門職欲しくないですか？自分たちが活動して行く中でこれでいいんだろうか？不安になったり、これってどうしたらいい

の？と民生さんも日々悩みの尽きない日が続いていて、それを見守る会長さんたちベテランの民生さんはフォローするのってとても大変でしょう？そういったことがあるだろうということで地区保健福祉センターとして「まちの保健室」を平成16年の福祉計画に入れて15地域に3年くらいの間に設置したんです。

ここは何をやる場所かという保健と福祉の拠点になりますので、当然地域づくり組織とも連携や調整などを協働で一緒にやっていくこと、地域のNPOやサークルなどいろんなボランティア活動があります。こういったところと連携していくこと。そして直接住民さんとのつながりもあります。これらをもっとネットワークとして繋がっていかないといけない。当然市の社協さん、名張市には地区社協がないんですが市社協がありますので、市役所や社会福祉協議会、もっと様々なところ、当然お医者さんとの連携も出てきます。学校とも出てきます。これは後で学校との繋がりとして説明させていただきます。こういった連携をしていくための、中心的存在が「まちの保健室」なんです。地域の中にこういうプラットフォームができてしまうと割とやりやすいんですね。皆さんが駆け込んできてくれるんです。ちょっとどうしたらいい？と、当然ここは専門職種で看護師、社会福祉士、介護士が結構多いんですがそういう資格を持った人がいるのと公的なところ市が設置していますので当然、守秘義務があります。だから安心して相談に駆け込んでもらえるんです。「まちの保健室」を随時整備していく中でそれまで法律であった在宅介護支援センター、介護の専門の相談機関ですが、これは縮小して最後には廃止しました。そこは介護の専門機関であって福祉や保健といった視点とはちょっと違うので、あくまでもまちの保健室は福祉や保健の初期相談という形で地域に置きました。これが平成18年度に介護保険制度が変わって地域包括支援センターができた時に、名張市の人口規模でいくと高齢者65歳以上の方が今、22,000人くらいいらっしゃるんですね。国の基準でいくと3ないし4か所くらい、中学校区域でいくと5か所くらいは、この人口規模だと必要になるんですが、これが名張市が1か所の地域包括センターで

15のランチのまちの保健室を動かしながら地域に根差した活動をしていきます。

そして次の地域福祉計画の策定では、私の思うところは向こう三軒両隣これって大事ですよ。なんだかんだ言って遠くの親戚より近くの他人です。近所のおばちゃんの顔を見なければどうしたんだろうと顔を見に行ける関係。そういったものを大事にしましょうねという小さなネットワークを大事にしつつその周りを囲む大きなネットワーク。これの形成をしましょう。お金がない名張市ができるのは、目指すのは「人は財産」だと、人を大事にしよう。人づくりしよう。皆さん一人一人が地域のお客さんではないんですよ。自分でできることは自分でやりましょう。ちょっとお手伝いできることはやりましょうというコンセプトでネットワークづくりを進めてきました。

こちらの写真は「まちの保健室」の様子です。事務所なんて本当にこんな小さなものなんです。ここに子供を連れてお母さんが「うちの子どれだけ大きくなったかな」って来るんです。地域包括支援センターのランチといいましたが、名張市が目指している総合相談は地域に住んでいるお年寄りだけを対象にしているわけではありません。子育て中のお母さんもいます。障がいを持った方もいます。いろんな方いらっしゃいます。そういう方たちが敷居低く気軽に来れるようにというのがコンセプトなんです。ですから、ここの公民館の一室に簡単な事務所を設けているだけだけれど、くるお客さんは千差万別です。こんな狭いところでたまにぶつかると、来たお客さん同士が遠慮するんです。「私、今日はそんなに悩んでないから、この人の方が重大そうだからこの人の話を聞いてあげて」、で、その人は「また今度来るわね」といって帰られる。お互いがお互いを見守りあうんです。先ほども誰が生徒か先生かと言われてみえましたが、誰が困っていて誰が困ってないか場面によって違うでしょ？今日の私の困りごとは我慢できるけど、この人は我慢できないかもしれないと思うようになれる、それを察するんですよ。そのようなことが10年経ったらできてきました。

先ほど言っていた学校との関係です。皆さん認知症のサポーター養成講座のオレンジリングをお持ちだと思います。あれも地域の方々を対象にということですが、これは小学校の授業の中で、この写真に写っているのは「まちの保健室」の職員なんです、職員が認知症サポーターのキャラバンメイトの資格を持っていて、そしてこのおじいちゃん役は小学校の校長先生。校長先生なり切っていただいて、この学校、これで3年目なんです。学校の授業の中に認知症サポーターの養成講座を取り入れていただいております。またこの上の写真ですが、これも子供ばかりでしょ？でも先生らしき姿がないですよ。

これは学童クラブなんです。ここの地域では、地域ビジョンの中で認知症のことを入れてあるので、必ず4月5月に役員さんが代わると100人近い人数になりますが、その方々に認知症サポーターの講座をします。8月の学童クラブの時には、これも「まちの保健室」の職員なんです、学童の子供さんに認サポをします。こども今年も1歩踏み出して、今度は小学校5年生を対象としました。ここの地域では初めて小学校へ認サポに行きます。

この写真はロコモ予防ということで市役所の健康支援室がバックアップしながら、地域の方たちの中でどんなことがしたい？、先ほどもありましたが、3m歩けることを目的とする機能訓練よりもノルディックしながら市内の自分たちの住んでいる地域のところの歴史を振り返ろう、というようなことで、ノルディックで歩いたほうが楽しいですよ。この中で3m向こうに歩いて何が楽しいですか？それは歩けない人が3m歩けたら楽しい嬉しいですけど、それをもう一歩進めてみんなで和気あいあいとおしゃべりしながら自分たちの地域を振り返ることがロコモ予防になっていく。こんな取り組みも「まちの保健室」がやっています。もちろん「まちの保健室」は初期相談ですし、その後ろには必ず行政として健康支援室であったり包括であったり、それぞれ関係のところがついています。そして、この写真に写っている職員は嘱託職員で市の正規の職員ではありません。では、彼女たち辞めずにこんな大変な仕事ができるか、やはり彼女たち自身も地域

から力をもらっているからです。お金じゃなくこの仕事が楽しいと言って、よく頑張ってくれています。

先ほども申し上げた総合相談。何が総合相談なのかと言いますと、地域で生活していく中では、絶対ないんですよ区切りが。そこをワンストップでどこが受け止めるか、その仕組みづくりがなかったら地域包括ケアって進まないんです。高齢者だけが地域に住んでいるわけではありません。ですから形としましては、相談支援ということで外枠で書いているのは、介護保険法で定めている地域包括支援センターがしなければならぬ業務として書いているんですけども、その中にいる人材、専門職を見てください。社会福祉士、保健師と主任ケアマネージャー、そして名張では「まちの保健室」、相談支援専門員これは障害の方の相談員。こういった職種の人たちが名張市の地域包括にはいるんです。全部で17人くらいいます。この職員と「まちの保健室」には全部で31人おりますので50人ほどの所帯ですがそれが地域と連携しながら、先ほどの総合相談を目指しているんです。

これ以外にも横に健康支援室ということでヘルス部門を担当する地域の保健師もいます。そこも、まちの保健室は密接に連携しております。

また別の役所の機関では消費者被害、権利擁護のところから入っていくと消費者被害の問題がありますよね。振り込め詐欺とか、それも起こる場所は何処ですか？被害にあわれる方は地域に住んでいる方ですよね。特に高齢者だということで権利擁護も入っていますけれども、それらに対しても市のほかの部局にある消費者被害のところと連携しながら地域の見守りをするわけです。そうなると包括支援センターってすごく国から期待されているんですけど、実際に仕事をやってみると本当に大変なんです。地域で生活する人のあらゆる場面に包括支援センターはどこを切り口にしてもかかわっていく、対象が高齢者だけでは総合相談の受け皿がなくなってしまう。生活困窮の方が若い人と高齢の人であったらどうしますか？民生委員さん困りますよね？若い人なら何処へつなぎます？それが高齢者なら地域包

括？どうでしょうってなりますよね。そういったことが「まちの保健室」に寄せられた時に、包括の方へ報告があがってきます。そして、じゃあどうしようかということが、この役所の中で話し合いができるんです。もしくは、名張市は暮らし安心センターというところが社会福祉協議会の中に立ち上がっていて、そこが生活困窮の方のことであったり、フードバンクのことであったりそういうことは社協さんがしてくれています。ですからこの図の輪の中には示していませんけれど、示した以外にいっぱい専門機関がついているんです。

最後に地域の見守りということで、日本語は凄いですよ。地域の見守りと地域を見守るということがあるんです。「地域の見守り」は、直接まちの保健室の職員が行って「お元気ですか」という個別訪問もやります。地域を見守るというのは民生委員さんが活動されて、「あれ」と思ったことを相談に来てくれます。それを見守っていく。ですから、民生さん、こんな活動どうですか？もしくは一緒に同行訪問しましょうか？というようなことを通じて、地域を見守るんです。地域で支えてくれる人たちを支える。そういう役割もあるんです。こうやって地域でやっていると、地域でも、もう有償ボランティア組織が立ち上がってきているんですよ。この写真のエプロンを付けたおじさん。地域のサロンなんです。ここに皆さんが集まれる場所を設けてある。たまたま写真を撮りに行ったらおじさんたちがお茶を飲んで喋っているだけ、だいたい民生さんがサロン活動をしていて悩まれるのが男性が来ない。参加者少ないでしょう。ということなんです、ここはコーヒー出すのもこの方、男性ですし、集まって見えるのも男性でここでいろいろお話をしている。有償ボランティアの組織も名張市が当初建てた地域の集会所をそのまま地域に払い下げして、ここを生活支援のための事務所に使ってもらったり、ある地域では仕舞屋を貸してもらってここで有償ボランティアの事務所を構えています。ときにはコミュニティビジネスで、この写真の奥に写っているのはサッカーの山口蛍が通っていた錦生小学校、廃校になったんです。そこを地域の人たちが木の子の里・錦生生産センターとしてキノコを作っています。椎茸とかしめ

じとか、それを名張市に「まちの駅」というものがある、そこに物産を売る場所があるのでそこへ出荷したりするんです。ちょっとたくさんできたなと思うと市役所に持ってきてくれるので私たち主婦はいっぱい買うんです。こうして地域の中でコミュニティビジネスが始まっている。この写真ちょうど上手い具合にきのこの生産センターと一緒に撮れたんですが、コミュニティバスです。三重交通が撤退して廃線になりました。地域は、困りますよね。そうしたら先ほどの地域づくり組織の中で話し合いをしてこのバスを動かしましょう。有償ボランティアがないところについてはイオンの中に福祉まちづくりセンターというものを社協さんが運営してくれていて、同じように皆さん集まっていてお買い物ついでにお年を召した方やら若い方やら一緒に世代交流ですね、これはスクエアステップですね。三重大の重松先生が頑張っておっしゃいますが、認知症予防のためのスクエアステップの教室をやってみたりだとか、子育て世代のお母さんたちが集まってみたりだとか核となるところがショッピングセンターの一部を借りることによってできています。

名張市の地域包括ケアシステムというのは、2年前になるんですが同志社大学の永田先生が本にまとめてくれたものがある、まちの保健室の取り組みを紹介してくれています。

今日は民生委員さんがたくさん見えているということで、実はこのパワーポイントうちの民生さんが作られたものをそっくりそのままお借りしてきました。これは名張地区の民児協の活動について、ずっとあと30枚くらいスライドがあるんですが、すごく丁寧に作ってもらっていて、それぞれのところを見ていただくとご理解いただけると思うのでこれはまたご覧ください。要は、地域包括ケアというのは誰を対象にやっていくものか？それを担っていくものは誰か、その原点について今一度考えるべきではないかというのが名張市の考え方です。名張市の市長は、これだけ有償ボランティアがあれば新しい総合事業の中で生活支援サービスをするのに住民主体のサービスに結び付けられるんでないかと言うんですが、そうじゃないですよ？やはり住民が主体

となって必要と思って立ち上げてきたものを行政的な枠組みの中に無理やり押し込んでしまうと住民さんやめたとなったらそれで終わりでしょ。何の責任もないのだから。行政は責任があつて事業として進めていかなければいけないけれど、その担い手となる人たちにはしっかりした意識を持っていただいて、自分たちも担い手でありいつかは利用者になっていくその順繰りができるような循環的なシステムをしっかりしたものを構築しないと、今あるからすればすぐできるとは考えていません。

今、名張市が取り組んだという総合事業のメニューを別でお配りさせていただきましたが、その中身というのは今まであった既存のものをちょっとリニューアルしただけです。それは大したことはないんです。これに何の意義があるかという早く始めたこと。こんなものは早く始めてお試してみないと何が起こってくるかわかりません。市長は4月からといったんですが、ちょっと待ってください、いくらなんでもそれはちょっと早いですよと言って、10月開始なんです。でも10月になって住民さんに聞いたって「何が変わったんですか？」「いやどこも変わっていません」という話です。人は変化を望みません。しかし確実に変わっていきます。その仕掛け仕組み、それを何時どういう機会でもらえて発展させていくか、というところが仕掛けづくりなんです。

国が言ったことをそのままするんじゃなくて、名張市の場合はこうやってお金がないというところを人は財産なんだというところに置き換えて、自分たちの強みとして10年かけて築いてきました。だから総合事業に切り替えるときだってそんなに悩まなくてもよかった。これからの悩みの方が大きいですよ。こうやって今まで住民の方が築いてきたものをいかにもう一步進めた形で自分たちの暮らしと結び付けて考えていけるようになるのか。もしそれがだめだったらまた違う方法を市は考えていかなければならない。そんなふうに考えています。ちょっととりとめのない話になって申し訳ありませんでした。以上です。

### <増田>

ひとつ質問ですが、いわゆる地域ケア会議というのはどんな形でおやりになるんですか？

### <田中>

地域ケア会議につきましては、個別の会議についてはしています。ただ地域づくり組織の中に問題点として挙がってくると生活課題がそのまま住民の中で取り組んでくれているのでそれが有償ボランティアであったりコミュニティバスであったりするんです。会議をわざわざしなくても地域づくり組織の方がやってくれています。

### <福田>

菰野の社会福祉協議会の福田と申します。よろしくお願ひします。今日は地域包括ケアのあり方を考えるということでお題をいただいたんですが、菰野町の場合は、先ほどの名張市さんも言われましたように10月から、地域包括ケアのスタートとはいけませんが、要支援の方々を支えるよく似た住民互助活動を中心にスタートをしております。



三重県では桑名市さんが4月からスタートをしておりますので、このお話をいただいた時に菰野は平成29年の最後の年にしかスタートしませんよと言っております、まだ内部で調整中でしたので、何も喋れませんよとお話したのですが、社会福祉協議会の立場の考え方をぜひとも言ってくれというお話でしたので、皆さんの期待とは違う部分があるかもしれないが少しお話をしていきたいと思ひます。

皆さん津の人は菰野町ってご存知ですか？名張もそうなんですが、菰野町も合併していないんですよ。財政的には非常に厳しい状況です。どこも厳しいですが、より、国の支援がいただきにくいところです。ただ菰野の場合はありがたいことに財政厳しい中でも社会福祉協議会に対するご理解は高く、それなりの予算を受け職員も確保されているということで、ボランティア活動や民生委員さんのバックアップがこなせています。ところが今日午前中に増田先生がお話されたように社会福祉協議会が本来しなければいけないような事業が地域包括ケアの要なんです、多くの社会福祉協議会は財源的なものを失ってしまつて、ただ職員を雇つて進めていくためには、介護保険事業だけしかできないところも出てきて、なかなか地域福祉がこの10年以上進まなかったというのが実態かなと思ひます。違う意味で地域福祉の失われた10年と感じております。

ただ、そんな中でもなんとかコツコツと地域の住民の方々の活動を支援し、真摯に一人ずつ個別の困りごとを何とかしていこうというところで行うんだ社協が紹介されているような状況です。名張の隣の伊賀市社協さんなども全国規模で非常に有名です。

社会福祉協議会って多くの方が役所の一部と思つてみえる方が多いので、ちょっと整理をしておこうと思ひます。社会福祉協議会、一般的には社協と呼ばれています。今日おいでの民生委員さんなどは福祉のイメージがあるかと思ひますが一般のシャキョウといえば、筆の写経だったり、教育関係の社会教育だったりと思ひ浮かべるのではないのでしょうか。

社会福祉協議会って実は字で書いたそのものずばりで、「社会福祉のことを協議する会」と私などは説明しやすいのでそう言つたりしています。もともとはここに書いてあるように協議＝話し合う、住民の方々や福祉の関係者、そして役所も入つて自分たちの幸せをどのようにしていくかを協議する。そういうことが原点なのです。それがなかなかその原点がうまく機能しないので、ある意味、今回の地域包括ケアの会議とかでいろいろな話が出てきているのかなと思ひます。

もともとあった組織で一般の住民の方が地域で暮らしていくためにどうしたらいいだろうと協議をしながら足りない部分はそれぞれが力を出せる部分で何とか工夫、検討をし、実践をしていきましょう。まさしく話し合っ、実践してみてもその実践者はお金で雇うということばかりでなくて皆さんの持ち寄りであり、とりあえずこういう仕組みができたので、これは継続的にどうしても必要なので役所にお金を出していただいて事業にしてもらえませんか？と制度にしていく。例えば菰野町などは、私の入局前ですからもう 30 数年前の話ですが、お風呂を持って行って入浴してもらった訪問入浴スタートエピソードをお話します。

地域で寝たきりの方、昔はベッドはありませんから 5 年も 10 年も布団に寝ているが実際は病気ではない寝かせっぱなしの方、これが昔の寝たきりの方です。寝てしまったら肩が上がらなくなるし、お風呂も入れなくなったというんです。それでそういう方たちを何とかお風呂に入りたいという地域の方々がいて、例えば婦人会の方が話を聞いてこられて、何とかならないだろうかと、たまたま社会福祉協議会に話があり、そうしたら一度みんなで勉強して、布団の横にビーチプールみたいなものを置いて中に入れてあげたらどうだろうというアイデアから菰野町の訪問入浴は始まりました。だけど昔ですから寝たきりの方をお風呂に入れて死なないか？という声もあったので研修しようとなり、日本赤十字社の家庭看護法というものをみんなで勉強して、年に 1 度、風邪をひかせてはいけないので夏の暑い日に入浴してもらいました。そして 5 年分の垢を落とすすぎるとこれも風邪をひくからあまり洗ってはいけないと実施したそうです。当時 30 年前はそのような感じでした。

でも、お風呂に入れるにしても健康チェックが必要だよなということで、保健師さんに出向いていただいて、そして保健師では判断できないということで主治医の先生にもお願いしてそうして始めたのが菰野町の訪問入浴のスタートなんです。それからこんなに面倒くさいビーチプールを 1 回 1 回開かないといけないので何か良い方法ないかとなった時に 24 時間テレビが始まったところで欽ちゃんが司会の

頃ですが、そこでそういう福祉の車をあげることができるよという話を聞いて社会福祉協議会の名前を使ってもらい、そうして介護保険が入るまでは、ボランティアの方と運転手は私がやっていました。そして専門職はいるので、看護師さんは後々雇う形になりましたが、当時は保健師さんに来ていただいたり、施設の看護師さんに来ていただいたりということでそれこそ地域のお医者さんにも電話一本で状況を判断してご意見をいただけるよう了解をいただくということを毎回繰り返して、最終的には毎日。昔は夏の暑い日だけだったんですが、だんだん慣れてきまして冬も行うようになりました。最終的には介護保険が始まって、しばらくはボランティアの方も手伝っていましたが、いわゆるお金儲けのイメージがするわけで、先ほど有償ボランティアという言葉も出ておりましたが、ボランティアの方も無償で来ていただいていたのですが社会福祉協議会の儲けに対しては私たちはちょっと抵抗があるとのことで辞めるわということもありましたし、それよりも難しいのはボランティア組織で和気あいあいとやっていると守秘義務を極力守りましょうというだけで完全に守られていなかったということもあり、やはり専門職集団でやりましようとなりました。

介護保険が始まった時に地域の助け合いで、それこそその当時の有償ボランティア、有償という言葉は私もボランティアをやっているのだからちょっと抵抗感があってボランティアに有償はないので、あくまでも住民参加型在宅福祉サービスという言葉にしてわりと広がっていたんです。午前中も生協さんがおっしゃってみえた暮らし助け合いの会など、いろいろとしてきた中で、介護保険が入ったら本来できないはずのサービス内容まで介護保険サービスで全部するようになって、住民参加型在宅福祉サービスは廃れていってしまいました。今もあります非常に少なくなっています。

そして今更ながら財政が厳しい、専門職も少なくなっていくので、一億総活躍だとかいっていますが、また住民の方々の力も借りてやっていきたいと思いますということで振り返ったわけです。

そういう住民活動から、実際には訪問入浴もボランティアの助け合いから本来の行政のサービスへ発展していったんです。こういう働きかけをする機能が、実は社会福祉協議会にはあるんです。社会福祉協議会というのは、もともと役所から組織化されたところが多い。本当は住民の方々から作っていくのが本当なのですが、制度上でできたということもあって、菰野などでも法人化したのが昭和 52 年ですからその当時職員がいるわけではないということで、役所の方が管理監督をしながら、我々みたいな職員を雇って育つまで行政管理下に置かれて仕事をしてきた。

介護保険が始まるまでは 80 数パーセントは公費で運営されていましたから、当然役所が出したお金のおとりやってくださいと、役所のすべき仕事をあなたのところへ任せますから役所の仕事をやって下さいみたいな形ですから、皆さんから見れば役場の市役所の職員さんでしょ？局長さんとか課長さんとかみんな役所から出向している役所の職員さんですからあまり変わらない。菰野も町長さんが会長さんでしたから、確かに私たちは民間の身分で公務員ではないのですが、でも基本的には役所でしょ、といわれます。

本来は社会福祉法人ですので民間団体で住民の方々、福祉関係者、それ以外の人たちも協力して作った話し合うための団体で、実践するときには事務局がいるねということで事務員やワーカーも必要ではないかということで雇われたという形ですので、本来は役所の仕事とはまた違う仕事。かといって本当のお金儲けのために作った株式会社とは違う動物で言えば泳いでるけど魚じゃない、飛んでいるけど鳥じゃないみたいな中間的な極めて微妙なところにいる団体です。そんな中で菰野町では町長さんが、会長をするのは主体が役所になる。がんじがらめではいけないので社会福祉協議会に行政はトップとして参画しない。ということで抜けられました。本当は役員まで抜けたので非常に困って、役所も入って協議をする会です所以说って戻ってきてもらいましたが、現在は理事及び職員ともに行政職員はいませんので極めて民間的な形で柔軟に動ける。だけど極めて

て公共的な仕事ということでのコンプライアンスを守りながら住民の方々のお話を聞きながら地域包括ケアのしっかりとした仕組みづくりに向けて今進んでいるところです。

社協にはいろいろ部門がありまして地域福祉部門というものが、それこそ皆さん民生委員さんの方々の支援をしたり、住民の方々の困りごとを聞きつけてボランティアの方が助け合える仕組みを作っていく、それから助け合いなんていないという方もたくさんおられますから、この中で一緒に生きていくためには助け合いや住民の方々自身も福祉のことを理解いただければいけないよというような福祉教育。若いところだと小学校や中学校でも体験教室を開かせていただいています。こういう部門が地域福祉部門。だから小地域ネットワークとかふれあいサロンとかを社協が始めて、現在は行政が少しお金をついていますので、地域包括ケアでしっかりとそれが受け皿にしなければいけません。そのためにはもう少しお金がつかってくると思うんですが、そんな活動をしています。菰野町は 150 人くらい職員がいるんですが、実際この地域福祉部門を担当しているのは 6 人しかいません。

また福祉支援部門というのは社会福祉協議会は生活福祉資金というお金も貸しています。当然取り立てもするんですよ。取り立てはなかなか厳しいので焦げ付いていますね。そのようなこととか、本来役所がすべき仕事を請けて貧困等の相談業務。イメージは相談や権利擁護をする部門です。サービスは介護保険の在宅福祉サービスできちんとしますので、それ以外の狭間の部分の方々や住民の方々の支援をする部門です。そして法人を動かす部門と在宅福祉部門の 4 つの部門に分かれています。

現在、地域福祉部門については役所から補助金があってそれでまわしています。共同募金のお金が地元に戻ってきた時にそれを資源にしながらボランティア活動や一人暮らしのお弁当事業などもこの部門で運営しています。福祉のサービス利用支援部門はほとんどが本来の役所仕事ですから例えば役所がこの仕事 1000 万でやって下さいと委託という形でや

っている。在宅福祉部門は基本的に自分のところの事業ですから皆さんいろいろな法人でもやられているようなサービス部門ですので、ここでプラスが出ると職員の給与に跳ね返るわけではありませんので、どうなるかという、地域福祉支援部門のところや法人を動かすための費用や役所から貰ったお金ではできない部分にお金を活かします。

このサービスをうまく発展させれば住民の方々へお金での支援ではないですが、住民の福祉サービスが向上するという仕組みを持っているわけです。個人の困りごとで地域の中での生活に対する困りごとがあったら、法律によるサービスである介護保険の事業やいろいろな制度上では、すべてを解決することは難しく、一部分はどうしてもあふれてきますね。1人として一緒のパターンはないわけですから当然溢れてくる。それぞれの価値観も違うしうまくいかない。そういう部分について着目をし、住民地域の方々、地域といっても人もそうですが地域にある福祉施設や団体、例えば農協さんや生協さん。その他の法人や株式会社さんその方々の力を上手くまとめながら対応して多くの方々が同じような共通の困りごとがあるのであれば制度化させていくというような機能を基本的に持っているのが社会福祉協議会です。

だから地域福祉活動がまちを住みやすくする。要するに住民の方が住んでいて良かったなという街をどう作っていくのかというのは、こういう悩み事を多くの方が解決し住みやすい街を作っていこうそんなところでございます。制度でカバーされない部分を解決するしくみを創り出すことが必要でそのような取り組みをずっとやってまいりました。

今回は地域包括ケアシステムのすがたということでこの図は午前中の先生の図にもありましたし、先ほどのお二人の図にもありました。先生がおっしゃられた5つのポイント、医療、介護、住まい、生活支援、介護予防を表にした図ですが、社会福祉協議会は、基本的には生活支援の部分かなと思いますので、この部分について少し特化していこうと思います。

生活支援、今までは誰がやっていたのか？一般の元気な人たちの生活支援って要りませんよね？皆さん自由に買い物に行けますよね。例えば、介護に特化する障がいの方もそうですが、ちょっと介護が必要な方々になってくると自分の思い通りの生活ができないわけです。例えば家事にしてもどうするのかとなるわけですから、そこを今までどうしていたかというと家族に頼んでいた。けれどだんだんと家族の数が減ってきている。一軒の家に住んでいる人の人口が減ってきているわけですから頼みごとをできる人が減ってきているので上手いかない。一人暮らしや老夫婦世帯という状態になっているんです。かといって今まではそれをホームヘルプサービスとかで介護保険でこの10数年何とか取り組んで代行してきたわけです。

けれども、ホームヘルパーさんも集まらないしどうするの？と、またヘルパーさんも、もっと資格を持たないと給料上がらないよというような世界になってくる。隣人でもできるような仕事まで介護専門職が対応するだけの人材がない。

これからどうなるんだろうということで、重度の人たちに専門職は特化してもらって、軽度な部分について一般の方々でもなんとか対応できるような仕組みを作ったらどうかという考え方がひとつ。

それから、もう一つはもともと困りごと、本当に寝たきりとか障がいとかの困りごとを持った人は施設に入って生活したらどうかということが基本的な考え方になっているんですが、でも施設ってよく考えると異常な生活でしょ？おかしくないですか？施設入ったとたん毎日入っていた人が風呂週2回とか、着替えは風呂に入った時だけというおかしい部分もあるわけだし、同じ時間に毎日ご飯を食べるいうのもおかしいし、同じ部屋にずっと夫婦でも家族でもない人がいるというのも変だし。

だから、今この部屋にいる人たちが365日24時間缶詰めになっている状態ですよ。それは家族でもおかしいですよ。家族でも365日24時間一緒にいたらおかしくなるでしょ？普通ではない。

なので、普通じゃないのは、治療しないとイケないときだけにして、それ以外は普通な生活をしたら

いいじゃないかというのが基本になっている。要するに人それぞれの思いを大事にしていましょーうというのがしっかりと最近は出てきているのかなと思います。

それを叶えるためにも、施設に無理に入っているのではなくて、一般の家に住んでいて福祉サービスなどや医療も介護もすぐ来てくれるし、生活もサポートしてくれるところが必要です。それを中学校や小学校区くらいを一つのエリア＝福祉施設とし、施設の居室＝自宅の部屋とイメージし、病院や介護施設で受けれるサービスを基本的には自宅でしっかりと受けていくような形をとる。

だけどこの考え方では専門的な部分は何とかなっても、見守りやちょっとした洗濯などはなかなかできにくいので、この辺りは地域に住んでいる皆さんの手を借りながらできないだろうかというようなイメージを地域包括ケアとしていこうことでスタートしてきているのかなと思います。

先ほど午前中の先生の話にもありましたように、2015年の構想は地域にバラバラにあると大変なので住み替えして中心に集めたらどうだというのを書いてあります。これを決定する前日にここの委員の先生にこの話を東京で聞いてありえないと思いました。なぜかというとう都会はいいんですが菰野の場合、土着民族ばかりです。もともと土地をもってずっと歴史的にきた人が、すぐに家をポイっと捨ててアパートに移るはずがないんです。将来的に少しはいるかもわからないけれどなかなか難しいと言ったら案の定、うまくいかないということで見守る仕組みになってきている。どうしても必要な人はここに入るにしても、自分で一生懸命住んで暮らしてきた家で普通に死ねればいいんじゃないかという仕組みを何とか作っていったらいいのかなと思っています。

そのためには結局、専門職が数が少ないのでそれを特化させて、それ以外のところをみんなと一緒に家族のように地域を盛り立てていったらどうか？そんなイメージで進んでいるところです。

そこで考えたのは社協の場合は専門サービスだけで支えていた介護や福祉の世界を地域包括ケア、要

するに地域ぐるみで生活支援していましょーうというイメージで私は捉えています。

施設での居室の生活を自宅での自室の生活できちんと人間らしい生活をさせていく。異常な生活からの脱却です。特に必要な部分が専門以外の活動が重要ではないか。生活支援ということでご飯を炊いたり、掃除洗濯をするのに自分で努力するのは当たり前なんですが、なかなかできにくくなった部分をどうするかといたら、先ほど南条さんがおっしゃられたリハビリをして自分でできるようにしていくのも大事ですが、なかなかできないという方に対しては代行していこうということでシルバー人材センターを使っていく。ただ簡単にシルバーに任せると言いますが、人材センターもやっていただける人を誰か雇ってこなくてはいけないので、もちろんお金もいります。でもお金の前にこのサービスをするスタッフをあまり集めていないんです。大きい市などはいいんですが、菰野町の人材センターは、基本的に個別の家に入ることはやはりトラブルが多いのでやっていなかったんですね。

なので今、菰野がやっているのは先ほど触れました住民参加型在宅福祉サービスという有償ボランティア、少しのお金、時間700円を介在させた互助活動でやりましょーうということで、現在小学校区にひとつずつそういうグループを作るということで、5つ小学校区中、2つできました。来年は3つ目というところで順番にだんだんと順番に作っていくという流れになっています。その間どうするかというと他の地域の方も面倒見てねと頼んであります。

あとはお金ではなくて助け合いのボランティアも必要じゃないか。またボランティアだなんだと言わなくても当たり前のように隣同士、面倒を見るからいいじゃないかといって隣同士の助け合いも重視したらどうか。このような意見を聴く昔ながらの地域もあります。実際は、昔ながらの集落の方が今は付き合いが少なくなっている。昔だと田んぼや畑に出て行って喋りましたけれど、今は車に乗って行って帰ってくるので何もないし、時間的にもゆっくり喋っていませんから非常に付き合いが薄くなってい

ます。だから、もう一回そういう部分をリフレッシュさせていく必要がある。それから社会参加というところで困りごとを持って家に閉じこもる方が多いですから、何とか出ていく場所を保障していくということで既存のサービス事業所の開放。既存の社会福祉法人やそれ以外の事業所に呼びかけたり住民参加型のサロンを作っていく。

現在、菰野町には、区や自治会のサロンはあるんですが、それを強化していくことと、サロンやカフェや茶の間と呼んだりしていますが、そのメニューを少し多くしたりして、居場所を常設化していくが必要と思っています。

私の住んでいる地区は、残念ながら今無くなってしまったんですが、居場所がずっとオープンのところだったんです。誰でもそこにきてお茶飲んで帰って行ってもいいというのが365日の中の正月が閉まっているくらいであとはずっとオープンだったんです。区費から出しますのでテレビも見ていいスクリーンも使っている。ちょっと高校生が悪さをして閉じてしまいました。そういうような形でもいいので若干カフェとはイメージが違いますがそういうところを開放していくという取り組みをしていました。そこに小学校の子供たちが来てお爺ちゃんお婆ちゃんと喋っているわけで、そこに少し本なども置いてあって図書館のような開放型だったんです。残念ながら区長さんが代わったらお金もかかるし安全も悪いと閉めてしまいました。そのようなところを我々社会福祉協議会は強化をよと思っています。

それ以外に民生委員さん、津市と同じように菰野町も民生委員協議会をうちが持っていますので民生委員さんと日々本当に細かい相談。名張市さんはまちの保健室が受けるとおっしゃっていましたが、うちはないので毎日のように社会福祉協議会の事務局にきて個別相談をし、そしてそのメンバーが生活支援やっています。

この間、難しいケースがあって、よく大阪に徘徊に行く人がいるんです。菰野町から電車に乗って行くのはいいんですが帰ってこないんです。大阪で保

護されると受け取りにいかねなければならない。もう10回近く行っているようで、この9月10月で3回ほど徘徊に行っているんで、さすがに相談にみえて、精神と認知が入っているんで今病院に入っています。そういうことも行政や民生委員さんとタッグを組んで医療機関へということもやっています。



実は先ほどの図、権利擁護という部分があってないんです。なぜかという施設に入ると施設の職員さんがある程度その人の能力の判断を補ってくれたりするし、ある意味財産的な管理まではいきませんが必要な経費の管理くらいはしてくれる。家にいるとだいたい家族がしていますよね。認知症の人の財布などは預かっているんです。だんだん一人暮らしになってくるとその仕組みがないとこの中で機能が充実してもお金を支払ったり管理する仕組みが実はこの図の中にはないんです。これが生活支援の中に入っているかというところでなかなか微妙なんですがこの中に私の気持ちとしては大きいテーマとしてその人の判断能力を補うという仕組み、仕事を確実にこの中に位置づけないままに、地域の中で隣の人が隣の人の代わりをなささいといわれても困りますでしょ。民生委員さんでも困りますでしょ。施設の職員でも困りますよ。だからきちんと位置付けてそれを保障しないと今の家族機能の関係から考えると必要になるのではないかなというふうに思っております。その辺りが権利擁護ということで、成年後見とか日常生活自立支援となります。

特にこの部分は住民の方、勝手にやっていってというふうにはいきません。だけど住民の方のご協力はいただきたい。バックできちんと仕組みを運営するという責任をもったところが必要となります。それが本来、皆さんで作っている社会福祉協議会が一番似合うのではないかなと思って現在は進めています。そして住民の方々にいろんな福祉のことを覚えていただくということでの福祉教育を考えて現在動いているところであります。

この5つが今後、地域包括ケアで社会福祉協議会が住民の方や民生委員さんや地域の施設の方々と力を合わせて確実に作っていくことが大切になり、これらを大きくきちんとまとめていくのが本来の役所の仕事であって、その中で足りない部分を午前中の先生の話にもありましたが公的な責任として支えていただければ、我々は共助という部分になるのかもしれないし、それぞれに皆さんにご協力いただいた部分が互助になるのかもわかりませんが、しっかりと支えていけることとなり、今、社会福祉協議会が頑張らなくてはならないこの一つと思っています。それが上手いかないし、社協の職員も上手く動かなかったので生活支援コーディネーターとか地域包括ケア体制整備も社会福祉協議会が昔からきちんと地域福祉を推進していたら出てこなかったのではないかと、私はいつも思っているんです。

私も社会福祉協議会の職員ですが、実際それなりにやっているなという社協は全国の社協の1割から2割くらいで、他はいろいろと事情があって上手く動いていないという部分もあります。それは社会福祉協議会は住民の人から作っているので生かすも殺すも皆さんです。生かすためにはその機能をうまく活用していただいて、社会福祉協議会の職員も言われたらそれはできませんあっちですと言っていないで真摯に取り組むということが大事と自ら反省しているところでもあります。

最後に国が示しているイメージを付けておきました。皆さんにはない資料なんです、菰野町の場合は、菰野町小地域福祉ネットワークという仕組みを作ろうということで、ここに障がい者や高齢者の

方々がいて、そして近隣の住民者や民生委員さんからの情報を社会福祉協議会、うちは包括支援センターもしていますから一つの機能の中に入ってくる、それを実際の相談で支援先に振っていったり、見回りが必要な場合は民生委員さんと協力をしていく。民生委員さんの見回りは一般の隣の人が見まわるとはちょっと違うわけです。民生委員さんの場合は責任があります。そういう部分を菰野町独自なんです、福祉ヘルパーが配置されて、民生委員さんの支援と相談をしています。これが2名役所からの人件費支援で雇っております。

民生委員さんから上がった見守りが必要な要支援者をすべてチェックを入れて、その方のところに福祉ヘルパーが行ってケース記録を付けるんです。もちろん本人さんに合意を取ってですがデータは消防署にも流れていて、そして消防署がその情報の発信元の方を緊急で搬送した場合、同乗者がいても報告はあるんですが、同乗者がいない場合は基本的にすぐ同乗者がいないので応援願いますと社会福祉協議会へ入ってくるんです。そうすると365日24時間体制で菰野社協が対応していますので、そのケースファイルをもって病院へ行って、例えばお医者さんとの情報交換や後のサポート、その人の関わっている親戚などに繋いでいます。

民生委員さんに深夜まで動いてサポートしろという民生委員さんのなり手がありませんし、そこまではなかなか情報もわかりにくいということもあるので、この民生委員さんの地域活動を支援するという意味と専門職とのつなぎに実は福祉ヘルパーという制度が菰野町独自ですがあるんです。これは一時無くなりかけたんですがこれだけは残してくれと頼み込んで、役所からの委託事業として残して現在上手く支援をしてもらっています。

民生委員さんの集まりの中でも民生委員と福祉ヘルパーは専門職で本人さんを知っているので、この人どうしていったらいいだろうと協議がしやすい。そしてアウトリーチですから一軒ずつ回ってますし介護技術を持った職員ということもあって緊急であればそれで対応ができる。そういう形で菰野の場合

はやっけていて消防の関係も繋がっています。また最近ここには書いてありませんけれど、警察も繋がっていきまして、あの家最近ずっと閉めこんでいると警察に一報すると、すぐ警察も来てくれてさあ一緒に入りましょうというような体制が強化されています。

地域ケア会議というものを地域包括でやっているんですけど、そこに最近は必ず警察も参加してもらおうようにしておりますので、非常にコンタクトがしやすくなっています。現在これをしっかりとシステムを作って、最低限、菰野町内何処にいても安心して住んでいけるねという形をとっています。そしてこれは古い図ですが地域包括支援センターではSOSネットワークとってこの間も一人、それぞれ大阪に徘徊するのは警察にネットが貼ってありますので、そこに引っ掛かると電話がかかってくるのですが、町内の徘徊はSOSネットで皆さんが登録されていますので瞬時にインターネットで配信されてメールに来ます。先日もそれで1件発見しました。先生が言われたように外に出てみんなが見に行くわけではないので、見つけた時に頼むねという感じしております。以上で報告を終わらせていただきます。

## <草川>

今日する話は津地区の医師会の医師会員に地域包括ケアシステムに医療者としてどう関わっていくよう啓発しているかということを中心に話させていただきます。

まず私自身の立場ですが津の大里というところで零細診療所をしております。入院施設も持っていませんし介護関連の施設も持っていません。介護事業所からの訪問診療・往診等に関しては施設をまとめて診てくれというものはすべて断っています。その利用者さんないしご家族が直接ご相談にいらっしゃった時のみ受けるという姿勢をとっております。まず医師会という医療保険改定の時に値段を上げろとか、どこの議員に献金したとかいうイメージがあるかもしれませんがあれは医師会と別にある医師連盟というほうがしまして医師会の方は先ほども話にあった公益社団法人、公益的な事業をして利

益を求めてはいけないものになっていますので、その組織がかかりつけを持ちましょうと運動を今しています。自分の患者さんを増やすためにかかりつけ医を持ちましょうと言っているわけではありませんで、医師会で数年前にこういうパンフレットを配っていたらしいんです。そこに書いてあるにはかかりつけ医はスライドに示したこういう仕事をしますよと、普段から相談できるお医者さんのことです。

普段の普通の初期診療病気をきちんと診て必要な時にはきちんとしかるべき医療機関へ繋げる。もっと精密検査をしなくてはいけない人だとか、しかもその人の家族のことだとか昔からの病歴なども知っている。そして病気にならないよう健康診断などもしましょう。介護につながる相談なども含めて医療相談を受ける能力のある人。さらに必要に応じて在宅医療にまで繋がられるような人というのを必要条件として求めています。



どうしてかかりつけ医を持ちましょうというような話をしているかというと、他の国に比べて圧倒的な速さで進んでいる高齢化率。高齢といっても65歳くらいだと非常に世話を要する高齢者ではないんですが、高齢化率が圧倒的に進んできている中で認知症のお年寄りが認知症の自立度2ですから自宅の中である程度見守りが必要な人という程度の人の推計が65歳以上の13%、470万人が認知症に2025年にはなっているでしょう。しかも65歳以上の方が平成20年までにお子さんとの同居率がどんどん下がってきて昭和55年に70%程度だったものが平成20年には44%になったと、これは平成20年度の

将来推計ですけれども世帯数としては人口の減少に伴って減ってくるわけですから世帯主が65歳以上の世帯というのが数として増えてきてしかもその中で高齢者単身もしくは高齢者夫婦だけというのが数として増えてきてその中で率としても増えてきている。お年寄りだけの家庭がどんどん増えていく。

そういうことを推計時期が違うので若干数字が違いますがグラフ化するとこういう形になります。高齢者のみの夫婦、高齢者単独の家庭が高齢者が世帯主の家庭の68%に2035年にはなると。しかもその中に認知症の人も交じるわけで認知症だけの高齢者世帯というものも出てくる。それと高齢者介護と要介護認定。認定者数、高齢者の数というのは当然高齢になれば数は減っていきますので80歳90歳の数は少ないんですけどその中で介護認定を受ける人たちというのは絶対数が減ってくるので数として減ってくるんですが、年々率として上がってくる。要介護認定の率でいうと高齢になれば当然上がってくるわけです。介護を要する高齢者がどんどん増えてくる。その中でかかりつけ医って何なんだという、これが日本医師会の定義なんですが、かかりつけ医とは何でも相談できる。ちゃんと医療のことを知っているさらに紹介もできてその中でかかりつけ医の持つべき働きとしては継続的に、適切な継続性を重視した適切な診療。昔を知った上で病気がどう変わってきたのか判断してその上で適切な診療をして必要に応じて的確な医療機関に紹介をして場合によっては保健・医療・福祉の諸問題に対して幅広く相談できる医師として、行政とか介護の人たちに繋がられる。しかも個人の背景とか個性とかまでを知った上で全人的視点から対応できるようなことがかかりつけ医の機能として必要とされている。

先ほどの介護・福祉との連携とか、高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。これはややこしい言葉ですけども、気軽になんでも、継続的に、連携して、全人的、在宅医療という言葉に要約されると思います。ところが認知症のお年寄りなど決められないお年寄りがどんどん増えてくる、今日お話ししていない別の案件なんです

が、自分の死についてあまり考えたことがないという人の割合が30代よりも50代が多い、それよりも70代が増えてくるという案件がありましてそれが近づいて来れば来るほどそれを考えなくなる現実があって、そうなると思えない高齢者が将来どんどん増えてくるだろう。

今までは自己決定権、独立した個人として、自分のことは自分でちゃんと判断して決めて必要な介護資源、医療資源は自分で集めてどこにかかっているか自分の薬を全部知っていて飲み合わせも全部薬剤情報の紙を見比べて考えた上でできて欲しい、できるべきだ、すべきだというのが自己決定権のなかで独立した個人の自由という流れだと思うんですけど、それが残念ながらきつと無理なのではないか、決められない高齢者が増えて地域ですとか医療者ですとかそういったものの干渉もしくは過干渉まで必要とされているんじゃないかというところでやはりかかりつけ医を持ってください。といっているのだと僕自身は理解しています。

先ほどのかかりつけ医のパンフレットの裏面はこうなっています。医療者を中心として診療所どうし連携しましょう、病院とも連携しましょう、行政とも連携しましょう、介護サービスとも連携しましょう、患者さん、そのご家族と連携しましょう。こういう例が裏に載っています。その医療者が中心だった部分に介護ですとか医療を要する人を置いてきた。これが地域包括ケアシステムなんじゃないだろうか。これが出てくるときに強調されるのは本人ご家族の選択と心構えというところが強調されます。

そしてインフォーマルな資源。老人クラブに自治会など。心構えとインフォーマル、お金の要らないところが強調されまして。ところがこれは高度な要介護を要するようになった状態の高齢者や認知症の患者さんを中心に考えているので、拾い上がらない方も当然あるのですがこのシステムを主に動かしていくあるいは調整する人たちとして地域包括支援センターが大きく語られるようになりました。今までこのように連携に加えて地域包括支援センターさんとかかわる必要が医者にあるよと意識させなければいけないというのが私たちの考えです。

これは地域包括センターとかかりつけ医の関わりです。普段の診療の中において、先ほど来の一次予防、二次予防が上手くいかなかったということもあるんですけども、それまで語られてきた運動機能障害、嚥下障害、引きこもり、うつなどを普段の診療の中で、診療所へ入ってくる足取りがちょっと変わってきたなというのを見つけたり、あるいは最近ちょっとしたケガが多いなと感じたり、脚立から落ちた、すりむき傷が増えたなど、これは運動機能障害が後ろに隠れているに違いない。あとはむせやすくなった、痩せてきた。あるいは引きこもりで、独居でなんとか通ってきてくれている人がパッと3カ月来なくなったとか非常に気になるわけですけども僕らの中では商売っ気を出してと思われると嫌なのでなかなか連絡しにくいわけです。それとか連れ合いを亡くして元気のない人たち。ちゃんとアンケートなどで答えていると引っかかってくるような人たちを僕たちは直接目にする機会が多い職種です。

そういうときに地域包括支援センターの人にこういう人がいるのだけれど見に行ってもらえますかと言うと非常に快く見に行ってくれます。それが良い結果に繋がられているシーンも多々あります。ですからこういうことをかかりつけ医だと思っている医者にして下さい。ということを僕たちは医師会の中で話していかなくてはいけないし、現に話しているところです。



もう一つは既にある制度、会議が一杯あってその中には先ほどの地域包括ケアシステムと直接結びついているものもいくつかあります。まず一つは地元

の資源と地域包括支援センターを結びつけるというものがありますが、いろんな集まりを作ってもそれが地元密着しないと繋がっていかないあるいは地元の人をはじめたので地元の人がパッと辞めると無くなってしまうという話がありましたけれど、例えばこの写真はお寺さんである保健師さんたちのグループを施設から呼んで体操教室をしていたんです。

僕はこちら側に立ってしまして本堂の方で永代供養の後に坊主の法話より医者の方が多少は面白いだろうと医者が語る死に方教室というものをさせていただきまして、2か所くらい近所のお寺でさせていただくことができました。ここはさらに地域包括支援センターの健康体操教室ですとか転倒予防教室をよんで月に2回だったか4回だったかそういうものをして下さっていますし、ご主人を亡くされた方がある地域で数人出てしまったときにここに行くことによって随分救われた方があったという事例です。

地域ケア会議、医者があまり参加しない会議なのですが、医者が参加するケア会議にしていましようということでもどこの地区であったら誰が出ましよう。自分の症例がかかわっていたら必ず出ましようというふうにしています。

認知症事例相談会、津は幸いなことに三重大学に基幹型の認知症疾患医療センターがありますのでそこが毎月きっちりしておられる認知症の事例相談会に認知症の対応力向上研修を終えた医者やサポート医だけでなくできるだけ参加したいと言っています。残念ながらもまだ参加は少ないですが、引き続き参加したいと言いつつ続けます。そして、在宅医療・福祉事例検討会これは在宅医療で問題になったあるいは興味のある症例をテーマとして取り上げて話し合っそれをやがて各地域で実際困難なことが起こった時に話し合う地域ケア会議のための知識として身に付けていまいましようという事例検討会です。これも今月の5日ありますがこれは今のところ専門職だけでインフォーマルな方々までは招待していません。100人以上の規模で行いますが今月は末期の緩和医療の話で消化器症状、呼吸器症状を伴った癌の末期症例を事例に出して検討することに

なっています。グループワークをしてディスカッションの結果を話し合います。診療所と地域のかかわりを再考する。診療所というのは診療施設であると同時に地元の資源でもありますのでそれぞれ集団清掃の日とか防災訓練とかかかわりべきではないのか?できていない部分を考えるということ。

それともう一つは診療所と住まいが別の医師がいますので地域の中で自分自身もインフォーマルな資源としての自分なんだという意識を持つてほしいと思うんです。ところが医者には75になっても80過ぎてヨボヨボになっても働き続けたがる人が多いのでインフォーマルな資源になかなかなりにくいんです。インフォーマルな資源となった時には、僕も60で老人クラブに入る年齢になったんですけれども先生入ったら会長にされるよとなったもので今のところはいらずにいるんです。

在宅医療と地域包括ケアシステム認知症高齢者の在宅医療これはもともと地域包括ケアシステムがこういうところを中心に考えていますからつながるわけですが、実は先週の水曜日に妹を亡くしまして昨日告別式で市長のお父様も同じ時間帯でしたので斎場で市長にお目にかかったんです。癌だったんですが、在宅で看取ることができました。しかも僕しか介護者がいないので、僕が2時くらいに診療の後片付けをして、後片付けを彼女のそばでできるように長いLANケーブルをひいてきてコンピュータをそばに置きまして看ながら後片付けをして朝の4時5時くらいに洗濯物が終わってウトウトとするという暮らしで何とか看取ってそうしましたら昨日斎場でお会いした市長さんもお父様を在宅で看取ったというお話でした。

癌症例の在宅医療はこれは必ずしも高齢者に限ったことではないのと期間が短いことがあって、介護保険には載せることのできる症例が多いんですけれども地域包括ケアシステムとはちょっと別のことで、これもオプティムスタディという4つぐらいの地域、山形県の鶴岡市と千葉の柏市と浜松市と長崎市でいろんな研究が行われてきて、やっとなんか提示されてくるようになるのではないのかと思っていますけれど、それとか神経難病とか医療依存の高い小児在宅はこういったところにまだ載ってこないのだからこういうところも地域包括ケアシステムとは関係ないけれども何とか構築されていくんだろうと思っています。そんな中に医者も人的資源としてかかわっていきますけれども皆さんもそれぞれ専門職だったりインフォーマルのパワーを持っている人材です。人的資源として皆様方の活躍を期待しております。ありがとうございました。



#### 編集後記

今年度最後の地研通信は、前通信と同様 121・122 号の合併号となっております。

内容は、11月1日に開催された「第51回地域問題研究交流集会」の報告となります。「地域包括ケアのあり方を考える」というテーマでの基調講演とシンポジウムの構成です。具体的な事例も多数紹介され、活発な質疑応答の様子も掲載されています。ぜひ、ご一読ご一考ください。(AK)