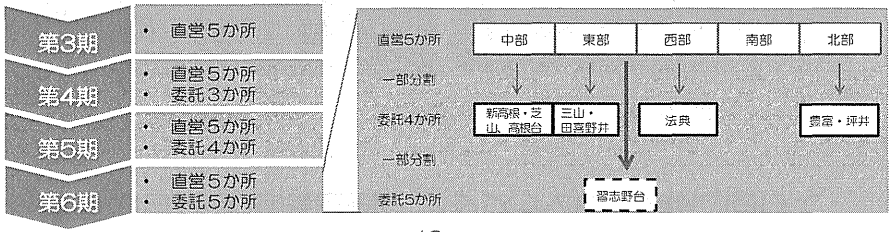
重点項目〈介護〉
②地域包括支援センターの機能強化

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、高齢者の保健・医療・介護に関する包括的な支援を行うためのしくみとして、地域包括支援センターの機能の強化を図ります。在宅介護支援センターは、地域包括支援センターと協働して、地域における身近な相談窓口の役割を果たしています。



13

重点項目〈予防〉
③認知症対策の推進

認知症の早期発見・早期対応のために医療や介護等の複数の専門職が認知症の疑われる人や認知症の方とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行ない、自立生活のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」の設置について、市の既存事業として地域包括支援センターにおいて実施している「専門医による認知症相談事業」との関連性を整理し、本市のより良い認知症施策を推進していきます。

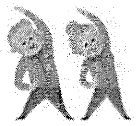
認知症の方ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う「認知症地域支援推進員」の設置を進めていきます。

14

重点項目〈予防〉
④介護予防の推進

生活習慣病予防の観点からの健康づくりとあわせて、要支援・要介護状態になることを防ぐ取り組みを行います。

具体的には、運動が習慣づけられるように、公園を活用した健康づくりやいつまでも自分の足で歩き続けるために「ロコモティブシンドローム」予防推進やシルバーリハビリ体操の体操指導士の養成などを行い、医療、介護を必要とする期間を可能な限り短くするために、健康寿命の延伸に取り組んでまいります。



15

ふなばしシルバーリハビリ体操推進事業

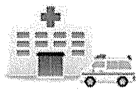
ふなばし
シルバーリハビリ体操推進事業

体操指導士の養成（講習会の開催）	体操の普及（体操教室の開催）
	<原則として65歳以上の方が対象>
市民に体操を教える「体操指導士」を市民の中から養成	体操を通じた健康づくり・介護予防、集いの場の形成

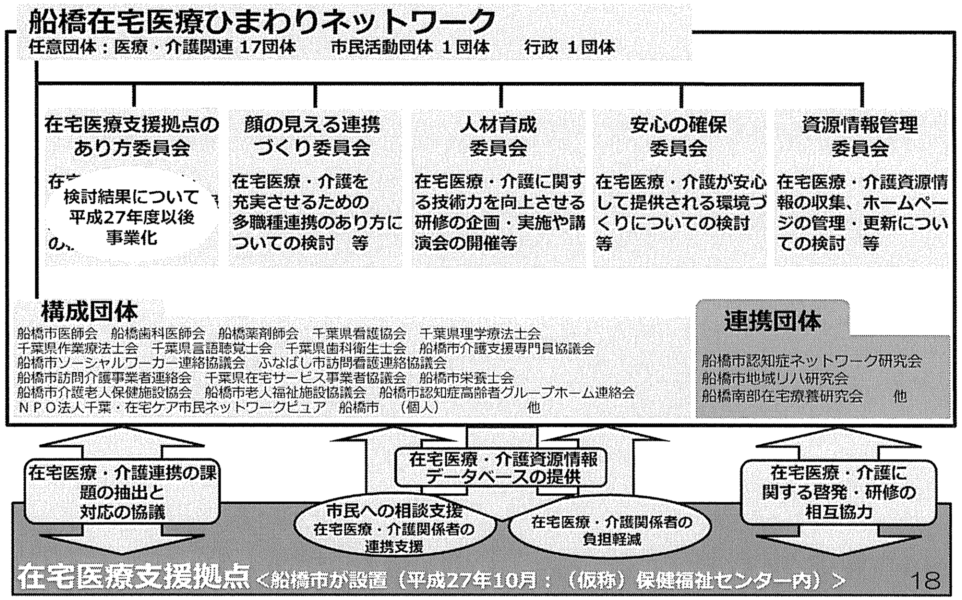
16

重点項目〈医療〉
⑤在宅医療の推進

地域包括ケアシステムの構築には、在宅医療の推進が重要であり、医療と介護の連携を促進し、情報の共有が必要なことから、医師会をはじめとする医療関係団体、介護事業者団体、行政など１９団体で組織した「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」の活動を中心に、在宅医療・介護関係者の連携を推進します。また、平成２７年１０月開設予定の在宅医療支援拠点において、在宅医療を担う医療機関等の医療・介護資源の情報を把握し、医師・訪問看護ステーション、介護サービス事業者などへの情報提供や活動の支援を図ります。また、市民の方に対する支援として、患者さんやその家族に必要な在宅医療に関する情報提供等の相談を行って参ります。



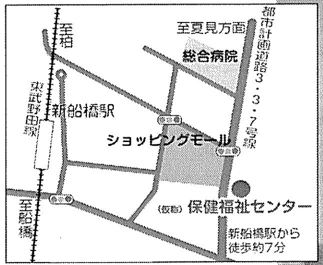
船橋在宅医療ひまわりネットワーク



在宅医療支援拠点

（仮称）保健福祉センター内に設置

（平成２７年１０月オープン予定）

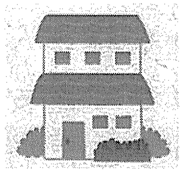


保健所
中央保健センター
中部地域包括支援センター
夜間休日急病診療所
かざぐるま休日急患・特殊歯科診療所　などが入居する複合施設

重点項目〈住まい〉
⑥住まい・施設の量の確保

地域包括ケアシステムを構築する上での前提となる「住まい」は、高齢者向けの住居の確保や、地域におけるニーズに応じて適切に供給される必要があります。

平成27年度中に「高齢者居住安定確保計画」を策定し、高齢者にやさしい、多様なニーズに応じた住まいが確保され、可能な限り住み慣れた地域で安心して住み続けられるよう、基本的な方針・施策をまとめてまいります。



重点項目〈生活支援〉
⑦地域での支えあい体制の確立
（生活支援コーディネーターの配置）

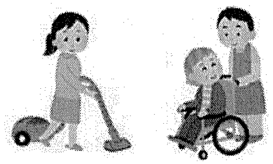
生活支援では、ボランティアが中心となる市民活動団体や助け合い活動団体を支援するなど、地域住民同士がお互いに助け合い、支え合っていく仕組みづくりを行っていきます。具体的には、地域の団体から構成される協議体が、地域における助け合い活動やボランティア活動、地区社会福祉協議会などでの活動経験がある人の中から「生活支援コーディネーター」を選定します。

そして、「生活支援コーディネーター」は、地域の単身高齢者や高齢者世帯などから生活支援などの相談を受け、それらを解決するために、地域の福祉サービスや助け合い活動などができないかどうかを検討し、支援していきます。

重点項目〈生活支援〉
⑧生活支援サービスの提供

高齢者の多様なニーズを踏まえつつ、市の一般施策の中で安否確認や緊急時の対応、日常生活における家事援助、栄養管理指導も行う配食サービス等介護保険を補完するため、自立に向けた多様な生活支援サービスを提供しています。

今後はさらに、ひとり暮らしや商店が近くにない買い物困難者への宅配の情報提供などを行い、買い物困難者への支援やシルバー人材を活用した生活支援事業の実施、現行の安否確認事業における見守り体制の強化等を進めてまいります。



住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として 多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連する テーマ、講師の希望/推薦
「地域包括」という言葉が理解しにくいため、社会事業大学の藤井賢一郎氏の「要するに、なるべく入院や入所をせず、地域でねばる」という解説が一番イメージがついた。	「地域ケア会議とは、地域のケアマネの事例から地域課題を見つける会議」と自治体からは説明を受けたが、NHKでは和光市の取組みを「適正なケアプランのためのチェック」のように報道していた。「地域ケア会議」という名称はともあれ、ケアプラン次第で利用者の人生が変わってしまうところがあり、多職種連携を仕組み化している点が評価できると思う。	
これが、なかなか、むずかしい！～地域の中で、ゆるやかに受けとめて、最期まで支えるまちづくり～　というキャッチコピーを使っているが、そもそも、何で、地域包括ケアなのか、何で保険料はらってんのに介護保険でやってくんないの？　要支援1，2が市町村になるのか、地域の居場所をどうしてつくるのか、お医者さんにお任せでいいじゃない、じりつしえんって、なぁに？その基のところが見えない気づいてないままでは、始まらない。平均して依存体質というか、そもそも措置や役所や医療にお任せ的な従来型の意識の変容がダイジ。医療・介護・福祉の専門職の皆さんのフォーラムや研修会、学会などでの学びと連携はここ数年、とっても盛んだが、主役の市民、住民、国民は取り残されてきた感がある。自治会、民生委員、女団連、各種ボランティア団体、地域包括支援センター、行政、介護保険事業所などの研修依頼や視察、見学にあたり、実践現場を見る、体験する、今を伝えるだけでなく、あらためて、自助・互助・共助・公助の役割分担、介護保険の理念、介護保険法第4条、人口ピラミッドはすでにピラミッドじゃない！このまま行くと肩車社会になります！など等を共有しながら、「あなた」は、これから、どういう風に、生きて、活きて、逝きたいですか、あなたらしく「生ききる」ために、どうしたらいいと思いますか？というやってあげる人から、お互い様の当事者意識を持っていただけるような双方向性をもった顔の見える場所づくりを工夫している。が、サロン活動10年を振りかえり、いっしょに歳を重ねた高齢者の皆さんといっしょに、心と体を動かす時間と空間を共有しながら、ずっと学び合い、伝え続けてきた自己決定、自立支援、自己資源を活用した様々な自主活動、ボランティア活動。互助の中で、自助が育まれるという手ごたえを感じているところだが、ある日、気がつくと会員の皆さんやご家族は、何の躊躇も無く、いつの間にか、要支援の認定を受けて、ご近所のお仲間と連れだって、週に1回、温泉に入りに行ってると知った日の複雑な思い！認定は要支援と出た。当然の流れとして、週に1回のデイサービスへと。		
地域包括ケアという言葉通り、地域内でのケアに関する事柄は全て包括できる仕組みになれば、理解しやすい説明が出来ると思う。	地域ケア会議の開催の取り組みについて、例として挙げられた自治体のような仕組みが機能していていることは評価すべきことと考える。介護保険制度の中では、施設ケアでは前提とされている多職種協働のケアマネジメントが、居宅ケアでは、文書照会が多くなるものの同様に多職種協働のケアマネジメントが行われるべきものとして求められている。従って、ケアマネジメントという考え方の中で支援を行うのであれば、地域ケア会議であっても多職種協働によるケアマネジメント支援は、共通として存在するものではないか。但し、和光市（人口約80000、面積　約11k㎡、地域包括5カ所）　杵築市（人口約30000人、面積　約280k㎡、地域包括1カ所）　桑名市（約140000人、面積　約136k㎡　地域包括6カ所）と私たちの受託包括が属する地域（人口約201000人、面積　約15k㎡　地域包括5カ所）とでは参考にできても、モデルにはできないとも感じている。人口密度、人口構成上の特徴、経済的な地域の特徴、地域を構成している組織（自治会や加入率等）などから検討すべきことや、地域ごとの予算規模と配置人員から検討すべきこと等から、各地域が機能しうるシステムを構築し、必要に応じて変化させていくことが重要と考える。	
みんなで作ろう、守ろう、支え合う街づくり	自治会単位であれば、顔が見え有効的に思えるが、全ての事例となると多様な価値観をどのように考えるか？ということにより、住民によっては好まない方もいらっしゃることが想定される。	自治体の中で先駆的に土休日でも介護保険・障がい・子育てなどの諸手続きや相談窓口を受付ているところがあれば、どのように進めたのか聞いてみたい。現在、働きながら介護や子育てなどをされている人口は多いが、申請・更新に必要で複雑な手続きや相談は、平日の日中であり会社を休んで行かなければならない。
住民代表（民生委員等）が、活動の概要を知り、意見を述べる機会があることが、よいのではないか	地域包括ケアの本質的要素と考えている	
老いること、病にかかること、ハンディを負うこと、すべて人生であり、尊厳と幸福を最後まで保つことも人生であり、その人生を地域全体で連綿と支え合い全うすること	残念ながらまだ不勉強で「一定の範囲に属するすべての事例」を含め調べてみようと思うが、直感的には「地域ケア会議」は、地域包括ケアの篤み？を増すものになると感じる。	
ナラティブベースの映像。妻に先立たれて、ごはんどうしよう、社縁がなくなって友達つくりたい、居場所と小銭稼ぎの二兎を追いたい、なんでもいいが、実利で動いた結果、僕もあなたもみんなハッピー、みたいな映像。医療とか介護の問題よりも、生活支援のところで訴えないと住民は動かない。そして、ファッション誌と同じで、私も真似したい、っていう映像でないと難しい。もう一つ、転居する住宅費用などないから自宅でがんばるしかない、というのがあると思うが、不安煽っていて品位がないから×・・・		住宅／都市部局と医療・福祉部局の人事交流の実態あるいは、住宅や都市計画がかかわる仕事をする時の連携の実態（課題含めて）。 各部局でそこそこ力をつけたうえで、人事交流がないと、保険者機能が強くならないと思うので。下川町、大牟田市、富山市など。近江八幡は実質できているのかもしない。人口規模が8万程度だからか
市役所の職員であるという様子をみせながら実態は大きな施設(生活クラブ、介護老人施設、医療法人等)の職員が運営しているという柏市の状態は、少しは福祉に長い私のようなものであれは想像，見当がつくが一般市民がそうしたシステムは決して理解しない。40万都市、7地域に分けての包括支援センターの存在だが、市が積極的にその存在を広報していかなければ市民はその存在すら知らないで済んでしまう。高齢化に向けて市でも担当課を増やし人員も増やしているが、地域包括課というようにその名をはっきり示した課を作り、その担当部署にはしっかりした地域包括担当課員がいて、地域の現状を把握し時には指示を出す、という風になれば、と思う。やたらになんでも市から降りてくるのよね、とは包括職員の影の感想。法人に事業所が二つあるので2ヶ所の包括支援センターとお付き合いをしているが、地域に溶け込む努力を具体的に始めて、お手伝いを頼まれたところ。市の中心部にある包括センターの取り組み「認知症サポーターPURASU育成講座」というもので、具体的には講座にこられた方たちに実際に認知症のケアについて事業所に来て認知症のご本人達と触れ合い一日過ごしてより理解を深めるというもの。講座を聞くだけでは実際に具体的にお助けは難しい、行動に移せないといつも思っている所なのでお引き受けした。4町会ほどの住民20名を予定していた所40名余の応募があり、こうして包括支援センターの役割・仕事を知ってもらえるチャンスがあることはとても良いことと思う。そのほか北部はどうやら若年性の認知症について取り掛かっているようで、もっと北の田中の担当包括は「認知症カフェー」を先日第1回目をセブンイレブンの協力でしていた。各包括支援センターで具体的に取り組み始めたことが目に見えてきた。おそらくはどんなことをするか、を市に報告するのかな、とと想像。出来るだけ協力をしていきたいと思っている。	3市がどのように実際にされているのか勉強不足。柏市では他職種連携という名の取り組みを始めて3年くらいか、この頃はケアマネージャーや、看護師などがその連携会議に出席したいと担当課に申し込みがどんどん増えているそう。通称「顔の見える関係会議」といい自分の事業所が属している地域にどんな医療者、病院、訪問看護・介護、施設の各種があるか、いざケアプランをする時、ご利用の人達の緊急時の対応などに役立つ、ということが関係各職種に分かり始めてきたのだろう。会議は6～8名が1グループで10グループほど。グループ分けは地区ごと集まる方式なので具体的に役立つ、ということでの評判。名刺交換をしてすぐ役立つ。内容はやはり事例検討を通してどの職種がどのように関わるかかかわれるかを検討し、最後にグループでまとめたものを発表し、参加者みなが参考にし共有。	

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連するテーマ、講師の希望/推薦
平成18年に地域包括支援センターが開設されてから9年、住民組織である自治会、町内会役員へ役割が浸透してきていると思う。その要因の一つは、地域ケア会議の定期的開催、介護予防教室等の開催により、実践が理解につながっていったと考えられる。しかし、一般の地域住民に対して、センターの役割、また地域包括ケアシステムの意味が理解され、浸透しているかどうかは疑問。用語に馴染みがないこと、要支援、要介護の状況にある前の段階から、このシステムが機能していることが啓発されてないことなどがあげられる。 そこで、一般住民に理解してもらうためにとなるのだが、実際に関わりを持つ、つまり住民がこのシステムにより事業を体験することを通じて理解を促していくことが必要ではないかと思う。地域包括ケアシステムを構築するための活動に、住民を取り込み、ともに歩むことが必要ではないか。医療・保健・福祉を一体的に機能させる中に、住民が主体的に活動できる場をシステムとして取り入れてはどうだろうか。例えば、認知症サポーター養成講座を住民が主体となり講義ができるよう転換していくなど、住民の主体性の構築が必要ではないかと思う。		地域包括ケアシステムが機能している都市部の事例をテーマにした討論会があればと思う。町村単位が小さくなるほど、保険者、事業者、住民の一体化が図りやすくなり、単位が大きくなるほどに難しくなるように感じる。特に、市が包括支援センターを特定事業者（たとえば社会福祉協議会）に委託している場合、システム自体が機能していないケースがあると感じる。
地域包括ケアシステムを住民に理解してもらうのは何のためなのかという前提が必要。実際には、地域包括ケアシステム云々ではなく、「限られた人材で限られた財源の制約の中で年をとってからの日常生活の安心を獲得するための地域住民の知恵」ということでいいのだと思う。地域包括ケアシステムとして理解すべきは、事業者・専門職・行政だと思う。	行政が運営において主導的な立場をとる地域ケア会議は、行政現場の現状（異動の頻繁さ、専門職の少なさ）からみて、普遍的な評価ができるものではない。地域としての目標を達成するための具体的手法を「具体的な指標」を伴った形で、設定できるかどうか？ということが重要であり、そのことができれば、地域ケア会議の開催の方法はあまり重要ではない。まず、事業計画の立案の方法から再考しない限り、地域ケア会議は、一部の意識の高い行政職が存在する「ラッキーな自治体」の成功事例になってしまうと感じている。	自治体の成功事例がなぜ、普遍化できないかについて考えるということが大切
理解しやすい説明会などは、大人数よりも、（生活者から）顔が見える範囲での開催が良いのではないか。また、実感できるサービスが進み、見える化してくると、実感がわくと思う。実感が無いものは、いくら説明されても理解できないのではないか。		
住民からすると、多職種協働をうたっている地域包括ケアシステムのイメージは難しいと思う。本来の互助の考え方をもって、地域ではボランティアの方々とも、良く話しあいますが、チームケアの原点はご近所サークルを活発化して、地域住民をサポートするように多職種が支えるイメージを住民にもってもらうことだと思う。そのためには、行政はもっと住民に対しての仕組みを周知する場を多く持ち、相互の理解を深めて、住民主体のシステムを構築することが求められる。特にケアマネジャーもインフォーマルである住民の協力体制をつくる努力も必要であると思う。		
横浜市某区が区民向けに開催した地域包括ケアの説明会に参加したところ、医師，看護師、介護職、ケアマネジャーら関係専門職ら10数人が壇上にならび、ひとり一人地域包括ケアで果たす役割を説明したところ、区民のひとりが質問しました。「とても良い仕組みであることは分かりました。そこで、お聴きしたい。皆さんが説明してくれたような医療と介護のトータルケアを受けるには、いったい幾らお金かかるのですか」と。この質問に対する答えは「医療サービスは医療保険での自己負担分、介護サービスは介護保険での自己負担分を支払います」だったので、質問者は「？」。結局、主催者側からは納得のいく「包括的」な回答はなされなかった。住民の発想はこのように具体的かつリアルなもの。介護保険スタート前夜は、熱心な地方自治体は地域の公民館や寄合場所に職員を派遣し、車座になって、おばあちゃんの分かる地元の方言を使い、介護保険の趣旨、仕組みや利用法などについて懇切丁寧に説明したもの。住民自身が専門職と同列の場で町づくりを考えるようにしなければ、つまり「説明」をする前に、その地域における規範的統合、理念の共有をすることなしには、住民の理解を得ることは困難だと思う。		テーマ：地域包括ケアのガバナンスのありかた、講師：松山幸弘キャノングローバル戦略研究所・研究主幹
「困ったとき、助けが欲しいとき、そして一緒に喜びあいたい時に、安心して参加できる地域の集まり、地域の活動、地域の支援」というイメージか。	大変評価する。それぞれの市の状況は詳しくは存じ上げておらず、すでに当然なこととなっているかもしれませんが、私が今後地域ケア会議に対して期待することは、定時（会議の時間、開催日程を含む）性、継続性、重層化と思っている。その上での年度毎、コミュニティに対していかなる効果があったかなど振り返り評価が重要と思っている。	
住民が協力して町ぐるみで地域の高齢者や病弱な人たちを支えることが地域包括ケア！（町ぐるみの中に、医療・介護・福祉が含まれる）	市側が、地域のニーズを知る場と認識し、政策に反映する柔軟性と熱意をもって参加するのであれば、有益と思われる。	
地域の課題について、まずは小地域ごとに分析したものを「見える化」することが大事。UN habitatとWHOから出されているHidden citiesという報告の中でも、都市の中の健康格差を浮き彫りにするためには小地域ごとにデータを細分化することが重要と記されており、その細分化されたデータを住民にわかりやすい形で「見える化」し住民と共有することによって、住民自身に直接関係のある課題であるということを自覚いただくことができる。そして、自身の課題であることを自覚、認識してこそ、地域包括ケアというものがなぜ必要なのか、どういったものなのか、腑に落ちるようになると考える。		長野県松本市の福祉広場
地域にはこれまで、その地域の人や物事を何でも知っている『おせっかいなおばちゃん』がいた。地域包括ケアという時に必要な介護福祉や医療などとついついイコールで想定してしまうのはその従事者だけ。地域に必要とされているのは"友達や家族"と"他人"の間を埋めるようなちょっとうっとしいような、でもいないと寂しい『おせっかいなおばちゃん』機能だと思う。よって地域包括ケアとは『おせっかいなおばちゃん』をみんなで作る仕組みだと思う。	①の認識なので、多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」の開催は前向きで良いと思う。ケアのためのケアに意味がなくなってしまうように、多職種連携のための多職種連携会議は運営の継続性について課題が多いようには思う。やらなくちゃいけないことを減らして、やりたいことをやってたら多職種が連携しちゃってた！っと言えるような「地域ケア会議」が運営出来たら素敵。それはみんなでスポーツ観戦するヨーロッパのフーリガンなどが近いのではないかと妄想。	岩手県のオガールプラザのような社会貢献性の高い事業+自主収益事業を組み合わせたハイブリッド地域活性事業に興味あり
医療制度については、それぞれの医療機関の役割を理解することで、それにつながると考える。介護制度や自治体のあり方などについては、フォーマルとインフォーマルの『資源マップ』とそれぞれの役割を理解すること。それを元に、自治会やある一定の規模の集会などで専門家（地域包括職員、ケアマネ、行政担当者）を招き、よりわかりやすい説明と制度でカバーできない部分をディスカッションを通して深めていく、そういった中から、その場所ごとの『地域包括ケア』を創っていくことなのかなと考える。義務教育の一環として取り入れることも1つかとも。		

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連するテーマ、講師の希望/推薦
患者さんの診療にあたっていて、多くの人が自分の地域にどんな診療所、病院、施設等があるのかを知らないんじゃないかと感じる。また、病気についてもテレビ番組や広告等を通じてしか情報を得ていないのではないか、例えば胃ろうを作るとはどういうことか、延命とはどういうことか、家で最期まで暮らすというのはどういうことか等、イメージしづらいのではないか。ただこの現象は欧米とは異なり、日本では本質的なかかりつけ医の機能があまり発展してこなかった、患者教育やリテラシー向上に力を入れてこなかったという背景からは当然の結果と言えると思う。そんな中での地域包括ケアの説明には、ショック療法しかないと思う。例えば、地域の医療が崩壊していくとはどういうことか、地域での「看取り難民」が増えるとはどういうことか、そういった現実を直接示して自分たちの最期をイメージして頂くこと、そしてまずどこに行けばいいのか（例えば地域包括支援センター等）を示すことで、そこから必要なところにつなげてもらうという方法があるということを明確に示すことが必要だと思う。「色んなサービスがあります、在宅医療があります、訪問看護があります」という選択肢から並べるよりも、資源は限られていること、そこで老いていく自分がどのように最期まで自立した生活を維持していけるか、を「自分事」としてとらえて頂く方法が良いと思う。		
この四月から、何度となく地域の住民に地域包括ケアについて説明する機会があり、その経験から、説明の形は一つに定まらず、相手に応じて変化させる必要性があると感じている。例えば、すでに支えあい活動などが盛んな地域では、「皆様が今まで実践されてきたことが、地域包括ケアそのものです。これからも引き続き活動を実践してください。そして、例えば自分の人生の最終段階で、どのような医療を受けたいのかなど、医療や介護について自分事として考えてもらえると、さらに地域包括ケアが進みます。」と説明。そして、あまり活動が盛んでない地域では、「地域包括ケアで一番重要なのは、皆さんが健康でい続けていただくことです。まずは、ご自分の健康に関心を持ってください。それが、地域包括ケアの第一歩です。」などと、説明。まさに、試行錯誤。	地域ケア会議を活用したケアマネジメントや、ケアプランの全数チェックなどは、大変効果のある取り組みだと評価。しかしながら、取り組みが進んでいない自治体（本市のような）では、完璧な姿を目指してしまうと、結局何もスタートできず、思考停止に陥ってしまう危険性もあると感じる。	本市のような、地域包括ケアに関する取り組みがあまり進んでいない自治体の担当者が、実際にどのような課題に直面しているのか、そしてその解決策はどのようなものになるのか、といった具体的なテーマを希望。
四国、お遍路さんへのお接待文化	様々なステークホルダが参加するのは良い	スマートシティ関連
まさに今日行政と話した内容。最も多い頻度の具体例を示して身近に感じてもらうことが必要。鹿児島市は講演会をまずやるようだが、民生委員など地域のコアになる人から始めてもいいのではないかと思った。	自治体の取組みについてあまり例を知らない。個人的には集まって何かをするというのは効率が悪いので、ICTで何とかならないものかと思う。文字ベースでのスキルがみんな上がればLINEのようなシステムで簡単な例は結論が出せるのではないか。困難事例のみ集まるとかしないと、継続が難しいと思われる。	
生活に何かしらのサポートを必要とする人が、人生の最期まで自分の住み慣れた地域でできるだけ自立的に生活できるように、医療・介護・生活などの面において整えられる支援体制。	地域包括ケアを進めていく際に重要である多職種連携を進めるうえで、どの地域にどのような方がいるかということを、しっかりと共有していく必要があるため効果的と考える。	
地域包括ケアの説明として、以下の2点を考慮する必要があると考える。①実際の事例を紹介し、自分がケアを受ける当事者又は家族だったら「どのように対応するか」「誰に相談すればよいか」を考えていただき、住民同士又は専門家との意見交換できるようにすること。パンフレット等を利用した説明は、住民に制度を知っていただけるという利点がある一方、複雑な制度を実際に利用可能なサービス体系としてイメージすることは難しい。最終的には、地域のことをよく知る住民がアドバイザーとなりネットワークを広げ、住民主体の説明機能の確立を目指した取り組みが必要であると考える。②説明内容をできるだけシンプルにすること。説明を簡略化することで、より多くの住民の方々に関心をお持ちいただけるのではないか。また、小学生にも地域包括ケアについて学んでいただける機会を設けることも可能となる。在宅看取りが増加することが見込まれ、子どもたちの協力が不可欠になるご家庭も多くあるのではないか。幼少期からの教育はヘルスリテラシーを高めることにもなり、将来的な健康問題への対応にも好影響を及ぼすと考える。		
年齢や身体状況（健やか～疾病に罹患～障害と共存）によらず、それぞれの地域で人生を過ごすことができるよう、必要なケアや生活支援、生きがいも含めたコミュニティーサービスを住民自身・地域自らが自律的・継続的に提供していくこと。そのような、自律的地域活動により提供されるサービスのこと。	「地域ケア会議」が手段としてとらえられているか否かが鍵。そのためには、「地域ケア会議」が地域づくりや地域におけるケアの精度管理の一環として組み込まれ機能し、かつ、その成果を自治体職員及びケア提供者（更に願わくば住民）が成功体験として実感できないと、自律的・拡大再生産・好循環につながらず、ためにする「ケア会議」に陥る弊害もある。	和光市や武蔵野市、柏市などの事例はある程度、共有されてきたように思う。今後、重視すべきは、二次的に伝承された地域での活動が実際に機能できるのか、つまり、「横展開」可能なのか、そのノウハウは何か、を解明することではないか。東内部長が大分で展開された事例や経験などの検証がお聞きできればありがたい。
具体例を出すこと。●●町に住んでいる××さんは～～～したけれど、◆◆◆◆◆◆が＃＃＃＃＃＃と一緒に～～～～～したので、□□□□□□□ができるようになった♪これが、地域包括ケアです。と説明すること。（と考えて、記事を書いている）	高く評価。和光市しか見たことがないが、「改善する→安くなる」が明確で、保険者機能が確実に発揮される。「具体例で考える（①と同じ）」ので、ブレが出ない（抽象論だと、言葉は同じでも、別のことをイメージする）。全例行う（＝数が多い）ことで、応用の「型」を学び、やっているうちに価値観（＝何を目指すべきか）を共有できる。独自のチェックシートがすごい。考えるべきポイントを項目にしている（基本の「型」がある）ので、シートがなくても、目の前に東内さんがいなくても、ケアマネが型に基づいて事例を考えるようになる。（＝ケアマネジメントが標準化される）保険者側は、自分たちの基本方針に基づいてケアマネジメントを行った場合に必要なサービスの総量が分かるので、事業所参入を規制できる。参入希望者に「要らない（＝赤字になるよ）」と言える。ただ、「保険者機能」という言葉はニュートラルだが、良い保険者機能も悪い保険者機能もある。形だけまねると、単に保険料を節約するためだけの「悪い保険者機能」を発揮させることも可能だと思う。	雲南市
「在宅医療介護連携」、「生活支援サービス」などの専門用語を使っても、なかなか理解していただきにくいので、住民の方には、今後、元気で過ごされるのか、介護が必要な状態になられるのか、医療が必要な状態になられるのかわかりませんが、いろいろな状態になられることを想定して、ご自身が、どこで、どのような生活をされたいのか、可能な範囲でいいので考えてください、そして、その生活を可能にするためには、どのようなサポートが必要かを一人ひとりに考えていきましょう。本市では、市が主体となってサポート体制を考えていきます。という説明をしている。	和光市をはじめ、「地域ケア会議」の取り組みは素晴らしいと思う。本市では、利用者の自己決定を尊重しながら、必要なケースについて地域ケア会議を行って、ご本人の生活をサポートしている。	
住み慣れた地域で最期まで自分らしく生活し続けることができる様々なインフラが整っている安心感を与える事。より具体的な情報を与え、常に最新のニーズを汲み取る事。	自治体レベルで多職種協働ケアマネジメント「地域ケア会議」が行われることを心から歓迎	
自己責任	詳しく存じ上げないので、評価できないが、できるだけもれなく行うことには賛成。	健診・検診事業の医療機関への委譲（行政指導はしなければならないが、自治体がクーポンを配っても受診率は上がらないし、フォローアップも結局は医療機関が行うのであるから、もっとプライマリケアの充実が図れるように国にも働きかけていってほしい。

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連するテーマ、講師の希望/推薦
（和光市しか見ていないが）、東内福祉政策部長のファシリテーターとしてのカリスマ性で維持されている仕組みだということを強く感じている。東内部長はファシリテーター育成講座等によって全国に広がると言っていたが、各自治体の担当者のモチベーションや技術に触れている立場からすると、極めて難しいのではないかと懐疑的。「悉皆型ケア会議モデル」と名付けるとしたら、このモデルが適応可能なのは、人口10万人前後の市部で限界なのではないか。高齢化問題が逼迫する都市部では活用できないように思う。悉皆型を追求するのではあれば、地域包括エリアと自治体という2階層ではなく、地域包括エリアをいくつかに区分して、そのうえで自治体といった、階層化に工夫が必要であると思う。		和光市の東内福祉政策部長
住民と接点の多い、職種の方々への理解と協力して頂くこと。医療関係者、介護関係者、住民と接点の多い各自治体担当者　高齢者医療検診を受信しない高齢者が、約40％（厚労省より）いるとのこと。この方々がどこに行っているかを考えると、接骨院や鍼灸院に行かれてる方が多いのに驚く。あらゆる職種の方々の協力がなければ難しいと思う。	各地域の特色を生かしていること、良きリーダーの存在	
地域包括ケアシステムの構築は、目指すべき方向性はあっても、これで終わりというゴールがあるものではない。また、それぞれの立場でできることは何かを皆が考えていく必要がある。住民には、地域の小さな課題解決を住民自ら(住民主体)が働きかけ、周りの協力(全員参加、ネットワーク）で行った事例を示しながら、一つひとつ階段を上がるような「スモールステップ」を呼びかけると理解されやすいのではないか。 ・マクロの話⇒ミクロの話（国全体より市のレベル、市のレベルより自分の地域の話に関心。身近に感じる。） ・概念、理念⇒数字、グラフ(理想論より身近な現実の数字、将来予想のグラフなどに関心。納得しやすい。) ・新た取り組み⇒現実の取り組み（地域包括ケアのためにこれをやろう！より、現に行なわれていることが実は住みやすい街づくりに貢献していますよ！に反応。やる気アップ、新しいことへ挑戦。）	本市では、現状の大きな問題点は、以下の点にあると捉えている。①保険者主導の地域ケア会議は、給付抑制と捉えられがちである。必ずしも 自立支援に繋がると思えないプランに批判的意見＝サービス利用の排除・抑制と反発。②利用者のための質の高いケアマネジメントを求める事は、居宅介護支援専門員、サービス提供事業者にとって、手間は掛かるが、利益に結びつかないことへのジレンマに陥る。報酬に結びつかないインフォーマルなサービスや家族支援は眼中に無く、給付サービスの提供から、なかなか脱却できない。これらの問題を克服するためにも、多職種協働ケアマネジメント支援が、サービス利用者にとって本当に自立支援となったか、その効果を認定率に限らず、満足度としてどう「見える化」するか、またケアプランの選択の幅を広げるサービスの多様化、創出にどう結び付けるかが、この仕組みの評価の鍵と考える。	
いくつになっても、寝たきりになっても住み慣れた地域の中で、必要な医療や介護サービスを受けながら自宅等において生活が続けられるようにする仕組み。地域の開業医、訪問看護、ケアマネージャー等の専門職だけでなく、自らも近隣の商店や友人、知人のつながりや地域の自治会、民生委員等の活動に参加し、地域の中にある暮らしに役立つ資源をネットワークにてフルに活用していく仕組み。	杵築市の取り組みについて→個別のケース課題解決からネットワーク構築、地域課題の発見、社会資源の整備、政策形成を目的に、毎週メンバーを決め、対象事例を検討することにより、要介護認定率が明らかに低下している状況から、効果があると思われる。（目的と手法が明確で明らかである）	
人生の途中で直面する体や心に関する困り事を、自分の住む地域の住民や専門職のつながりによって、見守り、支える仕組みづり		①プライマリケア（家庭医）が上手に関わっているケース②ICTの有効活用などテクノロジーを先進的に導入しているケース
地域包括ケアシステムについては、私もあちこちでお話をさせていただく機会がある。特に、市町村・地域包括支援センター・介護関係の専門職の方々対象だが、その時にいつも強調するのが、「地域づくりの主役は皆さんではなく、『地域住民』ですよ。」ってこと。「植木鉢の土を作らなければ、どんなに良い種や苗を植えても育ちません。逆に土が良ければ、少々の種や苗でも立派に花が咲き、実を結びますよね。」と話している。地域包括ケアシステムというと、即、「医療と介護の連携」「多職種連携、顔の見える関係づくり」等々と連想される。もちろん最重点課題、口で言うほど簡単ではないと自覚しているが、「それが出来れば『地域包括ケアシステムは完成！』」的に捉えられると、「それはチャンんチャウ。」と思う。案外、専門職の方と話をするとそういう感想を受ける。私の住む京都では「京都式地域包括ケアシステム」と称して、医師会を中心に各団体の連合体で事業を進めているが、地元で活動していると、住民はもちろん地域の専門職・行政職等は全く理解していないし、5～6年前から膨大な予算規模を掛けて色々と取り組んでいるが、「安心して暮らし続けられる地域になった」という実感は全くない。私たち行政職は特にそうですが、3～4年での人事異動が宿命づけられており、首長や幹部クラスの理解がないとなかなか安定して取り組んでいくことは出来ない。専門職も、熱い方が頑張って体制づくりをしても、あと一歩というところで異動や転勤されると、あっと言う間に元の木阿弥になってしまう（大阪府内で複数の実例を見てしまった。）大阪府でも10数年ぶりに福祉部に帰ってきた職員が異口同音に言うのが「これって10年前も同じようなことを言ってたよね。」。その地域で住み続ける住民が理解し、主体的に動けるシステムでないと、また「いつか来た道」を歩んでしまうと懸念。今回の介護保険法により、市町村に期限付きで義務付けされた「新しい地域支援事業」により、地域住民のパワーを地域づくりに活用されていくことに期待したい。専門職の専門的知識・能力と地域住民のパワーが融合することにより、地域コミュニティが再生されることを目指すべきではないかと考えている。「認知症サポーター養成講座の積極的展開を契機とした『認知症施策は地域づくりから』の啓発」と考え、取り組んできた。単に「認知症についての正しい知識を身に付ける」だけの認知症サポーター養成講座でなく、「相手の気持ちを思いやり、相手の立場に立って考える。」そして、「『認知症になっても（ならなくても）安心して暮らし続けられるまち』ってどんなまち？」「ではそのために『自分なら何が出来るか。』を考える。」契機となる講座を展開している。高齢者はもちろん、将来のまちづくりを担う小中学生を対象とした講座を積極的に進めており、児童・生徒から「わが町を住みよいまちにしたい。」「そのために私たちは頑張ります！」「『優しい気持ち』で人にこんな優しい行動をしました！」という感想・報告をたくさんいただいている。専門職の皆さんにも「仕事として、事業所として何が出来ますか？」「一人の専門職として何が出来ますか？」「では、（仕事を離れて）一人の地域住民として何が出来ますか？」と問いかけている。「だって、皆さんも家に帰れば、一人の住民であり、お父ちゃん・お母ちゃんであり、息子・娘であり、誰かの『お隣さん』ですよね。」って。行政職もそうですが、ついつい「サプライサイド」から物を考えてしまう、その視点を逆転させたうえで「じゃあ、その専門性を活かした地域づくりって何だろう？」と考え、具体的に行動に起こしてみて頭をぶつけてみると、その痛い経験のお蔭で仕事としての取組みに魂が入っていくような気がするし、日々、体験・体感している。		
いざ自分や家族がケアを必要とするまでの間であっても、現実感を持ってサービスのイメージを持てるという観点から、救急も含めた外来医療のかかり方、インフォーマルも含めた「暮らし」、「予防」サービスの使い方などを含めた、「敷居の高さ」を感じさせない説明が有用ではないか。		
かつて学校に通い協力したように、地域で顔を会わせて助け合うこと		
形式の点では，具体的な事例に基づいた説明であることが，住民の理解を促すと考える．内容の点では，施策立案サイドの目線ではなく，「自分が・家族が何を担う必要があるのか？ 医療機関が・地域が何をサポートできるのか（できないのか）？ 」を整理した説明であることが望ましいと考える。	良い取組みと推察するが，公開されている文書やweb情報程度の知識であり，「地域ケア会議」に同席したことはない．	

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連するテーマ、講師の希望/推薦
もし私が一般の住民の方に説明しなければならなとしたら、「あなたは、どこで、どのように自分の老後や最期を過ごしたいですか？　誰と、どこで、どのように寄り添っていたいですか？あなたが思うこと、望むことにできるだけ近い形を、あなたと一緒に悩み、考え、作っていく。それが地域包括ケアシステムです。」と説明すると思う。	和光市等の具体的な取り組みを知らなくて申し訳ないが、基本的に地域ケア会議は必要なもの、良い取組みだと思っている。ただし、その地域ケア会議をどう機能させるか、どう有意義なものにしていくかについてはまだ議論や工夫の余地があると思う。具体的には、職種の違いによる考え方の違いや持っている基本知識の違い、それと同職種間における知識や技術の違い、この2つの違いがあまりにも大きいように思う。また、本来、各職種の専門性の違いに基づく意見や考えの違いを、利用者やその家族のその場その時の表面的な訴えや利益だけではなく、その後の生活や長期的な利益まで視野に入れながら調整していくべきケアマネージャー、その背後にあるケアマネジメント制度にも問題があるように思う。その辺りの改善を図っていくことを考えていかないと、地域ケア会議は絵に描いた餅になってしまうと思う。もちろん、その改善にはそれぞれの職種や個人の自助努力が絶対に必要だが、現状で地域ケア会議を有益なものにするには、誰かが強力なリーダーシップで会議や会議の運営を引っ張っていかなければならないと思うし、そこに地方自治体を中心とした行政の役割があると思っている。独断専行は問題外だが、リーダーシップがないのも問題。医療・介護サービスを提供する主体は基本的に民間事業者で、その民間事業者は昨今の社会保障政策や報酬改定で基本的にゆとりがなく、自分自身の生き残りや改革に必死だろうから、リーダーシップを取るのは地方行政、もしくは、地方医師会しかないと思う。地方行政に携わる方々、地方医師会や医師が暇だとは思っていないが、色々なことを考えると、そこしかないように思う。だから、地域ケア会議を開催する取組みは評価するが、それをどう有意義なものとして今後につないでいくかは、地方自治体ないし地方医師会が鍵を握っている、それが今の私の評価。	少々いやらしいし難しいかもしれないが、その取り組みが国やOECD等に取り上げられる、いわゆる、先進的な成功事例ではなく、それなりに一生懸命取り組んでいるのだけれども、（失敗とまでは言わないが）上手くいかなくて困っている自治体の取り組みについて、何でうまくいかないのか、何に困っているのかをテーマに、どうすればいいのだろうかを考えるようなものがあるとよい。
地域で医療と介護・行政が協力してハンディキャップを補う。	大切なことである。ただ、会議に参加する時間作りのハードルが高いのでweb会議の充実が必要	介護要員の絶対不足への対応、前期高齢者の役割期待
わかりやすいことばで、具体的にこういうことがこう変わるのだとおっしゃっていただけたら、理解していただけると思う。実際、趣意書などは専門の方向けとしても、理解しずらい	地域により実情が違うため、その地域に合ったものをそれぞれが考えていったら良いと思う。厚労省からこういわれたから、という指示まちではだめ。	
長年住み慣れた住まいあるいは地域で死ぬまで住み続けることができる町づくりの仕組みの一つ。健康のときも要介護になっても日常生活を続けることを支援する仕組みを制度として構築するもの		
住民に対して、地域包括ケアシステムはまだまだ伝わっていない現状、まだまだ医療・介護職の人材も理解力は不足しているように感じる。臨床現場で感じるのは、健康について考えるのはその人自身が不健康になった時、いわゆる危機を感じたときと思われる。良し悪しはあるが、危機感を与える必要があるのかもしれない。メタボ喚起のように、ポピュレーションアプローチをどう展開するかがカギ？	必要な取り組みだと思うが、まだまだ初期段階の所が多く、各地域での評価は難しい。地域包括ケアシステムは地域の状況・行政・地域性などにより、反応が全く変わるものと思っており、私自身は結果を判断するには早いように思っている。	
地域に説明する際、いつも思うことだが、単に地域包括ケアにスポットを当てて説明しても、その点は理解できたとしても、社会全体の中での位置づけや役割が理解しにくいようだ。個々の方々の社会的背景などが異なり、一定の基本情報が必要であると感じている。今後、地域社会を構成する住民、事業者、行政など全体が共通認識が持てるような規範的統合を定着化させ、地域の風土・雰囲気も合わせて構築することにより、自ずと理解できるようになるのではないかと考える。		
元気なときから、たとえ体が衰えてたり病・障害をもったとしても、安心して地域で生活を続けるために、（専門職だけではなく）地域全体で支える社会・文化のあり方（わかりやすいかどうかは疑問だが、抽象的なレベルではこのように捉えていきたい）	とても重要な取り組みだと認識しているが、少しハードルが高いようにも思う。先進的な地域ケア会議のエッセンスを守りつつ、比較的地域の意識が低い段階からでも始められるようなステップを組めるようにすることが、大局的な視点をもった立場からは、重要なことのように感じる。	広島県の地域包括ケア推進センター様の取り組みは、汎用性が高く、中間支援として他地域でも展開する必要があるものではないかと考えている。
最初に我が国のおかれている一般会計、人口の減少、少子高齢化について理解してもらう必要がある。その上で、将来的に増大する社会保障費や公債の返済にかかわる費用を人口が減少する中どのように捻出していくのかを問う。更に、公に全てを頼ることができない未来で、自らが介護を受けることになった時に、どうするのか？どうしたいのかを実感してもらう事が大切だと思う。将来に向けたイメージが出来たところで、ではどのような方法があるのかを考えると、地域の連携助け合い、家族に負担をかけない介護の仕組みという、自らが必要性だと感じる「地域包括ケア」が理解できると思う。	非常に良い取組み。	新総合事業に関する積極的な取り組みによる好事例。
なかなか難しい課題だと思うが、私が引っ掛かるのは、”可能な限り住み慣れた地域で”という部分です。基本的には”「その 人」が希望すること、場所などを選べる”と言う事が大事なのかと思っている。議論を重ねて考えられたものかとは思いますが、” 地域側”から見た視点が強く出ると分かりやすくなる気がする。また”地域包括ケア”と言う言葉もひょっとすると伝わりにくい 言葉かもしれない。国や行政、またはサービスを提供する側の制度名称と考えられるので、むしろサービスを受ける側にたった表現 にしてはどうか？「あなたの事を理解して健康や生活全般についてサポートするしくみ」のような感じで。単語にはできなかったが。	良いと思う。それぞれの事例について「地域ケア会議」を行う事は利用者（または患者）とご家族にとっても、また関わる 多職種の方々にとってもベクトルを合わせ良い意味で”効率的”な対応を可能にすると考える。	
医療と介護、福祉等を含めた生活支援サービスを日常生活圏域で、協働により支えることを理解してもらうことは平易なことではない。病院で患者支援、退院調整に携わっているが、介護保険制度を説明するだけでも当方が苦悩してしまうことは珍しいことではない。それどころか、自院の職員や地域の医師へ説明するのに労力を要することも多々あり。医療関連者の方が妙な違和感を持つよう。自身の業務に限定すれば、入院～退院～在宅療養を通し継続的で切れ目のないサポートで支援する体制を丁寧に重ねて説明し、理解を得る以外に方策はないのが現状。地域住民となりますと、理解を得るには言葉ではなく漫画であったり、映像で説明するのは如何か。	「地域ケア会議」に参加するメンバーではないので、具体的な評価は控えさせて頂く。昨年、職場当該区の「地区ケア会議」に、見学者の立場で特別に参加させて頂く機会があり、その時の感想として、病態生理や病状の理解が難しいことは始めから想定していたので戸惑いは感じなかったが、何より時間が足りなかった。1人の方の事例検討に時間を費やす訳にもいかず、しかしながら、多職種参加なので夫々の意見も聞きたい。そこにジレンマを感じた。	
地域によって違うと思うが、以前、ある「ニュータウン地域」で地域包括職員をしていた際、地域移民の”現役世代（特に50歳代～の世代）”へ地域包括ケアの説明をした際、その方々ご自身の「高齢化」について、深刻に考えていた（例えば、”もう、自分たちの頃は　公的なサービスは受けられなく、自力でやってゆかねばならない・・”等のコメント）のが印象に残っている。背景には、”ニュータウンという土地柄で、近隣の結びつきは弱い”という点も、関連していると考える。この地域では、現役世代の”老後”というテーマを柱に説明するのが、効果的だったと思われた。”住民の年齢層”や”過去から現在に至る地域性”等、各々の地域の特性やニーズ、困りごと（将来心配になりそうな課題）等、その地域の背景、課題等を十分に把握、アセスメントし、地域包括ケアという理念や具体的な手法を説明、提案してゆかないと住民の理解は難しいと思われ、更に言うと「各地域の地域包括ケアは、オーダーメイドのように各々の地域性にマッチする制度、資源の創設・開発」が求められ、関わる保険者・専門職とも、これまでの知識・発想では住民の理解が得られず、更なる学習が必要であり、その上での住民の理解に繋がると考えている。	まず、「地域ケア会議」を使う手法の是非はともかく、具体性の乏しかった「質の向上」「給付抑制」等への一つの答えとして、「地域ケア会議」の手法でのアプローチは、具体策であり評価している。しかし、この手法が「ベスト」であるかは、まだ答えは出ていないと考える。一方、専門職サイドから地域ケア会議以外の手法での「質の向上」「給付抑制」への具体策の提案がされていないとも考えている。良質な「地域包括ケア」の視点（又は純粋なソーシャルワークの視点」）として、アウトリーチ色の強い立川市の取組、高齢者だけでなく全年齢地域包括ケア（ソーシャルワーク）的視点の富士宮市の取組等、専門職サイドからの提案型地域ケア会議モデルもあるが、しかし「給付抑制」の具体的実効性の高いモデルについて、専門職サイドの提案はされていないと考える。「給付抑制」は保険者職員の方が長けているのだが、人・物・金が減る我が国の現状を踏まえた、財源を見据えながらの「良質な地域包括ケア施策」の専門職サイドからの具体策の提案が、求められている。	町田市介護保険課がここ数年、積極的に「医療連携」を中心に施策等を進めてきている。具体的には、事例検討会のテレビ中継である。市の中心部で事例検討会を開催するが、その模様を各施設にテレビ中継機械を設置し、そこで視聴できるようにしている。一方、専門職の横のつながりを強力にするため、介護保険・各サービス事業所の連絡会を立ち上げるよう、町田市は推奨・後押ししている。テレビ中継、サービス事業所連絡会も、内容はまだ”発展途上”であるが、将来のネットワーク・地域包括ケアの推進の布石になると考えられる。尚、各々について後押ししているのは、町田市介護保険課・鈴木課長である。

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連するテーマ、講師の希望/推薦
当事者のエンパワーメントの発想を喚起すること。互助や自助の当事者となる市民・住民に、具体的な成功モデルを示し、かつ、体験的にいざなっていくような「コミュニティーにおけるデモンストレーション活動」の機会を多く持つこと。	とてもよいと思うが、過去の「抱きしめてびわこ」の運動のように、人数規模ごとの取り組みの場が階層化されて積み上げられてくるようなシステム化が必要か。	産業分野からの参画が重要。滋賀県なら滋賀県中小企業家同友会のユニバーサル委員会のメンバーなどは、本年7月４日に、ソーシャルファームジャパンサミットの開催事務局を担当し、多くの実践例を把握。全国エリアでは、藻谷浩介氏や原丈人氏（公益資本主義）などの話を、改めて聞きたい。
実際には自宅を軸にした、地域で安心して暮らしたいという住民の願いは様々な理由で充分に叶えられていないのが現実だと思う。なぜ叶えられないのか、そこにどんな問題があるのかを事例を交えて伝え、地域包括ケアではどうなるのかを順を追って説明していく事が重要と考える。また、ツールとしては「地域包括ケア」というワード自体の一般住民への知名度がまだまだ低い為、テレビCMも効果的なのでは。	介護と医療は当然ながら、地域で本人だけでなく家族全員が安心して暮らす為には児童、障害、行政、法曹等とは連携が必要なのが改めて理解でき、高く評価している。	
住み慣れた地域で暮らし続けられる地域社会とするためには、（将来的に）支えられることとなる高齢者のみならず、障害者など様々な方々が、主体的に地域社会づくりに参画することが重要。10年後のわたしがどのような状態になっても、介護や医療が必要ならば状態に応じたサービスを受けることが可能で、趣味や特技を活かせる場があったり、社会貢献あるいは働きたいと希望するならばつながる仕組みがあるなど、自分らしい暮らしが自分の選択に基づいて実現できる地域社会は行政が中心になるのではなく、住民の皆さん、暮らしを支えるさまざまな立場の人（医療や介護、福祉、生涯教育などの専門職）が共に意見を出し合い、議論し、悩みながら創造していく‘わがまちづくり’。ワンフレーズでいれば「地域の皆さんが主体的に参加してつくりあげる地域ぐるみの支え合い体制の構築」か。	素晴らしい仕組みであると捉え、目標にすべき取組と考るが、本来は地域包括支援センターの職員（介護予防ケアマネジメント）及び介護支援専門員（要介護者を中心としたケアマネジメント）のアセスメントやケアマネジメントの技量が十分であれば、そうした全件を対象としたやり方とする必要性もないのではと思う。地域ケア会議とともにケマネジャー個人のスキルアップ施策を本気で推し進めなければ、地域ケア会議の負担が増すばかりになるのではないか。なお、個別ケアプランの評価をとおしたケアマネジャーのスキルアップを主眼とした研修として地域ケア会議として活用するというのは進めるべきかと考える。	
たとえ、動けなくなっても、あなたの家に、医師や看護師、ヘルパーなど様々な人が訪れて、あなたの生活をサポートしてくれ、最後まで家で生活できる仕組み	一定の範囲に属する全ての事例を対象とする地域ケア会議は、出席者が当事者意識を持ち、ケアマネジメントの質の向上や真の多職種協働に向けて大変有効な取組だと思う。地域ケア会議については、保険者がしっかりとした目標を持って、会議を招集し、運営することが重要だと思う。	
相互支援ができる地域づくり、昔ながらの地域力（支え合いの力）の復活	地域格差が大きいが、それを埋めるための枠組みとしては良いと思う。しかし、介護福祉部門の枠組みなので、そこに医療や防災や教育などの他部門がコミットしにくい。	世の中の期待に応える（を裏切らない）ための看護師・保健師の役割発揮
組織や体制の説明が多くなるが、できれば、架空のAさん、Bさんを作り、実際の資源がどのように支えたのかを見える化してほしい。素晴らしい事業所の事例発表をよく聞くが、その事業所（または人）以外では同じ動きができないのでは、自治体の施策とは言えないのではないか。	従来の「地域ケア会議」は顔合わせと問題抽出だけで、在宅困難者を中心とした問題解決型でも、アドバイスシステムでも、政策立案を促すものでもなかった。和光市や桑名市で行われている『地域ケア会議」は地域包括ケアシステムを推進する上でPDCAサイクルの一助となっている。	住宅政策は避けて通れない問題。特に、国民年金受給者が安心して暮らし続けられる自治体の取り組みをぜひ。
説明の構成について＞「住民」が関心があるのは、自身の親族（特に両親・兄弟）の状態の変化が起きたこと、起きるのではないか、起きているのではないか、と想定。そこで、まずは心身状況の変化に基づく話（病気、怪我、死別、老い）をし、次にそのことによる対応法・支援方法の話（受診・介護サービス利用・地域住民間の繋がりなどの必要性）をする構成がいいかと思う。その次は公的支援、社会保険の将来的な限界点を具体的に説明し、互いの支え合いによる社会関係の構築をしないと、最終的には「（家族を含む）自助頼みになってしまう」、とアピール。少し刺激的な内容でもあるかと思うが「なぜ地域包括ケアが求められているのか」を端的に説明しないと波及していかないと考える。併せて地域包括ケアの主役がご当人とその家族（介護者）である、という点の説明がもっとも重要。 住民の対象像について＞ご当人はもちろん説明の対象者だが、それ以上に重要な対象者はそのご家族、とくに子ども（息子、娘）。子どもは殊、実親の事は冷静に判断できない。いつまででも「大きな存在」だと思っている（思いたい）のだと思える。なのでまずは一般論としての説明（会）を行い、個別相談会へと繋げる（同日開催でもいい）方法がいいかと思う。 日程・講師について＞藤沢市は、主介護者や同居家族は日中は仕事で不在、というケースが多い印象。介護の担い手層を対象者として考える場合は土日祝日に説明会開催がいいか。講師（説明役）はネームバリューがあったほうが集客がいい印象もあり、マスコミ露出のある方、もしくは市議、県議の同席や懇談なども目を引くか。 ケアシステム構築について＞小生が関わっている藤沢市六会地区は、「六つの村が出会った」地区。ただし一つの村、町に合併するわけでもなく地域名「六会」を称し、当時の村名は現在の地名として残り自治会名でも存続。それゆえ「合議制」を重んじる地域特性へと繋がった。地域の特徴を生かす事がシステム構築にとって有効かと思うゆえ、同様の手法を継承し、合議体としての任意団体を設立し地域の仲間として入れて頂く所存で取り組んでいることをPRするようにしている。	① 表題の「地域ケア会議」について、和光市東内様の講演を拝聴した印象としては市の介護予防、介護保険事業の一連の流れのなかの一つの機関として設置されている会議であり、市の高齢者動向や生活実態、さらには地区内事業所種別などを基にした予防事業や介護保険卒業者受け入れ事業が充実している事を前提とした「協働会議」である、と感じた。和光市の計画や方向性、事業実績と連動している点が素晴らしいシステムだと思った。自治体の一連の流れ・計画の中に設置される機関なので会議形態や内容はその自治体によって様変わりするものと考えられる。地域密着型サービス利用者のプランを地域ケア会議で作成するのはあくまで和光市実態によるものであり、各自治体は、まずは実態を正確に把握する事が大切だと感じた。② 具体的な事例に基づき話し合いを行う事は会議としての一定の成果、実績は出やすいと考える。「個別のケアプラン検討会議（のみ）」=「地域ケア会議」ではなく、「個別ニーズ・課題」から「地域ニーズ・課題」へと繋げる経過が重要であり、進行、運営側の力量が大きく問われてくる点だと思う。「単に」ケアプランを検討するだけでは、ケアマネージャーのスキルアップのための研修に過ぎず介護保険事業になってしまうと考える。 ＊蛇足ながら以前「地域包括ケア推進指導者養成研修」に参加。講義は参考になったが、演習設定にいささか違和感。認知症と診断されている女性が時々スーパーで商品を持って来てしまう、との設定だと記憶しているが、本人の意向確認などもなく、参加者（スーパー店長や息子さんも同席している場）がプランを作成する、という内容。上述したような当該地区の動向や計画の一連の流れの会議という内容ではなく、困りごとが発生したら、ケアマネか包括が関係者を集めて地域ケア会議を開催して認知症理解を広めて地域の受け入れ容量を広げていこう、という内容。地域包括ケアというより「施設機能を地域展開する」ように思えてしまった。私見ながら本研修が地域包括ケア推進者養成に適しているか、危惧。	藤沢市における地域包括ケアシステム構築において、直接的関与をしていない為、この場で軽率に講師依頼等をさせて頂く事はできないが、本市当システムでは対象者を「子ども、高齢者、障がい者など」 と謳っており、対象者を広げた取り組みを既に実践されている自治体様があれば是非その実践内容をご教示願いたい（のではないか）。
認知症患者さんの例を挙げて説明するとわかりやすい様ですが、実際に参加するかは別問題		
専門用語を控え日常生活レベルでの実践的なものが良いような気がする	ケアマネジメントが始まったころには多職種という発想は無かったのかもしれないが、時間が経ち経験値が上がったことにより多職種が当たり前となった現在、原点に戻り各職種間の相互理解がより必要。	自治体は各職種での特殊性を理解したうえで全体を纏める技術が必要
みんなでまるごとずっと支え支えられるための地元ならではの幅広いケアの仕組み	表面的、形式的にならないと良いなと思いつつ、意味ある必要な場となるように以下の2つが重要だと思う。①集まる人、集まる場所と時間、扱うテーマについての工夫と洗練の継続②完成形がない、常に会議のあり方を問いながら変化が必要という共通基盤の構築	行政組織の構造と地域包括ケアがもとめるシステムのGapや調和について学術的に研究している方のお話を聞いてみたい
「一人ひとりが自分のいのちと健康に責任を持ち、死ぬまで元気に生きることをめざす」ことを中心軸にして、「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体となって地域住民一人ひとりを支える」ことにより、「地域が元気になり、日本全体も元気になるシステム」のこと	素晴らしいと思うが、台東区で実施されるまでのロードマップは見えない	竹重俊文氏
アクティブシニアが主となり地域生活を自らの力で営むことができるように、専門職が自分の専門分野に責任を持って地域でサービスを提供していくこと。また、そのサービスについての知識を住民が自ら取りに行く仕組みがあること。	会議の開催自体はケアマネジャーの育成に大変意義あることだと思うが、会議が目的になっていないか（会議用のケアプランを作成するCMもいると聞きます）ということが気にかかる。	
制度をなるべく単純にする。図式化して広報する。なるべく多くのエントリーポイントを設けて多くの人が参加できるしくみをつくる。	事例ベースでの情報共有は、各セクションの参加を促すよいしくみだと思う。既存の職種・団体のみでなく、これまで地域ケアに関与してこなかった団体にどのように参加を促すかが重要ではないか。	

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連するテーマ、講師の希望/推薦
この地域に住むすべての人が、年代や健康の段階・ハンディキャップの有無に関わらず、自分らしく生き、納得いく人生を遂げ、だれもが幸せに暮らせるように、私たち一人一人ができることを担い合うこと。	参加者のレベルアップには効果的であり、それが集積することによって一定の底上げは期待できると思われる。しかし、手法によっては自身の仕事を批判された印象が残ったり、個の事例検討会に終わってしまう懸念がある。まず、介護保険法の理念が地域全体のものになっていないことを、それぞれが認識することが大事。納税者として、少しでも多くサービス利用しなければ「保険料掛け捨てで損」と考える住民。その意識に応じたプランを立て、療養の世話をしなければ、ケアマネ・サービス提供者として信頼を失い、利用者から怒られたり、解約されたりするので、言うなりになるしかない従事者。報酬改正でより厳しい運営状況を改善しようと、過剰なサービス提供を誘導したい事業者。保険者が正論を声高に啓発したところで、書類上で繰り返される評価的な機会が、課題を根こそぎ変容させるとは思えない。要介護状態となっても日々生きようとする輝きはどこからくるのか。どんな困難があり、生活をどう考え、何が希望なのか。介護という志高い分野を目指した精鋭の、仕事のやりがいはどこにあるのか。当初の思いを果たせないとしたら、障壁はどこにあるか。介護・医療の疎通がなされないまま、当事者や課題を置き去りに、双方の給付が連綿と続く今、社会保障費の堅持を危ぶむ者は居るのか。あらゆる立場で本音を言い合い、弱音も苦悩も共有し、何が起こっているかを知り、それでも幸福な未来を迎えるための実践を、どれだけ時間がかかっても、住民と関係者と実態を共有し、本音で対話し続けることからスタートさせなくてはならないと思う。	生活習慣から発症する疾病（脳・心・腎疾患等）を予防することが、地域包括ケアの視点でも重要である。上越市・尼崎市など、医療費・介護給付費などが抑制できた自治体の取り組み
	人口50万近い当地の場合、ケアマネジメントの実件数も万単位に上り、網羅的な実施は実現困難だと感じている。今のところ、地域ケア会議には課題抽出の機能を期待し、ケアマネジメントや多職種協働に関する研鑽についてはそれぞれの企画を設けることになると思う。	大東市　地域リハビリテーション（逢坂伸子さん）、呉市　減塩についての取り組み、横浜市　重症心身障害児の日中預かり
	多職種協働によるケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」の全ケース開催は理想的。本市においては、地域包括ケアセンター単位での困難事例に係る多職種協働のケアマネジメント支援は開催しているが、全ケース開催は困難。	
	一定の範囲がどれほどか、かかる職種の負担などがどれほどかは知らないが…。他で行われている現行では、ケアマネが困難と思った症例を、地域包括が支援する関係だと思う。すると、その地域のケアマネが困った認知症、ゴミ屋敷など一定の症例、つまり「ケアマネの困った症例に偏る」のではないかと危惧。その点、一定の範囲に属するすべての事例を対象とすることで、「地域課題にふさわしくなりやすい」かと思う。少し話は変わるが…。地域包括ケアと同様の考えに、地域リハビリテーションというのがある。是非、地域ケア会議などにリハビリテーションの分野からのサルコペニア、低栄養、フレイルなど悪循環を形成しやすい高齢者特有の問題など、対象に上がるようになればと思う。地域課題として取り上げられ、地域で解決して行く仕組みをつくることが重要なことだと思う。5疾病、5事業。脳パス、骨パスなど連携シートがあったり、オレンジシートがあったり、他で行われている様々な取り組みも、地域ケア会議の個別課題から地域課題へ、地域特性を押さえた入退院のルールづくりへとなど、「全体が繋がる仕組み」の中に、地域ケア会議が位置付けできればと思う。	
	記名式悉皆調査とそこから抽出された対象者への地域ケア会議を通じて個別ケースの解決や地域課題が把握できることは自治体にとって圧倒的にメリット。一方、今後高齢化が更に進み、首都圏ではケア会議対象事例数が急増することが想定されるが、効率的にケースマネジメントする方法として検討していることがあれば教えていただきたい。	
「エンジョイ・エイジング＆ハッピー・エンディング」子どもからお年寄りまで、障がいや病気を抱えていても、誰もが住み慣れた地域で、誰もが自分らしく楽しく年を重ねることができる地域を目指し、お互いさま＆おかげさまの風土を育みながら、安心して最期の瞬間まで輝きをもって、生ききることができるためのまちづくり	多職種協働及び個々の職能（特にケアマネ）の力量形成上、大変有用な手法だと思う。また、全ケースを共有することで、量的にも地域の実態が明らかになり、地域課題を共有する上で大変効果的だと思う。しかし一方、「サービス担当者会議」との棲み分けや事例数の多さから個々の事例のアセスメントに費やすための時間が制限される等、質の向上や個別課題を地域課題へと吟味していくプロセス等、課題となるかもしれない。その地域の「地域ケア会議」全体のデザインの中でどのような目的で位置づけるのか、地域の人的資源の量・質、地域の物理的特徴等々、勘案した上で、各地域に応じた枠組み（体制）を検討・構築する際に一手法として有益な取組だと思う。	福岡県保健医療介護部医療指導課　馬場順子氏：福岡県在宅医療推進事業の取組（7年間の取組の評価と今後の展望）
老若男女。様々な方に対する身体に関する悩み、住まいに関する悩み、介護に関する悩みなどを地域ぐるみで解決を目指していくというプラットフォーム。	詳しくは理解していないが、すべての事例を対象として会議を行うことの利点が理解がしにくい。すべての事例を行うことはケアマネジメントをしていく上でリソースが増え、非常に良いこととは思うが、すべての方がそのリソースを使用できるわけではない。要点を絞り、データベースとして対応等をまとめて必要に応じて引き出せるしくみ作りができれば良いのではないか。	今後の介護保険の動向やしくみについて。「自立」の定義とはどのようなものか。理想的な自立とはどうあるべきで、どのように自治体は支援していけるか。
	すべての事例を対象にした「地域ケア会議」は理想的ではあるが、比較的規模の大きい市では、人的体制等の面で可能であるかどうか。個々の具体的なケースマネジメントについては多職種チームに委ねざるをえない。また、こうした市における地域ケア会議の役割は、個別のケースマネジメントだけではなく、むしろブロックごとに関係者が必ずつながる基盤（顔の見える関係のプラットフォーム）としての役割が重要ではないか。このためにも、市内各域における「地域拠点の明確化」と地域ケア会議等の定期的な開催が重要だと思う。	
病気になったら病院を受診する、という捉え方ではなく、病気がある人もない人も、自宅にいても病院にいても、どこにいても、必要な医療・介護を必要なだけ提供できるように、「住みながらにして守られる」という形で人を支えるシステムのこと。だから、途切れることはない。		
いつでも自分がしたいことを、したいタイミングでできちゃうためにその土台である「健康」をみんなで考える仕組みのこと	結果が出ているという点においては非常にいいことであると考えている。他職種協働でケアマネジメントをしていく仕組みは非常に素晴らしい。この際KEYになってくるのは専門性の特化であると考える。その上で専門性が交差し合うからこそ一人の利用者様の実像がみえてくるのだと思う。今までは「連携！」という合言葉だけが先行していて実際に交差する仕組みがなかった。今回行政主導で（そこに職能団体もだいぶ絡んでいるが）その仕組みを作り出したところの意義はとても大きいと思っている。「そんなこと普段からやっている、思っている」そういう声が現場からけっこう聞かれる。そんな普通のことを仕組みにしていく、また専門職がさらに生きる土壌、環境を仕組みとしてデザインしていくことが今後重要だと考える。そういう意味で今回の3市の取り組みは評価できると考えている。ただ、これを全市町村でやっていこうと思うと、ICTを導入してより効率化を図ったり、テレビ会議での開催や事前資料の共有なども含めて考慮していくことが必要だと考える。専門職についても格差があり（これは職能団体としても頭が痛く、今積極的に取り組んでいる課題）そのあたりをフォローする意味でも上記のような方法論を議論してもいいのではないかと現実的なところで感じる。	
住民は、地域包括支援センターの存在も何だろうという世界。必要となった時に、はじめて知ろうとするものだとも思う。けれど、できれば、必要となる前に、知っておいていただきたい。これには、イベント的要素が必要だと思う。メディアでは、「たけしの家庭の医学」的な番組の介護バージョン的な認知度を上げるバラエティ的番組など、知っておいてよかった。的な、要素にもっていくとよいのでは？	桑名市では要支援の時からかかわっている。また、その会議が定例で行われている。もれなく、会議が進めらえていき、結果も期待できると思われる。行政が重い腰をあげて取り組んでいるところは素晴らしい。	
ある程度の障害があっても「現在居住しているところへ済み続けることができる」ということから説明しはじめると理解	ケアの方向性や方針を多職種で具体的に検討する意義はとても大きい。但し、そのテーブルに送り出す適材が法人の中に常にいるとは限らない。	

住民が理解しやすい地域包括ケアの説明	（和光市、杵築市、桑名市等で実践されているように）一定の範囲に属するすべての事例を対象として 多職種協働ケアマネジメント支援のための「地域ケア会議」を開催する取組みについての評価	自治体の取組みに関連する テーマ、講師の希望/推薦
今後の医療は「地域包括ケアシステム」を構築したうえでの「保健医療2035提言書」を目指すことであると思う。現在の日本の医療・介護サービスシステムは縦割り行政が災いし国民には理解しにくい事業が多い。地域総合ケアステーションを設置し医療・介護・福祉における地域包括ケアシステムの中核として、窓口を一本化し説明を行えば良いと思うが、まだまだ、医療関係者も「地域包括ケアシステム」自体を知らない人が多いと思う。	人口動態の激変に対し、地域ごとに縮小と吸収、合併は段階的に緩やかに進んでいくことを想定すると、協同・協調の部分で取組みは必要なことであると考える。	
	とても意欲的でいい取組み。折角なので予め達成目標を定めておけば、と当該取組みを客観的に評価できるのではないか。	
1. 在宅医療の質が医療機器の進化、新薬の開発、介護保険制度による各種サービスの充実、情報ネットワークの整備によって病院医療（通院・入院）と遜色のないものになっていること 2. 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を使えば病状急変時でも迅速な対応が可能になる。 3. 小規模多機能型居宅介護は「訪問」「通い」「泊り」といったサービスを利用者の都合・裁量によって使用できる。		

【第 10 回ワークショップ】

認知症とともによりよく生きる

1. **日時**：2015 年 10 月 7 日（水）18～20 時

2. **場所**：国立社会保障・人口問題研究所　第 4･5 会議室

3. **講師（講演順）**

   水谷　忠由氏（厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室室長）

   北村　　立氏（石川県立高松病院院長、精神科医）

   樋口千惠子氏（NPO 法人たんがく理事長、保健師・看護師・介護支援専門員）

   井庭　　崇氏（慶應義塾大学総合政策学部准教授）

第10回ワークショップ（2015年10月7日）

「認知症Ⅰ　認知症とともによりよく生きる」

1．講演

【水谷】　厚生労働省認知症施策推進室長の水谷です。認知症については、省内だけでなく関係省庁、そして国際的にもいろいろと総合調整が必要だということで、10月1日から老健局の筆頭課である総務課にぶら下がる室となりました。きょうは認知症施策推進総合戦略——新オレンジプランについて、テーマを絞ってお話をしたいと思います。

新オレンジプランは、去年11月の総理指示に基づいて策定されたものですが、そのときの総理指示のポイントは、認知症施策を加速するための新たな戦略を、厚生労働省だけでなく政府一丸となって、認知症の方の生活全体を支えるように策定しなさいということでありました。今まで厚生労働省が、医療と介護の基盤整備やその連携を進めてきたわけですが、医療や介護だけでなく生活全体を支えることができるように、厚生労働省だけでなく政府一丸となってやりなさい、というのが総理指示のポイントです。

総理指示の同日に、厚生労働大臣から新たな戦略の策定に当たっての3つの基本的考え方をお示しいただきました。1つ目は、後でもう少し詳しく説明させていただきますが、医療・介護の連携の推進。2つ目は、省庁横断的な総合的な戦略とするということ。関係省庁からは、必ずしも認知症のためだけにやっている施策ではないというご指摘もあるわけですが、認知症高齢者等にやさしい地域づくりという旗印の下に、広く関係省庁の施策を取りまとめました。3つ目は、認知症の方ご本人やご家族の視点の重視ということで、11月の認知症サミット日本後継イベントでも、合計4名の認知症の方ご本人やMCIの方にご登壇をいただき、自らの言葉で発信をしていただきました。

現在、65歳以上高齢者の約7人に1人、462万人が認知症の方で、これが2025年には約700万人、65歳以上高齢者の約5人に1人になる見込みであるという新たな推計を、新オレンジプランの中で引用しております。ここに込めた思いというのは、高齢者の約5人に1人が認知症になる社会において、自分だけは認知症にならない、自分の親や自分の配偶者だけは認知症にならない、従って自分だけは一生認知症と関わることはない、と考えること自体が不合理なことであり、認知症は今や誰もが関わる可能性がある身近な病気です。残念ながら今、認知症を完全に治す薬はない中で、認知症の方への施策というのは、あえて言えば、壁の向こう側に行ってしまったかわいそうな方々を支えてあげるやさしさを持ちましょうという発想ではなくて、みんなが関わる可能性がある病気だからこそ、みんなが認知症とうまく付き合っていけるような、そういう環境を整備していこうということであります。

新オレンジプランの基本的考え方は、認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すということであります。そのための施策として7本の柱——①普及・啓発、②医療・介護等、③若年性認知症、④ご家族をはじめとする介護者の支援、⑤地域づくり、⑥研究開発、そして最後に⑦認知症の方ご本人・ご家族の視点の重視を掲げております。きょうは、この医療・介護の特に連携に焦点を当てて、お話をさせていただきたいと思います。

新オレンジプランでは、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供というところで、循環型の仕組みの構築ということを掲げております。それについていろいろなご意見があると承知しておりますので、きょうは改めて循環型の仕組みの考え方を提示した上で、ご議論いただければと思っております。

新オレンジプランでは、発症予防、初期段階、急性増悪——急性増悪は行動・心理症状（BPSD）や身体合併症をを念頭に置いておりますが、それから人生の最終段階に至るまで、医療・介護等が有機的に連携して、適時・適切に切れ目なく提供される仕組みの構築を目指しています。

その中で、私どもがどうしても途切れがちな場面として2つ大きく置いているのは、初期段階の場面と急性増悪時の場面です。ここで何とか途切れさせないようにするためにどうしていくのがいいかということを新オレンジプランの中で施策として上げていますので、きょうはそれについてご議論いただければと思っております。

早期診断・早期対応のところでは、かかりつけ医の認知症対応力を向上させる、かかりつけ医による地域での認知症診断の相談役になるような認知症サポート医を養成する、認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを整備する。ここでは、認知症の早期診断に関わる資源を整備していこうということで、新オレンジプランでは数値目標を引き上げて取り組むことにしています。

先日、報道で、認知症の専門医の方が後から、かかりつけ医から紹介されてきた患者を診ると、認知症でないのに認知症と診断されていたり、認知症でもその病名の診断が間違っていたり、実は誤診が結構あったのではないかという内容であったかと思います。「後医は名医」という言葉もるくらいですから、そういった要素を差し引いて考える必要はあるかもしれません。私どもの思っている1つの連携の形というのは、今、残念ながら認知症を完全に治すお薬がない中で、例えば自宅から2時間離れたところにある認知症疾患医療センターでレビー小体型認知症であるという的確な鑑別診断を受けたとしても、実際に地域に戻って認知症と付き合いながら生活をしていくときに、その認知症疾患医療センターが地域生活の面倒を細やかに見てくれるかというと、なかなかそうはいかないわけです。ですから、身近な地域の医療・介護等の資源とつながっている中で異変に気付き、かかりつけ医等からの紹介で認知症疾患医療センターに行き、そこで的確な鑑別診断を受けた後、また逆紹介で地域に戻ってきていただいて、かかりつけ医なりのコントロールの下で地域で生活していだだく。そういう中で、例えば急性増悪のような異変があれば、またそこで専門機関に相談するといった流れです。

認知症と付き合いながら地域で生活していくときに、このような地域の医療・介護等の資源とつながっていないと、専門医療機関とだけ結び付いているのではうまくいかないのではないか。このような意味で、もちろん専門医療機関の整備も必要ですし、できる限りきちんと専門医療機関の診断を受けていただきたいと思うのですが、それだけでなく地域の医療・介護等の資源ともうまくつながっている形というのがいかにできるかが重要ではないかと考えているところであります。

もう一つ、認知症初期集中支援チーム。これは、このような適切な医療・介護等の資源につながらないままいる方に対してアウトリーチをしてこうという発想でありまして、このようなチームを全市町村に配置していくことで、早期診断・早期対応のための体制整備を進めていきたいと思っております。

私が最近関心を持っているのは、よく現場の先生方とお話をすると、最近、本当に初期段階の方が診断を受けに来られるようになっているという話をお聞きします。ひと昔前であれば、「パパ、大丈夫なの。ちょっと病院行ったら」と言われても、「俺は大丈夫だ」と言っていたような方々が、御自身で不安になって、実は奥さんに内緒で独りで病院行っていたりするようなことがあるようです。それこそ「MMSE28点のレビー小体型認知症の方と出会いました」とおっしゃっておられる先生もいらっしゃいましたが、本当に初期段階の方が診断を受けるようになっている。

しかしながら、こういった方々にすぐに身体的な介護が必要になるわけではないですから、まさにこのように早期の診断を受けたときに、その方の生活全体を支える医療であり介護であり、また医療・介護だけではなく、居場所づくりや生きがいづくりのようなものが必要になってくるってということであります。われわれは今、一生懸命この早期診断・早期対応の体制整備を進めているわけですが、一方で、これに追いつくぐらいのスピードで居場所づくりや生きがいづくりに資するような社会資源をつくっていかなければなりません。

このような観点から認知症カフェの設置等を進めていますが、単にカフェを造ることが目的というよりは、むしろそういった多様な社会資源があるということが重要であると考えています。実際、認知症のことを一生懸命やっておられる先生方の行き着く先の一つは、自分で認知症カフェを造りにいったりするなど、自ら医療でも介護でもない社会資源をつくりにいくことにあるように思いますが、でも、それを認知症に関わる医師全員にやっていただくということではなくて、むしろそういう社会資源は社会資源であって、認知症に係る診断をしたときに、医師からそういう社会資源を紹介して結び付けていただく。こういった枠組みとセットでないと、われわれが進めているこの早期診断・早期対応というものが、単に診断を受けて不安な人を増やすだけになってしまっては元も子もないと思っております。

早期診断・早期対応について、新オレンジプランで言及される目標のようなものというと、どうしてもそういう診断ができる医療体制の整備といったことになってしまいますが、いろいろな

ものをうまくバランスを取って進めていかないと、認知症について世間の関心が高まっているだけに、ちょっとしたアンバランスが逆にこの早期診断という施策の方向性が実はよくないのではないかとか、そういうことになってしまわないように、バランスを取って全体を進めていくことが重要だということを感じております。

2つ目はBPSDや身体合併症への対応で、「医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み」の構築ということを掲げています。この部分について、医療機関・介護施設など、認知症の方が必ずしも望まない場での対応を推奨しているのではないかといったご指摘も受けているところであります。

まずBPSDへの対応について、新オレンジプランの中では、その発現には身体的要因や環境要因が関与することもあると書かれています。私は医師ではありませんが、便秘状態や脱水状態にある、そういったことが認知症の方の内なる声の発露として、BPSDと言われるような行動につながっているだけかもしれない。また、普通の人にとって何でもない環境の変化が、認知症の方にとっては大きな環境の変化で、これがBPSDと言われるような行動につながっているのかもしれない。

したがって、新オレンジプランの中では、このようなことをきちんとアセスメントをして対応するのがまず第一で、BPSDが見られたからといってすぐ向精神薬を処方するといったことではない、ということを改めて確認をしています。このようなアセスメントを的確に行うために医師に求められるのは、介護職や家族から、このようなアセスメントにつながるような情報を適切に引き出すということなのではないかと考えています。

今、残念ながら認知症を根本から治す薬がないからこそ、余計に医療関係者と介護関係者、これにご本人やご家族も含めた情報の共有がきちんとなされないと、認知症の方に適切な対応ができないということなのではないか、ということが基本的な考え方です。もちろん、このような基本的考え方に立った上で、実際にお薬を投与したり、医療機関に入院していただいたりすることもあろうかと思いますが、そのような場合にも退院支援・地域連携クリティカルパスなどを使って、医療機関・介護施設等からの円滑な退院・退所や在宅復帰を支援することが重要であると考えています。

例えば、BPSDが見られる認知症の方をご家族が一生懸命介護されて、頑張って、頑張って、頑張って、頑張って、限界点を超えたところで医療機関に入院することになると、ご家族ももう戻ってきてほしくないと思ってしまうし、医療機関の方も、せっかく2カ月でBPSDを落ち着かせたのに、地域に戻そうと思っても地域が受け止めてくれないということになってしまう。そうすると、ここで関係が途切れてしまうことになるわけです。新オレンジプランの中で循環型の仕組みと言っているのは、認知症の方の容態に応じて適切なときに、必要であればむしろ先んじて医療機関を使って症状を落ち着かせて、また地域に戻ってくる、地域に戻ってくる前提でうまく専門医療を使っていく、そういうことが重要なのではないか、ということです。

きょう、この後おしゃべりになる北村先生と、先日お会いしたときに、「水谷さん、循環型の仕組みって、俺のやってることまねして言っているのかと思ったよ」とおっしゃるので、実際に北村先生の取組を見に行かせていただいたのですが。まさに先生は私が今申し上げたようなことを実践しておられました。北村先生のおっしゃった言葉の中で私の印象に残っているのは、「私は退院させるときに、いつでも戻っておいでと言って地域に帰すのだ」という言葉です。私は、地域か医療機関・介護施設かといった単純な二元論に立つのではなくて、やはり両方の機能が必要だと思います。何かあれば医療機関で受け止めてもらえるというような安心感があるからこそ、在宅にまた戻って生活を継続できる。そういった要素もあるのだと思います。

だから私たちは、このような専門医療の役割というものをきちんとはっきりさせていかなければならないと思っています。今年度、循環型の仕組みの構築を進めるために3つの事業をやっています。1つ目が、老人保健健康増進等事業で、認知症の医療・介護連携における専門医療の役割について、これに関わる関係者が明確に合意できるようにしようということで、専門医療に期待される役割に関する手引きを作成してもらっています。地域の医療・介護関係者が、医療機関・介護施設等が、どういう役割分担でどのように連携していくのかについての基本的考え方をあらかじめ合意しておこうという趣旨です。

2つ目は、認知症の医療と介護の情報連携を推進するための情報共有ツールのひな型です。今年度の研究事業でひな形を作成してもらっており、これを来年度以降地域の実情に応じて使っていただくことを想定しています。ひな形をそのまま使っていただきたいというよりは、示された

ひな形をベースに地域ごとにどのような情報連携の在り方がふさわしいか、地域ごとに考えていただくというプロセスが重要だと考えています。

最後に、来年度の概算要求の中で、認知症医療・介護連携の枠組みを構築するためのモデル事業を盛り込んでいます。今、市町村単位で地域ケア会議が行われていますが、認知症疾患医療センターや精神科病院、急性期対応を主とする病院などは二次医療圏単位で活動しており、このような市町村単位の枠組みになかなかうまく参画できていないのではないか。

このため、都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で、認知症に関わる医療機関と圏域内の地域包括支援センター等が集まる会議を開催する。顔合わせと言ってしまえばそれまでなのですが、認知症に関わる地域のキーアクターが顔を合わせれば、例えば先ほど申し上げたような情報共有ツールをうちの地域ではどのようにやっていこうか、といった話し合いをしていただく。認知症の方への対応の中で専門医療の役割は必要になってきますから、専門医療がその地域の市町村レベルでの医療や介護の世界にきちんと入ってきていただいて連携をしていただく。こういった取組を進めていただくためのステップとして、会議を開催するための経費を概算要求しているところであります。

【司会】　次にお名前があがりました北村先生にお話しいただきたいと思います。

【北村】　皆さん、こんばんは。石川県の北村といいます。田舎者なので、何を言い出すか分かりません。早速始めます。

高松病院は県立の単科精神病院なんですが、僕はここ勤めて 24 年になります。で、認知症を主にやり始めて 22 年になります。いろいろありますけれども、好き勝手にやらせていただいておりますので、オリジナルだということをご理解ください。一応、お金とか、あんまそんなことは全く考えずにやっておりましたが、もうかってるんですけど。まあいいんですけど。

これ、何かあんまり面白くない図ですが、とにかく昔から、認知症の人を長いこと入院させていたら面白くないので、どんどん家に帰しましょうということをやっていたところ、2000 年から 2002 年の 3 年間で、入院期間の中央値が 4.1 カ月ぐらいだったんですが、だんだん、だんだんそれが短くなって、2009 年から 11 年は、2.3 カ月。今はもう 2 カ月ぐらいなんで、50％は 2 カ月以内に退院しているということです。

認知症の入院患者さん、ちょっといろいろありまして、うちの病院は認知症治療病棟じゃなくて精神科の急性期病棟を取っているので、うつ病の方とかも 10 数パーセントいるんですが。アルツハイマーが 4 割でレビーが 3 割ぐらいで、はっきり申し上げてアルツハイマーはもう介護の病気であって、やっぱりレビー小体型認知症が、医療が相当関わらないかん病気だとは思うんですが、詳しい話はきょうはしません。

退院先ですけど、これは退院した人だけの比率なのですが、退院した人の半分以上は自宅に帰っていると。グループホームとか介護施設もありますが、一般病院とか亡くなる方も 2 割近くいるので、体が悪くなる人もいっぱいいるということです。だからより好みして、家に帰れそうな人だけを入れとるわけじゃないっていうことです。

こんな田舎の中にありまして、すごい山の中でございまして。海まで 2～3 キロなんですが山で、こんなふうに蜂の巣が採れます。別に採らなくていいんですけど。という田舎なんですけど。最近やたら認知症が注目されていますが、今から言うようなことをもう 5～6 年前から考えてやっとるんですが。

とにかく早く自宅に帰すためには何をすればいいかっていうところが大事で。それには、入院して何を治すかっていうことをはっきりさせないといけない。今から表現がちょっと、何ていうか、下品になるかと思うんですけれども。僕、若い医者には、やっぱ年寄りは生ものなので、もたもたしとるとすぐ腐ってしまうというんです。昔、研修医のときに小児科回ったら、子どもさんはすごく状態が悪くても、原因は 1 つしかないんだと。その原因 1 つ見つけて治してあげると、回復力もすごいから、もうみるみるよくなるのが子どもであると。

一方お年寄りは、もういろいろなところガタが来てますから、こっちやっとったらこっちが悪くなって、こっちやったらこっちが悪くなって、しまいに体全体が悪くなるっていうことがあるので、例えば夜間寝ないということが問題ならば、夜寝れるようになったら、すぐ帰すと。その辺をはっきり意識してやりましょうということです。

それから 2 番目が、これは他の病院と全然違うと思うんですけど、とにかく歩けるようにする。

家に帰るときに何が一番大事かといったら、歩けなかったら家に帰れませんから。普通、精神科の病院に入れると、危ないからっていって車いすに抑制する方向に動くと思うんですけど、そういうことしていると、施設には行けても家には帰れないので。ことし、去年かな。入院した人、9割ぐらいはADL上がっているので、とにかく歩けるようにしましょうです。

その次に来るのが、精神科の看護師さんって体見るの、あんまり得意じゃないんですけど。だから嫌がるんですけど、そういう難しいこと言わなくても、ご飯の食べ方が遅いとか、きょうはちょっと顔色が悪いみたいだとか。何かそういうことだけでもいいから報告しなさいと。そんな難しいこと言わなくてよろしいと。ということで丁寧に体を見なさい。

その後ですね。薬がどうのこうのは。薬の種類はどうでもいいと思ってます、はっきり言ってね。関係ないです。だって、対処療法だから、全て。で、あとこういうことになります。

一応、臨床研究もやってます。要するに入院患者さんが自宅とか介護施設に早く行く、そういう退院を favorable discharge として、そういうのにはどういう要因があるかということを調べたんですが。男性が退院しにくいとか、独り暮らしが退院しにくいとかあったんですが、これを樹木モデル、CART 分析というのをしたところ、とにかく MMSE 得点が高い人が退院しやすいんだと。MMSE が低くても、Combative behavior ですね。好戦的な態度がなくて、女は退院しやすいんだと。逆に認知機能が低くて、ちょっと暴力的な人は、もうそれだけで退院できない。仮にそういうのがなくても男性は退院できないという、これ 400 人の、何の意図もなく統計をかけて、こういう結果が出ました。

つまり、認知症が高度で攻撃的で男性。これ、いわゆる男性の認知症患者の特徴みたいなもんですけど、こういう人たちをいったん入院させたら退院しないので、われわれとしては入院させたくない。でも、お断りするんじゃなくて、だから早くから手を打つ。そうなる先に来なさいよと。

ということで、こういう人たちに先手、先手の介護サービスをやることと、もう一つは男性の認知症の介護者は後でも出てきますけど、半分以上が配偶者です。奥さんがみてます。女の患者さんの介護者は、嫁さんとか子どもが半分ぐらいで、全然介護者も違うんですね。だから男性は奥さんを支援してあげれば、家でみれる。ということで訪問看護という話になったわけです。入院させないともうからないんですけど、精神科の病院の場合は。認知症に関しては、どんどん入ってきますから、むしろ外来中心で入院させない。入院させてくれって来ても入院させなくて外来でやるということをやっています。

今、イギリスでアドミラルナースという、有名になっておりますが、うちの病院はとっくに昔からやっとるぞって。こういうふうにハブとしてですね。いっぱい患者さんの家族の方とかケアマネージャー、いろいろ医者に情報言ってくるんですけど、それを全部医者が受けてたんじゃ仕事にならないので。ケースワーカーとかいますけど、彼らは体のことはあんまり分からないので。制度は分かっても。だから訪問看護師に全部話をまとめるようにすることと、それから仮に入院したときに、今度はその訪問看護師さんが病棟まで見に行って、よくなったかということをまた伝えたりできますから、病棟との橋渡しとしても非常にいいかなと。現在、認知症の訪問看護専任の人が5人います。その話は長くなるので、やりませんが。

話変わりますけど、ICF モデルですが、要するに海馬が縮んで後部帯状回の血流が低下して、アルツハイマー病ですねと。アリセプト飲みましょうという、この心身機能・構造のここのアプローチだけをして、認知症なんか治ることは絶対ないということは皆さんすぐ分かると思うんですが、逆に活動とか参加とか、この環境因子を調節することで、もしかしたら認知症は。認知症そのものはよくならなくても、全体的によくなることはあるだろうと直感的に分かると思うんですが。

一番重要なのは家族の態度でですね。家族は、できなくなったところばっかり見ますわね、普通。あれも心配、これも心配って言うんですけど、われわれとしてはこっちを見てほしいですわね。だから、そのあたりを、結局家族の態度が変わると、見え方が変わるということで、家族を治せば、治すって家族病気じゃないんですけど、家族をよくすれば認知症はよくなるという、この話を「ああ、なるほど」って医者じゃない人は思うんですけど、なかなか内科の先生とかは、1つの症状に対してこうなので、物盗られ妄想なのに何で家族治したら治るんだということが理解できない人が多いんです。ですから、腕のいい内科の先生ほど認知症は診れないと思います。

認知症を診るということは、先ほど水谷さんもおっしゃってましたけど、いろいろ情報を得な

ければいけないし、とにかく話すことが大事なんです。で、家族の情報を引き出すと言いますけれども、家族は素人なので、何が重要な情報で何が要らない情報かって分からないんです。だから、ドラゴンクエストとかと一緒で、町に入ってボンボン、ボンボン町の人にぶつかっていっても、「こんにちは、こんにちは」しか言ってこないんだけど、要のことを聞くと「鍵はあそこにありますよ」って言う。その要のことが分かってないと駄目なんで。だから、かかりつけ医の先生とかに、認知症を継続的に診ろというのは難しいだと思います。一般的に。

専門医の役割ですが、もう当然診断必要なんですけれども、やっぱり基本となるのは本人と家族の希望を聞いて、その人たちの生活を踏まえた上で治療方針を立てるので、当然アルツハイマーだからアリセプトとか、何とかだから、物盗られ妄想だから何とかだとかという、そういうことじゃなくて、その人それぞれによって全然違うということが大事なのと、あとは長期的にどうなるかっていうことが一番大事だと思うので。僕のとこなんか認知症の人でも 20 年とか通ってきますからね。親子 2 代認知症というのもいますから。だから、やっぱり長く診ることが重要であろうと、そういうことです。

また話が変わりますが。あっという間に時間がたちますけど。ご存じのとおり、平均寿命は女性が長くて不健康寿命が長いですね。高齢人口は 75 ぐらいまで一緒ぐらいですけど、その先、女性伸びますね。それから、介護サービスについては女性の方が 2.5 倍ぐらい利用してますね。これ、施設における性差っていうのは県庁とかも把握してないんですけど、厚労省も把握してないんじゃないかなと思うんですけど、電話かけて聞きましたら、特別養護老人ホームは、大体 1 割です。男性のベッド。介護の従事者も 8 割が女性です。

ということで、男性は体も大きいし力も強いので介護の手間は絶対かかるのに、要介護認定でも性差は考慮されないし、利用者は女が多くて従事者も女性が多くて、ベッドもみんな女性なので、男の人は入るとこがない。だから介護保険料、女性の方を高くしたらいいんじゃないかと僕は思うんですが。

で、やっぱり男性向けの介護サービスを考えてみたらいいかなとは思うんですけど。そろそろ時間がないので言いませんが、1 つは、やっぱりヘルパーは生活援助の限られた部分しか使えないので、一緒に釣りに行きましょうとか、散歩しましょうもできませんから、そういう家族的なサポートの代理となるようなボランティアを育てるとか。これは、若年性の認知症の人の男性のことをイメージしてちょっと思っとるんですけど。精神障害のクラブハウスモデルみたいに、ご本人と奥さんと行って、そこのなにがしかの事業を共同でやってくみたいな。こういうのがいいんじゃないかなと思います。参考までに。

あと、入院患者の性差を見たところ、結果は飛ばしますが、要するに男性の認知症と女性の認知症って違うんですね。そんで、見といてもらえばいいんですけど、認知症が進んでいくときに、最終点から考えたときに女性っていうのは、精神病状態や不安、抑うつとかで、比較的残りを残して認知症で事例化して、ここから施設なり入院なりって始まるんですけど、男性の場合は最後の最後までいって、肺炎で入院したらそこで暴力振るって入院しましたみたいな、こういうパターンが多いんです。ですから、認知症の性差モデルはやっぱ考えた方がよくて。女性は、今やっているような精神障害者用のモデルで、グループホームみたいな生活支援っていうのがいいかもしれないけど、男性の場合には終末期モデルで。体も悪くなって、認知機能も悪くなってっていうことですから、やっぱり医療が要るかなと。だから療養病床なくそうとしてますけど、そういうの果たしていいんかなと思います。

あと、先週青森でこれ発表してきたんですが、全然ウケませんでしたけど。今度は 85 歳以上の人とそれよりか若い人でどこが違うかって見たら、結局、データは示しませんが、うちの病院で入院する人の 45％が 85 歳以上ですよ。しかもその超高齢群は 7 割が男性なんです。だから、そういうもう、90 歳の女性とか介護施設で懇ろにみてもらえて、男は精神病院に来るっていうことです。彼らは ADL が悪くて体も悪いんです。

ということで、これ最後ですけど。要するに、超高齢者っていうことを考えたときに、ADL が低くて体も悪い、一般病院でも精神病院でも介護施設でもみれないような一群が、これからどんどん、どんどん増えていくであろうと。それに対応するには、精神科における合併症対応能力を高めるか、特養に医者を常勤させるみたいな、そういうのが現実的に一番いいかなと。

いずれにしましても、何ていうか、こういう性差とか年齢差を考えないと、ひとくくりに認知症といってもいろいろあるわけなんで、やっぱりこのあたりが重要なんじゃないかなということ

で、終わります。
【司会】　ありがとうございました。ハブとしての看護というお話がありましたが、続きまして九州から看護師・保健師である樋口さんにお願いします。
【樋口】　皆さん、こんばんは。NPO 法人たんがくの樋口でございます。私は東京にも京都にもおりましたけども、筑後弁しかしゃべれません。母国語も共用語も全部筑後弁でございます。分からん人は、後で聞いてください。失礼いたします。
皆さんと少し違いまして、地域のことを私はお話ししたいと思っております。私は京都の西陣にあります堀川病院におりまして、堀川病院は「畳の上で死のう」というのが合い言葉でした。地域と一緒にいろんなことをしながら生活を支えるっていうことを学ばせてもらいました。その後、行政に30年間も私みたいのがおりましてですね。退職を5年前に控えたときに、NPO法人たんがくを設立いたしました。宮崎のかあさんの家というホームホスピスご存じでしょうか、そこに行きまして、私ももう役場やらに行きよる段じゃなかと思ってですね、すぐ辞めて始めました。
たんがくの紹介をいたします。築70年の農家のうちを使っております。たんがくっていうのはぴょんぴょん跳ぶカエルのことです。NPO 法人は、もともと知的障害の子どもたちと畑をやってました。たんがくは漢字で当て字で田が楽しむと書きます。泥んこまみれになりながら、何か楽しいことをやろうやっていうことです。
たんがく、ここに来てくれて、本当にうれしかったと。ありがたいと言われるように、地域といろんなことをやろうと思いました。で、トヨタ財団の方にエントリーしまして、「応援するばい！あなたの命、わたしの命、みんなの命～ホームホスピス事業を通して支え合うコミュニティづくり～」というので応募しました。見事採択されまして、330 万もらって地域といろんなことをやりました。
bancoの会というのをつくりました。bancoっていうのはポルトガル語で縁台のことでございまして、筑後弁しか知らんち言いましたけど、ポルトガル語もちょっと知っておりまして。畳1畳ぐらいの木でできた、高さ45センチぐらいの縁台があるんですね。そこで、「きょう暑かったのよ」とか「寒かったのよ」とか、「あんたげ畑、どげんと」とか、「あの人が入院されちゃったばい。元気、どげんじゃかのう」とか、そういうことを地域の人と語らう場なんですね。
bancoの会は、そのbancoを何かそろって集まって、1つの大きな縁台をつくろう。それ、誰が欠けてもいけない。みんなが必要とされるコミュニティ。そうやって、誰かの笑顔を育むコミュニティ。これはbancoの会だよと。これは、私どもの NPO 法人たんがくの理念を貫いてるものでもございます。
地域の方と協働して、まず畑を作りました。これ、じゃがいも畑です。じゃがいもがたくさんできましてですね。近くに隣組に入っておりますから、隣組の方たちにも、じゃがいも持っていきました。反対に、お近くもじゃがいもとかいろいろ作っとんなさっけん、「たんがくのおばあちゃんたち、食べさせてあげて」と、いっぱいもらいました。隣組にもかたっています。
これは、たんがくの皆さんと一緒に、じゃがいもの種を植え付けたところでございます。いろんなボランティアが、こうやってたんがくの家においでになります。これは、久留米のシニアネットクラブというんですけども、そういう方たちも、たんがくの入所者を応援してくださいます。
たんがくの家は、訪問スペース、たんがくの家は24時間面会自由です。家族はいつでも来ます。泊まってもいきます。地域の人はさすがに夜中は来ませんけども、昼間はしょっちゅう来ます。「雨降ってきたばい。はよ取り込まんど」と声を掛けてくれたりもします。それと地域の皆さんとパソコン教室をやってます。エンディングノート作りをやってます。パソコンは、お金がありませんから、NHK 厚生事業団から 3 台もらいました。　それと、たんがくの畑で採れた無農薬国産純大豆です。みそ造りをやります。地域の皆さんと毎年やります。たんがくで使うみそは、全部ここで造ります。
それから、たんがくはずーっと入っていただくとこですが、25年に複合型サービスに挑戦をいたしました。25年4月に複合型サービス、上村座というのをつくっております。上村座というのは、歌舞伎小屋のごたるでしょう。歌舞伎の、この中のお部屋が、宿泊室が6つあるんですけども、松島屋さん、萬屋さん、成駒屋さん、成田屋さん、中村屋さん、歌舞伎の屋号を勝手に使っております。先日、いろんな方のお手伝いで、これ成駒屋さんに会うことできましてですね。橋之助さん一門とお知り合いになれました。
それと、複合型サービス上村座ですけども、これ地域の美婆会という会があります。20 年前、

ひも付きでない会なんですけども、何の補助金もない、自分で自腹でやってらっしゃる会なんですけども。ここに美しい婆たちが、いっぱいおります。婆の中に爺が 3 人いるんですよ。そうすると、美婆会と爺スリーっていうんですね。で、爺が増えてもいいんだそうです。爺ファイブ、爺セブンになるんだそうです。

大家さんへの、この美婆会を主宰されてる方への敬意と継承の念を込めまして、上村座のお名前、地域密着型にぴったりでございますので、私にくださいということでもらいました。

いろんなリハビリが必要な方、嚥下機能を高める訓練とかもしております。床擦れなんかも診ます。認知機能高い方も診ます。そして終末期の方たちも診ております。

これが上村座。大家さんが書いた上村座という看板です。さっき申しましたように、成田屋さんとか成駒屋さんとか、複合型サービスの中にこういうお部屋がございます。これは私ども自慢のひのき風呂でございます。皆さん、視察に見えて「泊まりたいな」とおっしゃったとき、1 泊 4 万円頂きます。高級和風旅館でございます。ヒノキの香りのするお庭のお風呂でございます。

複合型サービスというのは、医療依存度が高い方がおいでになります。旅行したり、ましてや温泉に行ったりすることは不可能に近い。ですからこそ、私はこういう豪華なお風呂にいたしました。上村座に来ることに弾みと楽しみを付けてほしい。それから地域の方もいっぱい見えます。そういう中で、いろいろ交流をしてほしいと思ってます。このお庭を見ながらお風呂に入ってお食事が食べれるんですね。ここにつくばいがありますが、水が出よります。この水は、大家さんが 200 万掛けて井戸を掘ってくれました。これ、つくばいの水も要るやろうと。お風呂の水も要るやろうということで、井戸を掘ってくれました。

この上村座ですけども、補助事業でできたものです。7,500 万掛かりましたけども、大半がいろんな補助金をもらいました。その中で、行政からの補助事業の中で、こういうアイスを売ったり野菜を売ったりお茶を売ったりですね。こういうことを、営利事業をやるとは何事ぞと怒られました。私がこれをやっているのは、原価で仕入れて原価で売ってるんです。

特にアイスは、このここは国道 3 号線に面しておりまして、近くに高校があります。高校のやつらがですね。男の子が多いんですけども、やつらは 4 時ごろになると帰ってくっとですよ。ここの前をびゅーんびゅーんと自転車で通ります。私の部屋が、この向こうにあるんですけど、「来たな」と思ったら前にひょいと出て、やつらを止めて、「アイスばやるけん、みんな来い」ということで、アイスば、ここでやります。

アイスは初回に限り無料でもらえます。そして、ただし友達ばいっぱい連れてこいと。ここはボランティアし放題ばいちゅうことで、高校生を誘い入れてます。高校生だけではなくて、最近は、こないだから、この近くに小学校ございまして。小学校 2 年生がたんがく探検に来てくれるということになりました。そしたら今度、インターンシップで中学校も来るということで、いろんな方たちが来るようになりました。

医療依存度が高い方がお出掛けする場があるよと。病気をしても認知症があっても、お出掛けする場があるっていうことを皆さんに知ってほしい。子どもたちだけじゃなくて、地域の皆さんに知ってほしい。そういう思いでこの店をやってます。

ここには、こういうのが並んでます。私の、みんな知ってる隣組の方とか親戚とか、そういうとこでして。いつ売れるか売れんか分かりません。ボランティアで協力してくれてます。

これ、ユニフォームなんですけども、たんがくのこの売店には、ユニフォームを作りました。美婆会の認知症のあるお年寄りが、認知症を持ってらっしゃるお年寄りが、売り子さんなんです。2 人売り子さんなんですね。ときどき来てくれますけども、来る日もよく忘れます。何せ記憶が十分ではありません。きょうは何しに来たのかを忘れます。きょう私、売り子に来たのか、それとも何か皆さんとお話に来たのか忘れます。忘れられっしゃれんごと、かすりでユニフォームを作りました。これを着てるときは、私はきょうは売り子だっちゅうことを忘れないように作ったんですけど、それすら忘れることもあります。

そして、地域の新聞にこうやって載せてもらいました。売り子さんなんですね。堂々とこう新聞に載りましたけども、お忘れることが多いです。

それと、これが美婆会の皆さんです。いろんなことをお手伝いしてくださいます。きょうは定例会があってるんだけど、いらっしゃらないと。そういうときには、どうしたんだろうっていうことで、みんなで見に行かれます。家事を忘れちゃいますし危ないですから、美婆会の皆さんが、お隣近所、向こう三軒両隣。昔はあった地域の関係性ですよね。そういうものをここは大切にさ