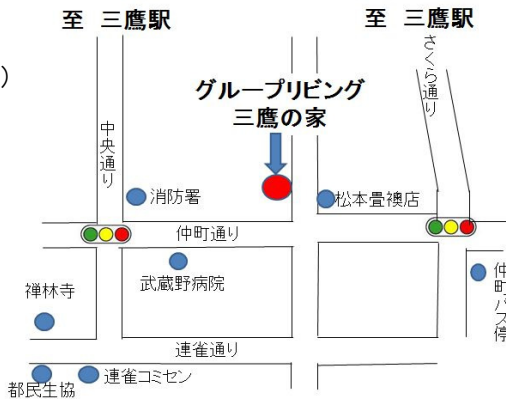


リレートークのご案内

- ①「どう違う？ 特養、有料、サ高住」
山田 義剛さん（三鷹ナースヘルパーセンター）
7月31日（月）午後1時30分～
- ②「私たちがつくる私たちのまち」
高橋 由紀子さん（三鷹市市民協働センター）
8月28日（月）午後1時30分～

会場 みたか・みんなの広場
参加費 各200円
*当日、会場においでください。
問合せ なりきよ 080-1362-5359
*リレートークは、毎月最終月曜日午後1時30分～15時00分に開催します。



みたか・みんなの広場
三鷹市下連雀4-5-19 みたかの家内

みたか・みんなの広場 催しのご案内

開催日時	テーマ	参加費用	主催・問い合わせ
8月3日（木） 11:00～18:00	足もみ健康法（リフレクソロジー）～感じよう！あなたの身体～ 30分 2000円～（予約優先）（毎月第1木曜日）		中村 080-6507-1959
8月12日（土） 13:30～15:00	般若心経カフェ：インドでお釈迦さまが始められた仏教を中心に 仏教全般を考えます。（毎月第2土曜日500円）		みたか・みんなの広場 なりきよ ☎080-1362-5359
8月19日（土） 13:30～15:00	タロット占い：自分自身を見つめ、あしたの自分に進むために 3,000円/30分（毎月第3土曜日、前日までに予約）		日本知っカード 占術協会 副会長 ミスティ・ローザ ☎080-1362-5359（なりきよ）
8月22日（火） 19:00～21:00	みたかオレソジカフェ2（夕どき） 認知症、高齢者介護なんでも相談・茶菓代100円（毎月第4火曜日）		みたか・認知症家族支援の会 石村 ☎080-6627-3551
8月26日（土） 13:30～15:00	茶話会「病氣とともに生きる」（毎月第4土曜日） 病氣となかよくするじょうずな生活法		HumannLoop“人の輪” 竹内 ☎090-7632-7251
8月28日（月） 13:30～15:00	リレートーク「私たちがつくる私たちのまち」 高橋 由紀子さん（三鷹市市民協働センター）		みたか・みんなの広場 なりきよ ☎080-1362-5359
毎週火曜日	マッサージュ教室 （外反母趾対策）	主催者までお問い合わせください。	篠山（しのやま） 080-9694-5884
毎週土曜日 10:00～12:00	シニアに最適：ノルディックウォーキング （参加無料。レンタルポール有り）	主催者までお問い合わせください。	なりきよ（みたか・みんなの広場） ☎080-1362-5359
お休み	鉄ちゃん、集合！ 私は乗り鉄、あなたは、振り鉄？ 中学生以下100円、大人300円（毎月第1土曜日）		みたか・みんなの広場 鈴木 ☎080-1022-2281
お休み	みたかオレソジカフェ1（昼どき） 認知症、高齢者介護なんでも相談・茶菓代100円（毎月第1水曜日）		みたか・認知症家族支援の会 石村 ☎080-6627-3551

NPO法人Humanloop“人の輪”
http://humanloop.web.fc2.com/

みたか・認知症家族支援の会
http://mitakanfs.blog.fc2.com/

三鷹市医療と福祉をすすめる会

NPO法人グレースケア機構
http://g-care.org/

NPO法人日本シニアジョブクラブ
http://jsjc.web.fc2.com/

三鷹科学遊びの会

2017年8月
第39号

みたか 三鷹市民の集いの場
みんなの広場

みたか・みんなの広場運営協議会
三鷹市下連雀4-5-19
http://minnannohiroba.web.fc2.com/
☎080-1362-5359 なりきよ

「地域に広げよう！見守りの輪」 香川 卓見さん （大沢地域包括支援センター）

平成23、4年ごろ、孤立死とか孤独死のニュースが報道された時、東京都が見守りについて考えようということで、「区市町村の高齢者見守り体制充実に向けた関係者会議」という会議が開催され、その会議のメンバーに選んでいただいて、約2年間いろいろな立場の方と見守りについて研究する機会を得ることができました。成果物として「高齢者等の見守りガイドブック」というものができました。

いまなぜ見守りかということですが、①高齢に伴っているような機能が低下し、体の状態が悪くなる、歩けない、身の回りのことが自分でできなくなる、認知症の方も増える、またお一人暮らしの方も増える、という急速な高齢化の進行。誰かが注意をしていないとまづいんじゃないか、という方が増えて、孤立死とか孤独死につながっていくこととなります。
②顔見知りが減ったり、町会加入率の低下があったりという地域とのつながりの希薄化があって、行政の支援だけでは行き届かない状況が出てきた。そこで、「見守り合い、支え合う地域作り」が社会の課題ととらえて、地域づくりを推進しようという動きがうまれたわけです。

厚労省の健康寿命についてのデータですが、男性で9.13年、女性で12.68年なんらかのサポートを受けて生きていかなければいけない期間があります。いま、65歳以上の人口の13.7%が認知症とされています。85歳以上になりますと、三人に一人は認知症とされています。花粉症よりも多いです（笑）。三鷹市の平均寿命は全国平均よりも長い街なので、だからこそ見守りについてもきちんと考えなければいけないということになります。

見守り合う地域が作れると、①自分の異変に早く気が付いてもらえる、②周りの異変に早く気が付くことができる、③介護予防の取り組みが進む、④孤独死を防げる可能性が高まる、⑤住み慣れた家や地域で最後まで生活し続けられる可能性が高まる、というようなことが考えられます。

いま社会保障費がどんどん延びていって、医療も介護保険も制度がもつのだろうか、と言われてます。そういうなかで地域包括ケアという言葉が生まれて、たとえ認知症でも住み慣れた家や、



住み慣れた地域で最後まで生活が送れるような地域をつくらうという考え方が示されました。この言葉ができたときは、介護サービスとか医療保険のことばかりでしたが、住み慣れた家、住み慣れた地域で生活をするために一番必要なのは、ちょっと気にかけてくれる近所さんが大事だということに行政も気が付いて、そういう取り組みを始めています。見守りもその中のひとつです。

いま東京都では見守りの方法を三つに分けています。①緩やかな見守り：地域住民や民間事業者がふだんの暮らしの中でちょっとした異変に気が付いたとき、それをどこかに連絡をするというもの。②担当による見守り：見守る人と見守られる人が決まっています、定期的に行う見守り、民生委員さんとか地域包括支援センターがこれですね。私たちも夏になると室外機が動いているかどうかをチェックに回ったりします。③専門的な見守り：認知症とか虐待でケースワークでの対応です。シルバー交番というものも井の頭にあります。この三つの連携と情報の共有も必要なことです。

どんな人が見守られるのか、近所付き合いを嫌がっているように見える方、でも嫌がっている方はそうそういないので、そう見える方でも行って話をしますと、近所との付き合いは持ちたいと思っている人がほとんどですね。ただ、そのタイミングを逸したままですというところですね。そういう場合は地域とつないであげることが必要になります。認知症の方も孤立しがちですね。いまはいろいろな窓口もありますが、認知症の方はそういうものにアクセスできないんです。それで、家で過ごしているだけになってしまいます。

今、大沢包括としてはコンビニや商店とネットワークづくりをやっています。買い物に来たときに、おかしいな、と思ったら包括に連絡をする。でもこれも無理のないできる範囲でやっていただく、そうやっていかないと長く続かないと思っています。そういう周囲の方を増やしていくことで、できる範囲が全体として増えていくことになる、それが見守りの基本だと考えています。

見守りネットワークを作るときに、それぞれの立場でできることがあるわけで、区市町村のインフラの整備は行政にしかできません。地域包括支援センターがやらなきゃいけないことは地域の人たちをつなげてネットワークを作ること。地域住民のみなさんでないと作れないネットワークもあります。そして、それぞれの立場で作るネットワークをつなげていく作業がとても大事です。

見守りの活動はさまざまな場面で見られます。井戸端会議が素晴らしい見守りになったという事例もあります。町会費集めで訪問して顔が見える機会を作る、回覧板もそうですね。町会や自治会などの清掃等の活動を欠席したら様子を見に行く、とかいろいろあります。

要は特別なことをしなくても、普段地域で行っていることが大きな見守りになっている、これこそが異変に早く気づき、いつまでも元気で住み慣れた家で過ごすことのベースがふだんの暮らしの中にある、ということだと思います。もうちょっと頑張りたい人は、名簿を作るとか、住民が集まる場所を作るとか。実は、住民同士のコミュニケーションの場にはさまざまな情報が集まります。地域包括支援センターの立場から見ると、一番新鮮な情報が集まっています。

緊急時の対応ということでは、緊急連絡先を把握する、緊急時の連絡体制を構築する、24時間対応の緊急電話を当番制で所持する、などは、立川の大山団地でやっています。

活動内容である住民のルールは、暮らしのルールですから、住民の皆さん同士で話し合って決めることが大事ですね。誰かにさせられるものではないか、それぞれで、それぞれの地域で何人いるか、どうい人がいるか、リーダーになる人がいるかどうか、それぞれの地域でできる範囲が違うのです。できる範囲がどこまでかを話し合い、それが住民同士の繋がりを強くしていく、そのなかにもうまく関係機関を取り込んでいくことだと思います。

個人情報の保護についてですが、個人情報保護法というのは、個人情報の守り方のルールを決める、もうひとつが個人情報の使い方のルールを決めるというふたつを決めているものです。個人情報の提供について、原則は本人の同意を得てくださいということですが、法令に基づく場合（虐待防止）、人の生命、身体、財産の保護に必要な場合（あの人を三日見ていない、お隣に最近変な人が出入りしている）、国や地方公共団体に協力する場合などは、個人情報を提供しても問題はありません。

三鷹市の実践例としては、安心見守り電話です。これは地域福祉課地域ケア推進係が担当で24時間365日対応しています。

香川 卓見さん



電話の内容によってそれぞれの担当セクションや専門機関と連絡をとって対応するようになっていきます。ほのぼのネットも見守りボランティアとして活動をしています。私が関わった事例として、ご近所の見守りがうまくなった事例もあります。

いろいろな成功事例（ある程度の効果があってそれが続いている）に共通することは、緩やかな見守りの担い手がいること、これがあらゆる見守りの基本です。異変に気が付いたら連絡する、それだけで十分です。担い手の人が増えれば増えるほど、セーフティネットの精度が上がります。そして、見守りサポーターも無理のない範囲でやることです。負担が大きいととどんどん止めていくし、新しい人も入ってこないんです。

これからの課題ですが、ひとり暮らし高齢者、高齢世帯は増加し、介護保険の改正により、軽度の高齢者（見守り予備軍～要見守りレベル）のサービスが簡素化する方向にあります。見守りの担い手が高齢化していく中で、比較的若い層の担い手が不足する傾向にあります。そういうなかで、見守り合い、支え合いは、できることをできる範囲でやる。できる範囲は人それぞれ。これを地域住民にどう伝えるか、がまず大きな問題です。

既存の見守り活動や「実は見守りになっている」実践を把握する、これは地域包括支援センターがやらなければならないことだと思いますが、それらをつなぐコーディネートが重要です。そこから各地域の仕組み作りの優先順位が見えてくることになると思います。こういうことに取り組んでいかなければならないと思います。

「見守っている人」も誰かに見守られています。そして年をとっていくと、いずれ「見守っていないと心配な人」になっていくかもしれません。その時に、住民自身が最後まで住み慣れた地域の中で暮らししていくためには、今何をすべきなのでしょう？ 見守りの問題は、住民の方々自身が、いつまでも住み慣れた家や地域で、最後まで生活していくための取組といえます。ありがとうございました。

日本はいま、海外から何を学ぶべきか(ヨーロッパ視察から)

東郷清児さん(三鷹市東郷医院) 2017年7月23日
*東郷医師は、今年3月、オランダとイギリスの在宅ケア事業等の視察に行かれました。本記事は、その報告会の要約です。



東郷清児さん

そういう海外事情を踏まえて、日本の現状と未来を考えてみたいと思います。

例えば、認知症では、イギリスでは、本人ができることはやっていますが、日本では、できないと決めつけて補う、と考えているようです。また、ヨーロッパでは、患者は飛行機（病氣）のパイロットであり、専門職はパイロットをサポートする、と考えますが、日本では、専門職はパイロットで患者は乗客と考えているように思います。

世界の高齢者状況を見ますと日本はダントツの一位ですし、死に場所を見ますと、日本は病院が81.2%ですが、オランダでは病院35.5%、自宅31.0%、施設等が33.5%となっていて、オランダでは病院死の比率が一番少なく、在宅医療や在宅介護が充実しているとみることができます。

孤独死ですが、ヨーロッパでは「在宅ケアにより普段の様子がわかっている」ので、「大往生できてよかった。」と言われるということです。

昨年、厚労省は「我が事、丸ごと」地域社会本部が設置され、暮らし、生きがい、地域をともに作る地域共生社会を旨とし、としています。高齢者福祉政策については、1989年のゴールドプランから始めて、2000年の介護保険システム、2013年の地域包括ケアシステム、そして「我が事、丸ごと」地域共生社会実現と推移してきましたが、残念ながら、うまく行っているとは言えません。

それどころか、厚労省は、2025年の地域医療・介護サービスの充実という、実現不可能な絵図を描いて、国民に本当のことを知らせようとはしていません。地域行政も同様です。

そういうなかで、私としては、メディカル・ケアタウン構想ということで、医療と介護の協働、各職種をアップさせる教育システムの導入、そして専門職と住民の協働ということで、地域共生の実践に取り組みたいと思っています。

ありがとうございました。

1990年代のオランダの在宅ケア事情の実態は、本当にひどいもので、官僚主義的ケアにより質が低下し、利用者から、そして専門職からも不満が湧き出ている状況でした。

そういう時代が20年近く続いたあと、Jos de Blokという地域看護師が新しい在宅ケアモデルを提唱しました。それは、ビュートゾルフ(Buurtzorg)と言われるもので、最大12名で構成される看護師のチームにより提供され、完全にフラットな組織です。個々の看護師は、自分で考えて、自分勝手に動きます。1チームは、40~50名のあらゆるタイプの利用者への支援を行います。チームの構成員には、専門性だけでなく、多様な利用者に対応するジェネラリストであることも求められます。そして、ビュートゾルフは地域ケアの土台である家庭医と協働して、コミュニティケアを提供しています。

ビュートゾルフの理念は、①利用者や専門職という枠を超えた人間的な関係を基盤とする、②自立支援ということで、必要以上のケアはしない、③利用者のQOL向上を第一に考える、という点です。

その社会的評価は、患者満足度第一位で高齢者団体からの評価も高く、また運営コストが他の組織の四分の一だということで、政府も他のケア組織さらに政府機関へのモデル導入を推奨しています。スウェーデンやベルギー等の他国でも導入されています。

ビュートゾルフがうまく運営されているのは、オランダ人の国民性によるところが大きいようです。オランダはOECD諸国の中では、個人が最も孤立しない国と言われています。一方、日本は、最も孤立する国と言われています。

オランダには、認知症村と言われる村があります。2009年に開設された介護施設ですが、入居できるのは認知症患者だけで、現在152人が暮らししています。ホグウェイという村で、訪問したかったのですが、数か月前からの予約が必要だったということで、今回の訪問は叶いませんでした。

イギリスでは、家庭医、がん研究のためのチャリティショップ、コミュニティセンターのある教会、代替医療のクリニック等に伺って、いろいろな話を聞いてきました。