

「人生の最終段階」というと、何となく暗いように聞こえますが、「楽しい下山」です。荷物も大分軽くなっているし、あとは好き勝手やっていただいたら、本当にそれでいいのだと思うのです。何となく死というものが正面切って語れない、そういう人たちがまだまだ多いですけども、でも、いつか必ずそれは受け入れなければいけないわけです。できるだけ早いタイミングで受け入れたほうが選択肢は多いです。

是非皆さん、今日はお家に帰ったら、自分がどう死ぬかということをご家族と1度話し合っていたらと思います。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(紀伊) 佐々木先生、どうもありがとうございます。お聞きになられた皆さんにとって、明日から非常に役立つお話だったと思います。

一つお聞きしたいのですが、先ほどスライドの左右で「治す現役世代向けの医療」と「下り坂に寄り添ってケアしていく」というところを分けていらっしゃいました。印象としては、これだけ高齢者が増えているにもかかわらず、まだ現役世代向けの「健康な人生をより長く」が主流な気がします。医療側もそうかもしれませんし、国民側もやはり「治しにかかってしまう」ことがあるように思います。そこを転換していく、つまり、「残る人生をより楽しく」を支える医療に変えていくために、どのあたりが課題だと先生は感じですか。

(佐々木) 医療提供者側と患者側の双方に課題があると思います。医療提供者側に関して言うと、資料(P.16)右側の「残る人生をより楽しく」を支える医療というのは、実は、医学教育にまだ十分含まれていないんです。例えば私が生まれたのは1970年代です。そのころの日本の平均寿命は60歳代だったわけですね。急速に高齢化が進んでいます。

日本だけではないですが、急性期医療というのは、若い人たちを中心につくられてきた。薬にしても、臨床試験は64歳未満の人たちを対象に考えられている。そういう薬を80歳とか90歳の人が飲んでいいのかどうか。そもそも80代9代のご高齢者たちを治療すべきなのかどうか。実は、これまで検討されたことがないんです。

その状況で患者さんたちは軒並み高齢化していく。若い人たちを治療していたのと同じように治療してきているけども、これでいいのかどうかというのが、まず医療者の間でもきちんと評価が共有されていない。ただ、ここ数年、高齢者向けのいろいろな病気のガイドラインや薬の考え方が相次いで発表されているので、徐々に浸透はしていくと思います。しかし、完全に教育に反映された人たちが医者になるまでには、あと10年ぐらいかかるので、しばらくは混乱が続くと思います。

それから、医療を受ける側の人たちにしても、「きちんと医者にかかっているのが1番安全なんじゃないか」「大きい病院にかかっているのが安全じゃないか」といった、病院志向、ブランド志向があるんです。そして、歳をとると病気が増えてくるので、病気ごとに主治医を持っている人が多いです。「心臓は東大の循環器、肝臓は慶應の消化器、整形外科は九段坂病院」みたいな感じでかかっている、病気がどんどん増えていくと、かかる病院がたくさんあるので、みんな、「忙しい、忙しい」と高齢者は言っていますよね。

そんなばかなことはおやめなさい、ということです。その先生たちはあなたのことなんて診てくれないですよ。あなたの「臓器」しか診ていないんです。だから、「血圧をちゃんと下げていれば大丈夫だよ」と言うんだけど、例えば、気がついたら、おばあちゃん、98歳になっている。血圧を下げ過ぎて、転んで骨折するんです。寝たきりになってもその先生が責任をとってくれるのでしょうか。

病気を1個々診るのではなくて「たくさんの病気を持ったその人」を診る。だから、「主治医を一人決めなさい」ということが、すごく大事だと思います。日本はもともと「かかりつけ医」という制度がなく、しかも、フリーアクセスといって、どの病院にかかってもいいことになっています。だから、「いい先生に診てもらおう」みたいな感じの方が多くいますが、それが歳をとると逆効果になっていくんです。

大病院に対するブランド志向は、若い人は持ってもいいかもしれませんが、高齢者になり足元が不安になってきたら、「大病院にかかっていたら危険だぞ」と思ったほうがいいかもしれないですね。

(紀伊) 医療側は、教育も含めて、そういう価値観と専門性を持った人たちをつくっていくことが非常に大事だし、市民側も意識を変えていかないといけないということですよ。

勝又さんにお聞きします。いまお話にあったような「医療との向き合い方」や「在宅でも看取りができる」とか、市民側も発想を変える必要があると思うのです。しかし、冒頭の齊木大の話にもあったように、「選択肢があっても、見えていない、イメージできない」という状況がある気がします。そのあたりの啓発に関して、武蔵野市でお取り組みのことや、市民側の反応としてこんなことがあるよということがあれば、是非教えてください。

(勝又) 武蔵野市のごく最近の取り組みですが、「自宅で最期を迎える」ことを経験した方を講師に講演会を開催しました。「もしあなたが望むなら、自宅で最期まで過ごせます」というタイトルでしたが、非常に人気がありました。

先ほどの佐々木先生のお話のなかに四つのパターンが出ていましたが、癌でお亡くなりになる方と、老衰や認知症でお亡くなりになる方の最期の姿やケアの在り方は大きく違います。今、「看取り」という言葉が、いろいろなところで使われていますが、それに対するイメージはばらばらで、多死社会を迎えるにあたっての「看取り」について、きちんと解説し伝えていく必要性を、今日、この場でも改めて感じたところです。

(紀伊) 佐々木先生から「下山にはガイドが必要」というお話もありましたが、皆さん、看取りに関してイメージがなかなか湧きづらいし、そのイメージは一つでもない。そこをしっかりと伝えていく必要があるということですね。ありがとうございます。

最後は、「医療を少なくしていったって、ケアで支える」ということで言うと、下河原さんのところのような住まいや介護が重要になるわけですが、なかなか介護職が医療の方と連携するとか、一緒にやっていく、というところは、ハードルが高いようにも思います。一般的には「医療側は敷居が高い」と感じる介護や高齢者住宅の方も多いような気がするんですが、そのあたりはどう対応していच्छいますか。

(下河原) 僕はお医者さんばかりが問題だと思ってなくて、介護士たちのメンタルの問題だと思っています。お医者＝偉い人、お医者＝絶対言うことを聞かなくちゃいけない存在という決め付けがあるの

ですが、そうではない。生活をきちんと面で支えている介護士こそがアドバンス・ケア・プランニングを1番やっているし、その情報がものすごく貴重なんだという認識さえ持てれば、お医者さんに対して、「いや、本人はこういうふうに言っていました」ぐらいのことが言えると僕は思うのです。

だから、変わるべきはお医者さんたちではなくて、介護の人たちです。また、それを活用していこうという、ご本人も含めたご家族たちの考え方こそ、しっかり変わっていかなくちゃいけないと思います。

(紀伊) ありがとうございます。家族という話が出ましたが、角田さん、いかがですか。家族にとっては「在宅のお看取り」というのもなかなかイメージしづらい部分もあると思いますし、医療との向き合い方や最期の迎え方について、角田さんから佐々木先生にご質問などありますか。

(角田) 介護家族が仕事をしているような場合ですと、「親が家で亡くなったんです」という話を聞くときには、やはり突然死のパターンだったり、癌などで急激に悪くなって「最後の1週間、2週間でした」という人に限られる印象があるんです。

そういった印象があるので、先ほど、佐々木先生が「一人暮らしでも」とおっしゃったのがすごく衝撃的でした。家族が仕事をしていて日中留守とか、同居して介護する人が本当にいないとか、そういうパターンでも「自宅での看取り」は可能なのでしょうか。そのときに、素晴らしい医療チームのいる地域に住んでいないとなかなか難しいものなのでしょうか。

(佐々木) 実は、これは医療ではなくて、介護の話なんです。昼間一人にして大丈夫なのか」と、皆さん、すごく心配するんですけども、皆さん、日曜日など、家にいるときは一人ですよ。心配だからといって、老人ホームに入った人たちも、実は、みんな居室は独立しているから、基本的には日中独居ということ自体は、別にそれほど変わらない場合もあるわけです。

ただ問題は、3度の食事がちゃんと提供できるのかとか、排泄のケアは誰かやってくれるのか、ちゃんとお風呂に入れるのかという部分です。その部分は介護サービスや、地域の食事を提供するサービス等と組み合わせれば、できるんじゃないかと思うんです。その3度のお食事と身体のケアと排泄ケアが家にいると大変だからというので、老人ホームを選択する人もいます。ただ、最近は、例えば定期巡回・随時対応型訪問介護看護とか小規模多機能型居宅介護支援事業所など、定期的なケアに加えて、必要なときは呼べば来てくれて、通いも使える、泊まりも使える、といったフレキシブルなサービスも増えてきています。そういうものがない時代からでも一人でも暮らしていた方がいるわけですね。

逆に、一人暮らしのほうが、「あんた、危ないから、病院に行ったほうがいいわよ」とか、そういうことを言う家族がいないので、最期まで自宅でいられる人が多いかもしれませんね。

(角田) そうですね、退院するときに、一人暮らしの人は自分の家に帰れるけど、家族のいる人は施設に入れられてしまう、ということを知ったことがあります。

(佐々木) その通りです。

(角田) でも、仕事をしている人が、介護する人が自分しかいないというときに、本当に在宅で親が望んでいるように暮らしを支えられるのかというのは、「大丈夫だよ」と言ってくれるケアマネージャーさんや、地域の支援者、お医者さんがいるかどうかにかかわっていますよね。

(佐々木) 結局、家族の生活も含めて、「その人の暮らし」ですから、家族に負担がかかって生活が破綻するというのは、全然ケアプランになっていない、ということなんです。「独居でも暮らせるんだ」

という前提で、家族がどこまでケアにかかわれるかを考えたうえで、できる範囲で協力をしてもらう。

そうしないと、先ほどの事例みたいに、お母さんのことを一生懸命思っているつもりなんだけれども、ストレスで、ついつい「死んでしまえばいいのに」みたいに思ってしまうとなったら、それこそ悲劇です。その人の生活が「家族単位できちんとエコシステムとして回る」状況をつくっていくのが、在宅ケアではすごく重要なポイントです。「家族が私一人しかいないから頑張らなきゃ」という思い込みで自分を追い詰めることで、逆に環境が悪化することが、とくに認知症ケアの場合に多いです。そこは気を付けることがとても大事だと思いますね。

（角田） 仕事に行っている間は一人暮らしという形でケアしていただいて、夜は家族が帰ってくるからちょっと心強い。そう思うと、すごく気持ちが楽になりますね。

（佐々木） そうですね。日中、一人が心配だったら、デイサービスに行ってもいいし、近所の人に遊びに来てもらうなり、近所の人のところに遊びに行ってもいいわけです。恐らく、そういうことが、今後、介護だけに依存しない仕組みという意味で、すごく重要になってくるのではないかと思います。

（紀伊） ありがとうございます。

やはり医療に関しては、私たち自身もパラダイムシフトというか、考え方を大きく変えないといけない、そんな印象を持ちました。

（休憩）

（紀伊） それでは、後半のセッションを始めたいと思いますが、その前に、休憩中に質問を多くいただいております。時間の関係で、二つほどご紹介して、お答えいただこうと思います。

一つ目が下河原さんへのご質問です。「非常に魅力的な事業、住宅であるように感じられますが、同じようにやられていらっしゃる事業者さんが少ないというのは、どういうところに背景があるのでしょうか」というご質問です。

（下河原） 例えば看取りに関して言えば、これは実は経営的にすごくプラスなんですけど、そこを見逃してしまっていることがあると思うのです。僕の運営している高齢者住宅の入居率は4年も5年も98%でずっと来ています。それは、やはり看取りをきちっとやっているからということに他ならないと思っていて、要するに、それが経営的メリットなんだ、というところにまで行き着いてない経営者が多いのではないかというのが実感です。

（紀伊） 社会的な必要性に加えて、経営的にもプラスだということは、「シルバーウッドが大変成功していますよ」みたいなことが広まってくと、経営者の意識も変わっていくのかもしれないですね。

（下河原） あとは、介護職の離職率にも大きく影響していて、看取りをやるといって、「大変だから介護士たちが離れるんじゃないか」と思われるかもしれないですが、逆なんですよね。要するに、彼らの仕事をきっちりつくるのが、彼ら自身のアイデンティティを上げていくことにつながるんで、そこをもうちょっと理解してもらうために活動していきたいと思います。

（紀伊） ありがとうございます。

佐々木先生にもたくさん質問が来ているのですが、一つ代表的なものとして、「総合診療医について、

これから増えていくのかどうかも含めてどうお考えですか」というご質問です。

(佐々木) 日本は、今、90%以上が専門医ですね。専門医というのは、特定の臓器しか診ないというか、診たくないというお医者さんたちです。でも、高齢者の場合は、一つの臓器しか問題がないという方はいない。心臓の病気を治療していたら、胃に副作用が出ることもあるので、やはり全身を診ることができお医者さんが高齢者を診ていく必要があります。

そして、高齢者の割合が増えていくというのは明らかなので、総合的に診られるお医者さんを増やしていかなければいけないという意味で、総合診療医はたくさん必要です。

それで、総合診療専門医という専門医の資格ができたんですが、実は「地域で高齢者を広く診る」ということをあまり想定していないんです。ドクターGという番組を見たことがある人もいると思いますが、大病院等にて、「この人の病気はあれじゃないか」みたいなことを臨床推論で出していく。

全部診られるお医者さんというのは、もちろん、病院にも必要なんですが、地域にそういう機能がいないですね。ヨーロッパの国々では、家庭医が主治医・かかりつけ医として登録をしていて、その人が死ぬまで全部まとめて診るという仕組みがあるんですが、日本にはそういう仕組みがありません。

そのかわり医師会が提唱しているのは「かかりつけ医」を持ちましょう、ということです。自分の近所の開業医の先生を何でも相談できるお医者さんにして、何かあったら、その人に相談をする。特定の臓器というのではなくて、全部を診てもらう。しかし、日本の開業医の多くは専門医なので「かかりつけ医」の研修事業等をやっています。「2日間研修を受ければよい」というものです。本質的に、超高齢社会に向けて、どうやって「その人の全部を診られるお医者さん」に育てていくかは、これから取り組まなければいけないテーマだと思います。

(紀伊) ありがとうございます。これからの超高齢社会では、そういった「全部が診れる」ことは、医療側としても必要でしょうし、それを国民が受け入れるということも非常に大事なことです。



それでは、パートの三つ目に入りたいと思います。ここでは、地域やコミュニティについてどう考えるのか。皆さんとディスカッションをしていきたいと思っています。

背景にはお一人様がどんどん増えていくことがあります。また、経済力として平均的な厚生年金受給者以外の方々を含め、これからの地域づくりをどう考えていくのか。武蔵野市の勝又様にプレゼンテーションいただきたいと思っています。よろしくお願いいたします。

(勝又) 武蔵野市健康福祉部高齢者支援課から参りました勝又と申します。どうぞよろしくお願いいたします。



初めに、武蔵野市の概要です。東京都のほぼ中央に位置し、新宿から電車で20分程度の距離にあります。23区西部、杉並区と練馬区に接し、市内を中央線の吉祥寺駅、三鷹駅、武蔵境駅の3駅と井の頭線の吉祥寺駅があります。吉祥寺は「住みたい街」として上位にランキングしますが、おいでいただいた方には、「緑が多いですね」と言われます。

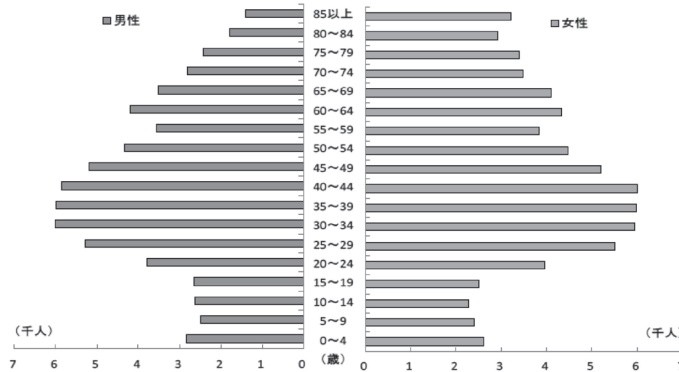
人口14万6,146人、世帯数7万6,751世帯で一人暮らしの世帯が多い地域です。

65歳以上の人口が増加しており、高齢化率は22.0%です。資料にはありませんが、75歳以上の方が11.5%、65歳以上の半数は後期高齢者です。

1世帯当たりの人数がありますが、平成29年で平均1.91人。1世帯二人以下です。独居の高齢者が多く、高齢の夫婦のみ世帯も多くなっています。

人口特性

男女年齢別人口



2017年7月1日現在

○総人口 **145,022人**

男性 69,530人

女性 75,492人

○少子高齢化の進展

・高齢者人口(65歳以上)の増加(22.0%)

・年少人口(14歳以下)の減少(11.7%)

・市民の平均年齢 44.1歳

○合計特殊出生率

全国 1.46

東京都 1.17

武蔵野市 1.20

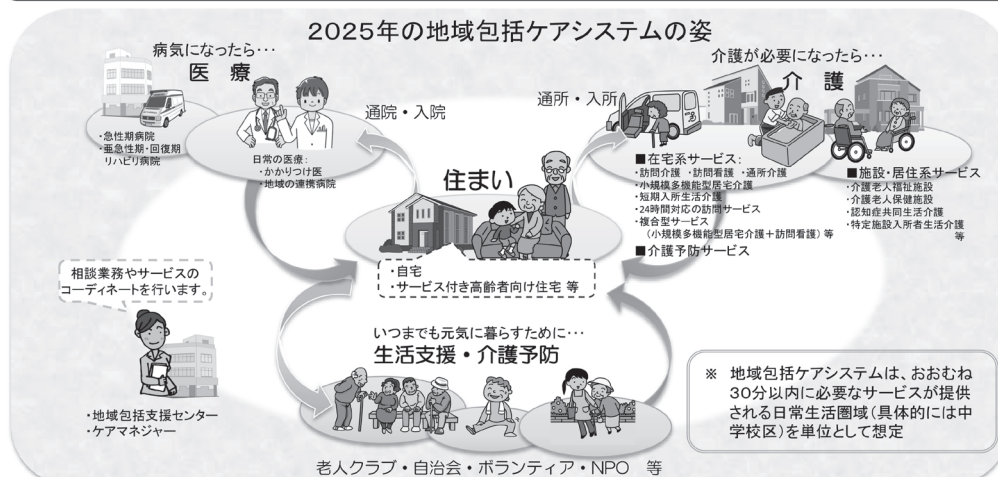
○世帯数の増加

年	平成12年/2000年	平成25年/2013年	平成29年/2017年
人口	130,747人	140,117人	145,022人
世帯数	64,258世帯	72,990世帯	76,033世帯
1世帯当たり	2.03人	1.92人	1.91人

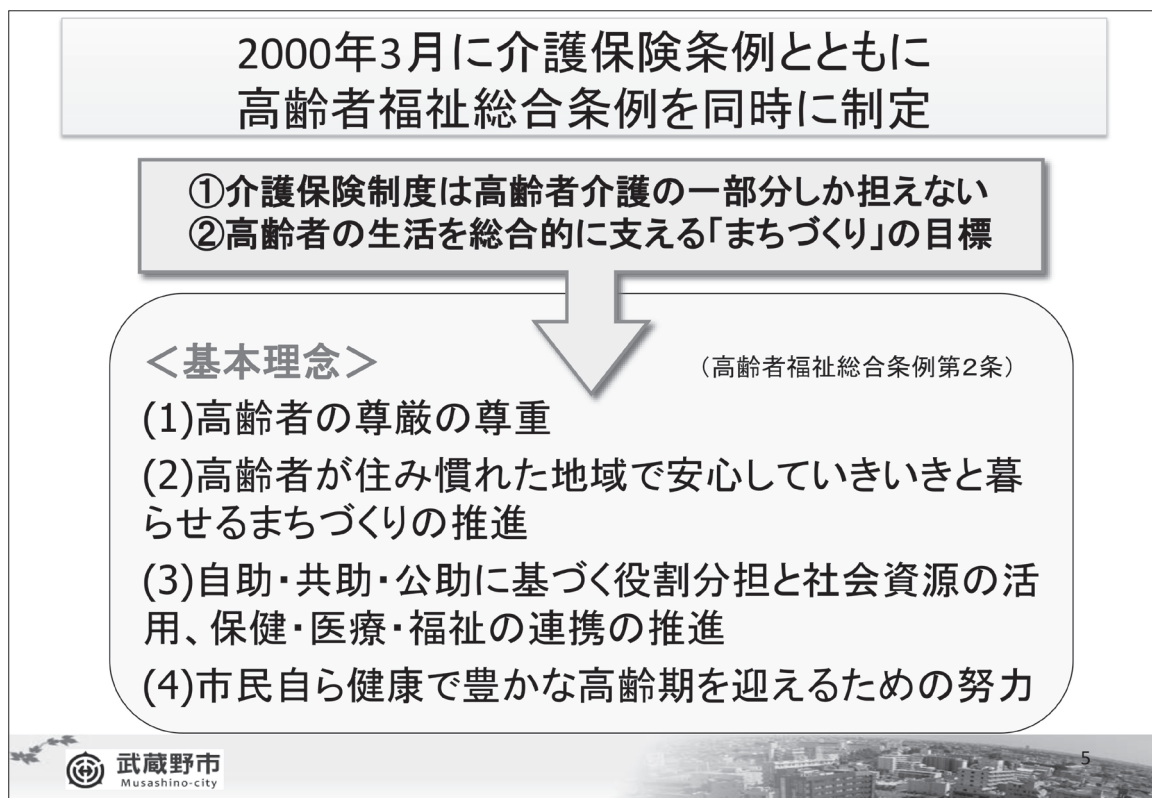


国が描く介護の将来像(地域包括ケアシステム)

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



こちらは、最初の課題整理のスライドにもありましたが、国が描く将来像、2025年に向けた地域包括ケアシステムの姿です。本日は資料（P.75）の下の生活支援・介護予防、地域の支え合いについてお話しします。



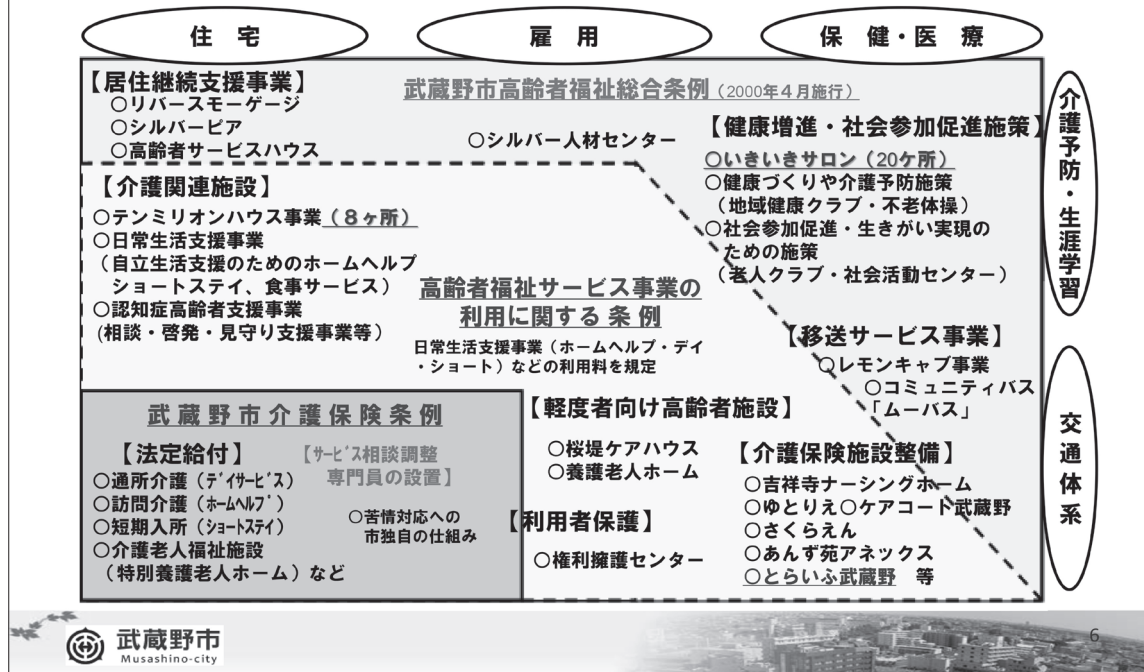
武蔵野市では、2000年3月に介護保険条例とともに高齢者福祉総合条例を制定しました。2000年4月から介護保険制度が始まりましたが、市はその前から、「地域のなかでまちぐるみの支え合いをしていく」ことを考え、実践していました。その当時の課題意識としては、「介護保険制度だけでは高齢者の生活の一部しか担えない。高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標が必要である」ということです。

高齢者福祉総合条例の理念として、(1) 高齢者の尊厳の尊重、(2) 高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進、(3) 自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進、(4) 市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力、の四つを掲げています。当時は「地域包括ケアシステム」という言葉はありませんでしたが、考え方としては同じものです。

先ほどありましたように、「高齢者福祉サービスの一部分」に介護保険があるという位置付けです。

武蔵野市では、「地域包括ケアシステム」を市民の方にわかりやすく伝えるために、地域を「まち」、包括を「ぐるみの」、ケアシステムを「支え合いの仕組みづくり」と言いかえて説明しています。市民

武蔵野市の地域包括ケアシステムは 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている



6

武蔵野市の

地域 包括 ケア システム

まち ぐるみの

支え合いの

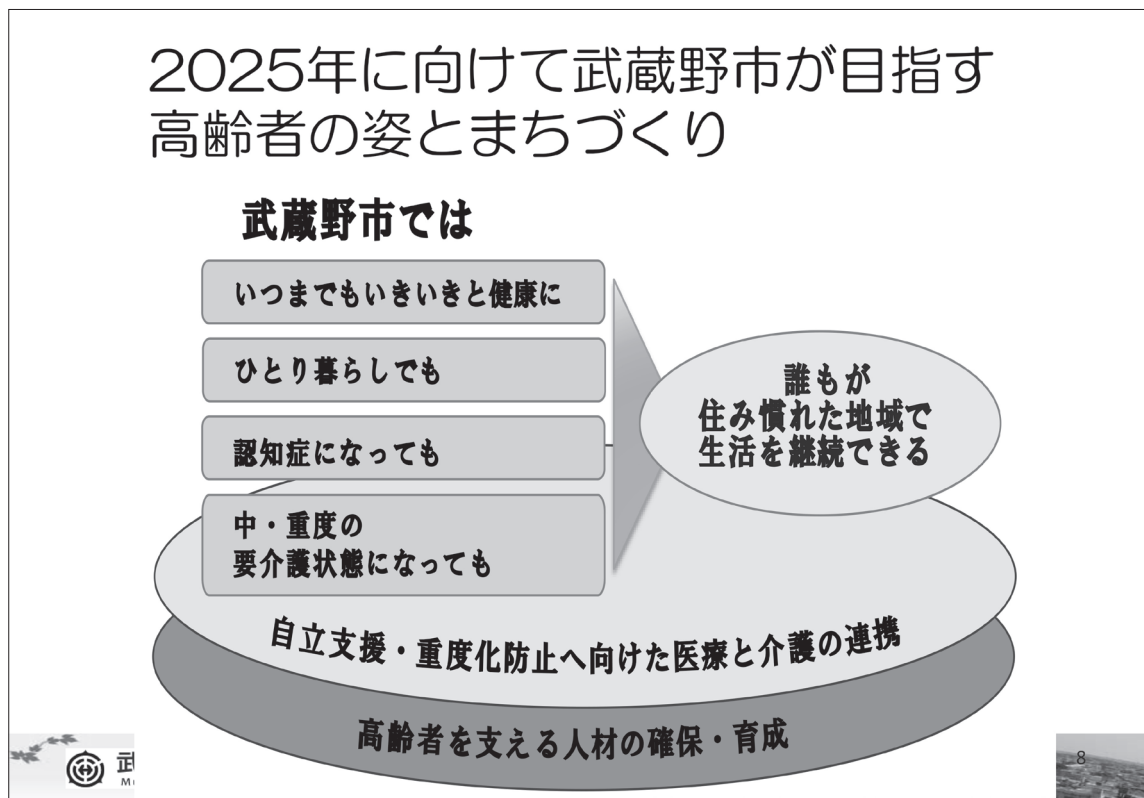
仕組みづくり

市民も、福祉サービス提供事業者も、行政も
一体となって「支え合いのまちづくり」を進める



7

も、サービス提供事業者も、行政も、一体となって支え合いのまちづくりを進めましょう、というのが基本的な考え方です。



こちらは、平成30年3月に策定した高齢者福祉計画、介護保険事業計画に記載された高齢者の姿とまちづくり、目標とするものです。

武蔵野市では、「いつまでもいきいきと健康に、一人暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても、誰もが住み慣れた地域で生活を継続できる」それを目指しています。

さらに、それを支えるものとして、自立支援・重度化防止に向けた医療と介護の連携、さらに、介護人材、地域福祉の担い手等、人材不足が非常に深刻になっていますので、高齢者を支える人材の確保・育成が、その目指す姿を支えるものとして位置付けた計画になっています。

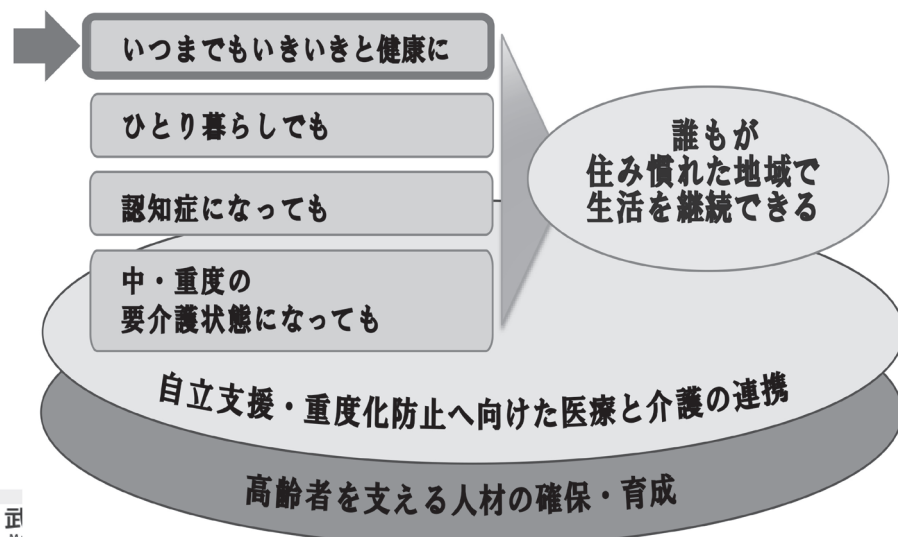
本日は、まちづくりやコミュニティの話ですので、「いつまでもいきいきと健康に誰もが住み慣れた地域で生活を継続できる」この部分のお話をしたいと思います。

テンミリオンハウスのご紹介です。テンミリオンハウス、これはリバースモーゲージによる遺贈物件・空き家・市有施設などを活用して、NPOや住民組織等が運営し、その活動に対して市が年間1,000万円を上限に補助をする、というものです。そこからテンミリオンハウスという名前になっています。

「近・小・軽」と書いていますが、ご近所の小規模な施設で、軽快なフットワークをもって活動する施設という意味です。スライドの写真のような活動をしています。現在、8カ所の施設で活動しています。

いつまでもいきいきと健康に 誰もが住み慣れた地域で生活を継続できる

武蔵野市では



いつまでもいきいきと健康に

テンミリオンハウス

リバースモーゲージによる遺贈物件・空き家・市有施設などを活用し、NPOや住民組織等が運営。市が年間1000万円を上限に補助。

■地域での見守りや社会とのつながりが必要な方の生活を支援する
『近・小・軽』の施設。



体操プログラム

<サービス内容>

手芸・書道・体操・健康麻雀など
各種プログラムのほか、
喫茶・世代間交流・緊急ショートステイ
などを実施している施設もあります。
地域住民向けのイベントも
実施しています。



テンミリオンハウスくるみの木

No.	施設名	住所	電話番号
①	川路さんち	西久保1-34-2	55-6239
②	月見路	吉祥寺北町1-11-7	20-8398
③	関三倶楽部	関前3-37-24	56-9047
④	そ〜らの家	吉祥寺南町5-6-16	71-3336
⑤	きんもくせい	境4-10-4	50-2611
⑥	花時計	境南町2-25-3	32-8323
⑦	くるみの木	中町3-25-17	38-7552
⑧	武蔵野市きたまち	吉祥寺北町5-7-9	56-8537



元気な高齢者が支える側に テンミリオンハウスの挑戦

- ・介護保険制度が事業創設のきっかけ
- ・介護保険導入直前、要介護認定モデル調査。当時、措置で市のデイサービス利用者のうち3割の方が非該当に
- ・非該当の方々の受け皿が必要
- ・使われていない地域の資源を活用して、市民の力で支え合いの場を創設（高齢者が支える側にも）
- ・運営は、地域の市民団体、NPO等。市は年間1,000万円を上限に運営費を補助（柔軟性の担保）
- ・休眠資源を有効活用し、利用者はいつまでもいきいきと、運営者には生きがい・やりがいが見られる一石三鳥の事業（ボランティアの市民がプログラム講師も担う）



11

「元気な高齢者が支える側に テンミリオンハウスの挑戦」と書かせていただきました。テンミリオンハウス事業は介護保険制度が事業創設のきっかけになっています。介護保険の導入前に、市のデイサービスを利用している方を対象にモデル事業調査をすると、ご利用者の3割の方が介護保険を使えないという結果になりました。これらの3割の方をどのように支えていくのか、介護保険で非該当になった方々の受け皿が必要ではないかということから、このテンミリオンハウスの構想ができました。

使われていない地域の資源を活用して、市民の力で支え合いの場をつくっていく。スライドの1番下に記載の通り、休眠施設を有効活用し、利用者はいつまでもいきいきと健康に活動ができる。運営者側にも生きがいややりがいが見られる。一石三鳥の事業です。

テンミリオンハウスの1日です。お昼御飯は500円前後で食べられるようになっています。

プログラムの一例です。これらのプログラムを選ぶのも運営団体の方々です。このプログラム以外にも、バスハイクや、クリスマス会など、季節の行事なども計画されています。

利用者さんのなかで何かお得意なものがあれば、例えば、合唱のときにピアノ伴奏をお願いしたり、各種プログラムの講師等を務めていただきます。もちろん、外部講師を招くこともありますが、どの施設もいろいろ工夫をして活動しています。

レモンキャブは、誰もが気軽に外出できるまちを目指した、外出が困難な方のための移送サービスです。運転手さんは同じまちに住んでいる方です。事業はお米屋さんのご協力から始まりました。お米の配達をしているなかで外出が不自由になってきたご高齢の方の「〇〇まで連れて行って欲しい」という言葉が事業化のきっかけになったと聞いています。

テンミリオンハウスの1日

9:00頃 スタッフ集合 開所準備
 10:00 開所
 10:30 プログラム①(90分)
 12:00 お昼ご飯(60分)
 13:30 プログラム②(90分)
 16:00 閉所(片付け・ミーティングなど)
 17:00頃 スタッフ帰宅



※これは一例です。内容や時間など、各施設の運営団体が自主的に決めています。

プログラムの一例

自立生活体操 ヨガ体操 太極拳
 編み物教室 パッチワーク
 絵手紙 書道 水墨画 大人のぬり絵
 俳句 詩吟 朗読 コーラス
 囲碁 健康麻雀 認知症予防ゲーム
 初心者パソコン相談 初めての英会話



などなど

外部から講師を招いたり、利用者が講師を引き受けるなど、実施方法は様々です。

レモンキャブ

■誰もが気軽に外出できるまちを目指して、
外出が困難な方のためにできた移送サービス

～ 運転手は同じまちに住んでいる人 ～
運転手をつとめるのは、商店主を中心とした
地域の有償ボランティアです。
共助による地域を支えるサービスを提供。



～ ご利用について ～

◆ ご利用できる方

高齢者や身体に障害を持つ方で
バスやタクシーなどの利用が
困難な市民の方

◆ 料金

30分ごとに800円
利用会員登録（年会費1,000円）
が必要です。
登録手続きは武蔵野市民社会福祉
協議会でできます。

～ 福祉型軽自動車を使用 ～

使用している車両は、身体の自由の利かない
人にも使いやすいように配慮された
福祉型車両です。

《お問い合わせ先》武蔵野市民社会福祉協議会
吉祥寺北町1-9-1（1階）Tel. 23-0701



このように、テンミリオンハウス事業、レモンキャブ事業等を実施し、支え合いの基礎を築いてきましたが、これからは、もっと気軽に、もっと身近に、ということを目指します。テンミリオンハウスは、基本的に毎日活動をしていただきますので、運営する方の負担も大きく、なかなか新しい運営団体が見つからないという課題もありました。また、もっと近くに通える場所があれば、自主的に介護予防ができるということで、より気軽に、身近に、週1回の活動をする「いきいきサロン事業」を2016年7月に創設しました。

こちらがいきいきサロンの様子です。5名以上、週1回以上、65歳以上の高齢者が集まる場で介護予防・認知症予防のプログラムを含む活動を行う事業です。

現在、20団体が活動しておりますが、武蔵野市はこれを町丁目ごとにつくっていくことを目標にしています。ボールを使った運動をしている写真がありますが、運動のプログラムは必ず入れることにしています。

市はこの事業に補助をしていますが、こちらにお示ししたのが補助対象の基準です。特徴的なのは、利用は登録制で、登録した方が無断欠席をされた場合、安否確認のお願いをしている点です。

プログラムです。先ほどのテンミリオンハウスと似たところもありますが、歌・コーラス、手芸等プログラムは皆さんで決めていただいています。マージャンや、ガーデニングというグループもあります。

武蔵野市認定ヘルパーです。介護人材の確保と、地域の支え合いや担い手の確保をどのように広げていくかということで、2015年（平成27年）10月に始めた制度です。介護保険法の介護予防・日常生活支

もっと気軽に、もっと身近に

〈これまで〉

- テンミリオンハウス
- レモンキャブ 等

市民の活力と共助の精神で、地域ぐるみの支え合いの基礎を形成

〈これから〉

- ① より気軽に身近に
- ② 自主的に介護予防ができ
- ③ 高齢者自身も活動の担い手や地域での役割を持つ

2016年7月～

いきいきサロン事業を創設！

さらに地域の隅々まで支え合いの仕組みを浸透させる



15

いきいき健康長寿のまちづくり

いきいき
サロン事業



- オリーブサロン
 - 吉祥寺ささえあいビレッジ
 - まきばサロン
 - 御殿山サロン
 - よりあい食堂かよう
- など 現在20団体が活動中

5名以上・週1回以上、65歳以上の
高齢者が集まる場で介護予防・認知症
予防のプログラムを含む活動を行う
団体に対して補助・支援
⇒**住み慣れた地域で在宅生活を継続**



16

いきいきサロンの要件 (補助対象基準)

- 介護予防や認知症予防に資する取組を実施（体操は必須）
- 原則週1回以上・2時間以上の実施で、年間概ね40回以上実施
- 定期的に活動できる実施場所を確保（※市立施設は対象外）
- 概ね65歳以上の利用者が5名以上
- 利用は登録制。無断欠席時は安否確認
- 利用者の個人情報の管理体制を整備
- 運営に必要な最低限の実費の確保
- 活動中の事故に備え、保険に加入

プログラムについて

介護予防に資する「体を動かす運動」は必須
それ以外は誰でも参加できるものであれば自由

(例)

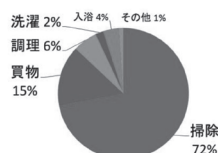
- 脳トレ（音読・計算など）
 - 歌・コーラス
 - 手芸・編み物
 - 絵手紙・ぬり絵
 - 書道
 - 俳句・短歌
 - 健康麻雀
- 朗読
 - 料理
 - 囲碁・将棋
 - ガーデニングなど



武蔵野市認定ヘルパー

【総合事業実施前の状況】

介護予防訪問介護の9割以上が「家事援助」
→幅広い担い手による提供が可能（ただし、利用者のアセスメントを適切に行うことが前提）



武蔵野市における介護
予防訪問介護の援助内
容の内訳
(平成25年7月実績)

【課題】

○急速な高齢化に対応するには、「まちぐるみの支え合い」をさらに進めることが必要。

○介護人材の不足により、有資格のヘルパーは中重度の高齢者の介護へシフトすることが求められる中、「軽度者に対するサービスの人材確保」も必要。

○多様な主体によるサービスの充実を図る一方で、「支援の質の担保」も不可欠。

介護予防・日常生活支援総合事業において「武蔵野市認定ヘルパー」制度を創設

- 独自の研修を実施し、修了者を「武蔵野市認定ヘルパー」として認定。合計18時間の講義
- ヘルパーの資格を持たない市民（高齢者、主婦等）でも、「武蔵野市認定ヘルパー」として総合事業において家事援助サービスの提供が可能。「仕事として」サービスに従事
- 「まちぐるみの支え合い」「軽度者に対するサービスの人材確保」「支援の質の担保」を同時に実現

シニア支え合いポイント制度

65歳以上の市民が行う社会参加・
社会貢献活動に対してポイントを
付与し、獲得ポイントに応じて
ギフト券などに還元



シニア支え合いサポーター

社会貢献活動



ポイント付与



協力施設・団体



援総合事業、一般的に総合事業と呼ばれるものですが、その実施にあたり武蔵野市でつくった仕組みです。

円グラフにありますが、介護予防の訪問介護の9割以上が家事援助、家事援助のとくに7割以上はお掃除の支援をしているという当時の状況から、お掃除はプロのヘルパーさんをお願いをしなくても、研修を受けた一般の方をお願いできないかということをつくった制度です。

高齢化に対応するためには、介護人材をどう確保していくかは大きな課題ですので、有資格者のヘルパーさんは中・重度の高齢者のケアにシフトしていただき、軽度者に対しては地域の力で支え合っているという考えです。地域の担い手で、とはいうものの個別支援に入ることになりますので、支援の質の担保も不可欠であるということで、市で研修等を組み、このような制度にしました。

シニア支え合いポイント制度は、65歳以上の市民の方が社会参加や社会貢献活動を行った場合にポイントを付与して、そのポイントに応じてギフト券などに還元するという仕組みです。こちらも、地域の支え合いや、地域福祉の担い手を広げていこうということで、2016年（平成28年）に制度化しました。活動は始まったばかりですが、徐々に協力者が増えている段階です。

武蔵野市も多死社会を迎えるわけですが、住民に1番近い行政機関として、さまざまな施策を組み合わせたいと思っています。以上でございます。ありがとうございました。（拍手）

（紀伊） 勝又さん、どうもありがとうございます。

テンミリオンハウスや、支え合いポイントなど、いろいろな取り組みをやっていると思いますね。人と人とがいかにつながりを持ち、それぞれ役割を持って、できるだけ長く暮らしていただけるのかということで、恐らくいろんな施策をやっていると思います。そのなかで、実際、コミュニティやつながりがうまくできている部分と、これはまだまだ難しいと思っている部分があるかと思っています。そのあたりで、とくに市でうまくいっているところと、逆に難しいと感じになっている課題の部分とを、ご紹介いただけないでしょうか。

（勝又） やはり若い方にどのようにこの活動に入っていただくかというのが大きな課題だと思っています。今日ご紹介できませんでしたが、配食サービスや、地域の体操のグループなど、地域の方が主体となっている活動は非常に多いのですが、皆さん、そのなかの高齢化についてよくおっしゃられます。後継者や担い手をどのようにつくっていくかが大きな課題になっています。

興味はあっても、ちょっと1歩が出ないという方も多いと思いますので、それをいかに探し出してきて後押しをするか。そこが行政の課題だと思っています。

（紀伊） ありがとうございます。若いということ言うと、先ほど、下河原さんのお話のなかで、駄菓子屋に小学生がくるなど、さらに若い方々が自然と集っているお話があったと思います。下河原さんのところで、コミュニティづくり、地域づくりについて、ここがポイントじゃないかとか、こういうことに気を付けてやっている、ということがあれば、是非教えてください。

（下河原） 「地域包括ケア」という言葉だけで、もうすでに人は寄ってこない感じがしますよね。何か正し過ぎるし、真面目過ぎるし、全然おもしろくなさそう。やはり、若者を集めたり、いろんな人たち

を集めたいならば、「おしゃれ」、「格好いい」、「おいしい」、「すてき」とか、もっとわかりやすいキーワードをきちんと製作していかないといけないと思うんですよ。デザインも大事になってきますし、センスもすごく重要になってくる。従来の「地域包括ケア」というスタイルはやめたほうがいいような気がします。すみません。

(勝又) その通りですね。

(紀伊) 私も同感なのですが、逆に、下河原さんのような民間の方から見て、行政には何を期待されますか。

(下河原) 行政のなかだけでやろうとするのではなく、もっと民間に依頼すればいいと思うんです。もちろん、予算の問題もあるとは思いますが、結果として大きなリターンがあるわけなので、そこはきちんと予算をつくって、センスあるところをお願いしたほうがいいような気がしますね。

(紀伊) 勝又さん、逆に、民間への期待として、どんなことがありますか。民間といっても、介護の事業者だけではなく、介護以外のいろんな生活を支えるサービスの事業者さんもあると思います。

(勝又) 何かサービス、新しい施策を考えるとときに、税金を投入して、行政、公的なところがやるべきことなのか、問われていると思っています。確かに人集めも苦労している。「おしゃれでセンスよく」というのは、私どももわかってはいるんですが、なかなか難しいところです。持ち帰って考えていきたいと思っています。

(紀伊) いい役割分担ができればいいのでは、と個人的には思います。

佐々木先生にもお聞きしたいんですが、先ほどのお話のなかで、「一人でも在宅生活を続けられますよ」というお話がありました。ご家族や、介護サービス、医療サービス以外に、まさに地域の支え合いで暮らしが継続できているという、そんな事例・ケースで印象的なものがあれば、是非ご紹介いただきますでしょうか。

(佐々木) 東京の場合、「地域」という概念が、ちょっとモヤッとしているので難しいところがありますが、例えば私の患者さんで、95歳ぐらいで寝たきりに近い状態の方がいらっしゃいます。元々ブラシの職人さんで、彼女じゃなきゃつくれないブラシがあるらしく、全国から注文がやってくる。そうすると、彼女は、布団の上を粉だらけにしながら、竹に穴をあけてブラシをつくる。

やはり、注文があるから頑張らなきゃ、私しかできないから頑張らなきゃ、という気持ちが生きがいにつながっているようです。納品のときは、ベッドからおりて、車椅子に乗って玄関まで行って、さあ、どうぞとお渡ししています。

介護や医療は、どうしてもその人の穴を埋めることばかり考えてしまいがちですが、やはり、その人なりの強みがあるはず。その「強みの部分」をより強めることで、その人の生きる力全体を強くしていく。ほかにも例は結構ある気がします。先ほど、紙芝居を読んでいる方のお話もありましたが、その人ができることがあって、その人がいることでコミュニティがどう変わっていくかが、その人たちが実感できるようなことがあれば、それはそれですてきだと思います。

また、お食事を一人で食べるのはすごく寂しいと思います。僕の患者さんで一人暮らしですと、ヘルパーさんが3度の食事をつくってくれるんですが、つくったら帰ってしまう。そうすると、一人で食べるのはつまらないから、結局、手をつけないんですね。そして、どんどん体重が減っていく。

そこで、お隣さんも同じような方だったので、「週に2日、一緒に食べたら？」みたいな感じでセッティングをすると、やはり楽しそうに食べるんですね。その人たちに必要なのは、食事をつくってあげる支援というよりは、「誰かと一緒にいられる場をセッティングしてあげる支援」が必要だったのです。一人で隣に行けないとしても、誰かがちょっと手伝ってあげれば行けるかもしれない。一人暮らしの方が二人いても、二人1組にしておけば独居ではなくなります。

恐らく地域のなかには、そういう、すごくもったいないことをしていることがたくさんあると思うのです。それを行政のような大きな目で見てもやろうと思うと、やはりなかなか難しいので、地域のなかのそういう細かいところに気付いた人たちがちょっとずつ、つないでいくことが必要です。「お節介おばさん」という言葉がありますが、そういう地域のコーディネーターみたいな人が何となく機能してくれるといいと思います。民生委員の方もみんな高齢化しているので、なかなかそこまでできない、と思うんですね。そういった、新しい住民の自治の形のようなものが今後できていけば、自分たち自身にとって住み心地のいいコミュニティになるような気がします。

(紀伊) ありがとうございます。生活を続けていくには、そういう交流や、それぞれが少しずつ支え合うようなところがないと、医療・介護だけでは限界がありますよね。

角田さんのご相談事例のなかで、「うまく地域の支え合いを活用して、仕事が続けられた」といった事例がもしあればご紹介いただきたいんですが、いかがでしょうか。

(角田) 今のご質問はすごく難しいですね。相談というのは、あまりうまくいってないから受けるので。

私の父が、今、91歳で一人暮らしをしているんですが、会うたびに、「また〇〇さんが亡くなったんだよ」、と次々に父の友人や支えてくれたご近所さんが亡くなっていきます。20歳ぐらい若いうちの父の友人は、今でも訪ねてきてくださいます。同世代だけで仲よくしていると非常に危険で、家族だけではなく若い世代のご近所様とつき合ったほうがいいな、と思っています。

それから、とにかく仕事をしている人は、地域コミュニティと接点がなく、職場と自宅の往復をしています。そんななかで、自分の親に介護が必要になったからといって、突然地域の人に頼ろうと思っても、そんなに世の中は甘くないですね。それに、先ほど言ったように、親のご近所さんは亡くなっていったり、同じように老いています。やはり民生委員さんや意識の高いボランティアさんなど、お隣さん以外の、そういう人とつながれるように、行政に相談に行くなどして、まずネットワークのなかに親につながってもらおう。そこに自分もできる範囲でかかわるというのが現実的かなと思っています。

(紀伊) ありがとうございます。いま、「地域包括ケア」は高齢者だけでなく、子どもや障害のある方も含めた「丸ごと」に概念を広げようとしています。そこを「地域包括ケア」という仰々しい言葉ではなくして、「楽しい」「おしゃれ」「ちょっとした人の役に立つ」みたいなことで、若い方も含めて、皆さんがちょっとずつ自分ごととしてかかわれるような、そんな取り組みが必要なのでは、とお話を聞いていて思いました。

西沢さん、何かコメントはありますか。

(西沢) 今日、医療・介護の話が中心ですが、行政の方に期待したいのは、所得の問題ですね。自分らしく死ぬためには、やはりお金は必要で、銀木犀に入れるのも、恐らく、平均的なサラリーマンか、ちょっとうえぐらいの方だと思うのです。そうでない方はかなりいるので、所得も含めて老後を考えら