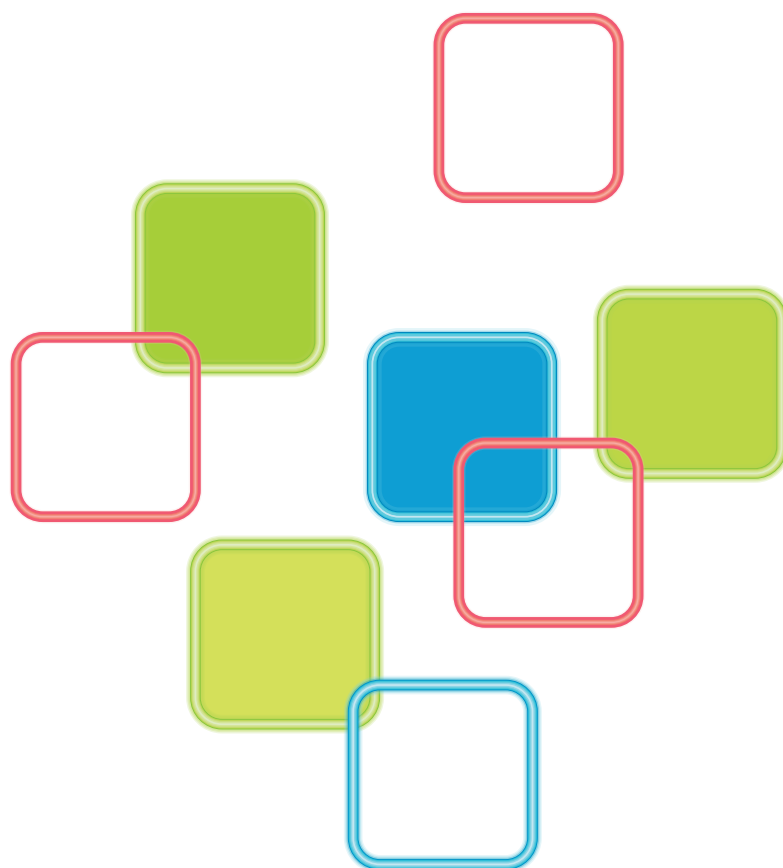


「2016年度学長裁量経費」によるプロジェクト

リーダーたちと共に 「地域社会活性化」について考える

実施報告書



放送大学北海道学習センター

「2016年度学長裁量経費」によるプロジェクト
リーダーたちと共に「地域社会活性化」について考える
実施報告書

目次 CONTENTS

1	プロジェクトの目的と背景	02
	プロジェクト	
2	リーダーたちと共に「地域社会活性化」について考える	05
	地域リーダー×クロストーク	
2-1	在宅医療専門医と連合町内会会長	06
	地域リーダー×クロストーク	
2-2	ソーシャルワーカーと民生児童委員	18
	地域リーダー×クロストーク	
2-3	訪問看護師と通訳ボランティア	32
3	解 説	48

本報告書は、「2016年度学長裁量経費」によるプロジェクト背景と内容を記述すると共に、解説を加えて作成したものである。本書の作成はすべて所長の筑和が手がけており、内容・表現についての全責任は筑和に帰している。

1 プロジェクトの目的と背景

本プロジェクトは、これまで5年間にわたって実施してきた「地域貢献事業」の一環であるが、「地域リーダー」という観点に重きをおいているという点にその特徴がある。プロジェクトの位置づけをより明瞭にするために、まず、今年を含む6年間の「地域貢献事業」の一覧を提示する。

年度	プロジェクト名	内容	連携の相手
2011	放送大学の学習・教育内容の認知度向上事業	網走・根室・江差・留萌・旭川での 所長講演	各地域の教育委員会・ 商工会議所等
2012	放送大学学生と地域社会との連携協力推進事業	「みんなの文化祭」	コミュニティFM (札幌・函館・帯広)
2013	地域活性化活動の広報と実践プロジェクト1	学生によるインタビュー番組	コミュニティFM (札幌市)
2014	地域活性化活動の広報と実践プロジェクト2	学生によるインタビュー番組	コミュニティFM (旭川市・札幌市)
2015	HTB・LCR・放送大学北海道学習センター共同企画 「北海道の地域医療について考える」	テレビ番組作成への学生の企画提案	北海道テレビ (HTB)
2016	リーダーたちと共に「地域社会活性化」について 考える	地域リーダーである学生による 地域リーダーへのインタビュー番組	コミュニティFM (札幌市)

2011年度は所長自身が学習センター職員のサポートを受けながら実施したが、翌年度からは北海道学習センター所属の学生が主体となって実行している。様々な機会に繰り返し述べているように、他の学習センターと同様に北海道学習センターの学生の中にも「地域リーダー」の名にふさわしい人物は多数存在している。しかし彼らの活動は、そのほとんどが、「放送大学学生」という意識ではなく、「町内会長」「～委員」「～ボランティア」等の肩書・属性のもとで実行されている。しかしながら、放送大学の地域貢献プロジェクトは「放送大学」が主体となって遂行する事業であるべきであろう。したがって2012年度以降のプロジェクトは、「放送大学学生」が、その身分・立場を十分に意識しながら実施することに力点を置いているのである。

上掲の表が示すように、2012年度から2016年度までのプロジェクトは、すべて地域社会に根ざすマスメディアとの連携のもとで遂行されているが、それは、一定の期間内でのプロジェクト遂行のためには、連携の内容と相手を当センターが独力で模索するよりも、地域社会の各領域に通じ、諸組織との連携経験が豊富な札幌市内のマスメディアに協力を求める方がより合理的であると判断したからである。同時に、その背景には、学習センターの日常的活動一公開講演会、公開講座等々ではない形で地域連携活動を試みたいという意図も存在している。学習センターの日常活動から離れた分野での活動を構想する場合「何を」「どう」実施するかがポイントになるが、

このポイントに回答するのは必ずしも容易なことではない。実際、すでに進行中の1社会活動との協働を検討したことがあるが、どうしても「ボランティアとしての参加・協力」という形にならざるをえず、学長裁量経費による「放送大学の事業」という色彩がきわめて希薄になる、ということを経験する結果に終わった。

以上の理由から、北海道学習センターが実施するプロジェクトは、日常的で具体的な特定・個別の営為に関わるものというよりは、学生が「放送大学学生」の立場で社会活動を広く展望して各活動の実態と意義の理解を目指す、という傾向をもつこととなった。2013年度からは、学生がマスメディアの番組作成に直接関与しているが、これも、俯瞰的かつ広範囲な社会内の営為の見聞・考察につながり、「社会貢献」ならびに「地域リーダー」のあり方についての知見を獲得することに役立っていると考える。

2016年度は、すでに地域社会でリーダー的役割を果たしている学生たちが、「医療」「保健・介護」「看護」の領域のリーダーにインタビューしつつ意見交換を行い、その内容をコミュニティFMの番組に仕上げるというプロジェクトを実施した（【資料】参照）。Intervieweeは、5月に実施した放送大学公開講演会「住み慣れたまちで暮らし続けるために～在宅医療と地域包括ケアについて考える～」で講演者ならびにパネリストを務めた方々にお引き受けいただいた。放送内容を文字化したものを次章で示すが、InterviewerとIntervieweeの会話から、各当事者の日常的営為のポイントとリーダーとしての視点を読者が感じ取ることを期待する次第である。



【資料】プロジェクトの内容

今年度のプロジェクトも地域貢献事業をその内容としているが、これまでに実施した学長裁量経費による事業内容を踏まえて、「地域リーダー」という観点をさらに強化したプログラムの実施を構想している。

2012年度は「みんなの文化祭」を、放送大学学生の主導で、3つのコミュニティFM局と地域社会の人々の協力を得て実施した。2013年度・2014年度は、「地域リーダー」に本学学生がインタビューするラジオ番組を2つのFM放送局の協力を得て作成し、あるべきリーダー像を探った。2015年度は、地元テレビ局の地域医療広報番組「医TV」の2回分の企画立案と編集協力を学生が行い、「広報」領域でのリーダーシップの発揮を試みた。

今年度のプロジェクトの具体的内容は以下の通りである。

まず、「本学学生が地域リーダーとして活動しているケースの発掘」に取り組む。本学習センターには連合町内会会長を務める学生や「病院ボランティア」等で主導的立場にある学生が所属しているが、今回のプロジェクトの第1部は、それらの学生に対して所長が聞き取り調査を行い、彼らの実践経験から獲得した知見を引き出すというものである。

ついで5月に行われた放送大学公開講演会「在宅医療と地域包括ケアについて考える」の講師・パネリストの内の3名に所長がインタビューし、講演会において各人が提起したキーワードの背景を掘り下げを試みる。これらのキーワードは、第1部でIntervieweeに想定している学生の活動に密接に関連しているので、学生の知見と突き合わせることでさらに有益な発見が、たとえば「統率力」「コミュニケーション能力」等の従来より指摘されてきた「リーダーの資質」から一歩進んだ「地域リーダーが備えるべきもの」の発見ができることであろう。

これらのインタビューは、従来より本学習センターと協力関係にあるFM三角山放送局の「市民啓発番組」として編集し1時間番組3回分として放送する。また同時に、放送内容を文字化し冊子にまとめて保存する。放送自体はCDに録音し音声資料とするので、聞き取り調査の内容は音声と文字の両面で保存され、本学学生ならびに「地域活性化」に関心を寄せる市民の利用に供されることとなる。

以上の内容をもつプロジェクトが、放送大学が目指す「地域リーダー育成」事業の進展に貢献するものであることを祈念している。

2 プロジェクト リーダーたちと共に 「地域社会活性化」について考える



以下は、2016年12月に札幌市のFM三角山放送局が3回に渡って放送した 放送大学提供の1時間番組「地域リーダー×クロストーク」を文字化したものである。文字化にあたって、テキストとしての読みやすさを追求するために、口語特有の間投詞・反復・言葉遣い等を、会話のリズムを崩さない範囲で修正していることを断っておく。

2-1 地域リーダー×クロストーク 在宅医療専門医と連合町内会会長

12月3日（土）放送

出演者： 大友 宣 医師（医療法人財団老蘇会静明館診療所医師）
鈴木 誠 放送大学学生（連合町内会長）



▶ 前ワク

ここから、放送大学北海道学習センターの学生によるラジオ番組、「地域リーダー×クロストーク」をお送りします。私は放送大学北海道学習センターの岡元藍子です。

放送大学とはテレビ、ラジオ、インターネットを通して学習する、国が創設した通信制大学です。教養を高めたいかた、関心のあるテーマをもっと学びたいというかた、あるいは、大学卒業資格学士号を取得したいというかた、皆さんそれぞれの目的をもって、全国でおよそ9万人の学生が学んでいます。昼間や平日は仕事などで忙しい、というかたにも、自分のライフスタイルに合わせて学ぶことができます。北海道学習センターは北海道大学構内にあり、環境も充実。CDやDVDで授業を視聴することもできるんです。

北海道学習センターでは、今回「地域リーダーによる地域貢献と地域活性化」をテーマに、学生によるインタビュー番組を企画。「在宅医療と地域包括ケア」について、3名のキーマンにお話を伺います。インタビューを行うのは、放送大学の学生であり、それぞれが、地域活動にも積極的に取り組み、地域リーダーとしても活躍するみなさん。どんなお話が聞けるのでしょうか。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りします。

さて、今回は放送大学の学生でもあり、地域の連合町内会長を務める鈴木誠さんが、医師の大友宣先生にインタビューをします。まずは、その鈴木誠さんの地域活動との関わりについて、放送大学北海道学習センターの、筑和正格センター所長がお話をききました。

▶ 学生への
インタビュー

— … 筑和
太字 … 鈴木

— こんにちは。放送大学北海道学習センター所長の筑和正格です。本日のインタビューを務める放送大学学生の鈴木誠さんにいろいろお話を伺います。まず最初に鈴木さんに自己紹介をしていただこうと思います。鈴木さんよろしくお願ひします。

— よろしくお願ひします。私は高校を卒業して就職しました。その後定年になって、間もなく60歳の還暦を迎えたわけです。還暦を迎えた時に、これからどういう生き方をしていこうかと考えました。だんだん衰えてくるので、頭、体の衰えをいかにコントロールしながら生きていくかというようなことを考えまして、頭を少しでも鍛えるために放送大学に入学しました。

— なるほど。

— その他にも体を鍛えることでは、山が好きなのですから、100mを登っていきこうというようなことを考えておりました。それとやっぱり、現役時代にはなかなか地域でお手伝いすることができなかつたので、地域社会への恩返しということで、町内会活動に入っていったということがあります。

— 今は連合町内会の会長さんもされているというお話ですけども。

— はい。町内会活動にお誘いを受けてから1年ほどで町内会長になりました。

— 1年でですか。

— はい。そして、町内会長になったあと、地域の町内会長の集まりである連合町内会というところで長い間一緒に仕事をしてきました。3年くらい前に、ぜひこちらの会長をやってくれ、と。断りきれなくて、引き受けたというわけです。

— その前、60歳までされていたお仕事はどういう方面の？

— 中小金融機関、信用金庫です。

— ああ、金融機関なんですね。なるほど。そうすると、いろいろ地域社会の中を歩き回るといいますか。

— そうですね。

— 町内会活動で一番むずかしいことって何でしょうか。

— 従来の活動が、たとえば町内会のインフラ整備などは一通り終わったものですから、あとは町内会の組織が維持されていけばいいのかな、という程度に思ってたんですけども、やっぱり、だんだんいろんな課題が見つかってきました。それと、取り組むには、皆さんと意見を調整しながら進めていかなければならないわけで、これが一番むずかしいことだと思います。

— ソフトの問題、たとえば人間関係であったりとか、1人1人の主張と地域社会の関係とか、そういうところの調整がむずかしい？

— そういうことですね。

— そうすると、共同体、あるいはコミュニティと言ってもいいんですが、それをどういうふうにつくっていくか、あるいはどういうふう維持していくかという問題ですね。1人1人の意見を聞きながら、ある1つの方向にまとめていくときに、どういうやり方をなさってますか。ひたすら話し合いをひたすら続けるということでしょうか、それとも…

— 私たちは地域でまちづくりをしていくという考え方ですね。ところが、まちづくりというのは非常に抽象的な言葉なんですよね。ですから、まずは地域の皆さんがどういことを望んでいるのかということ把握することが必要ではないのかなと思ってます。そこで、皆さんの要望にどう応えていくかということ各会長が集まって相談するわけですけども、やっぱり1人1人意見が違うわけですね。百人百様と

言いますか十人十色というか… 答えはたくさんあると思いますが、その中でみんなが妥協できるところにおさめていく、ということではないかなと思いますね。

—いろいろな違い、意見の違いとか感覚の違いがあっても、どっかに共通項があるんじゃないかと… 気持ちがちょうど重なる部分というか、そこをうまく探し出していくということですかね。

—そういうことだと思います。

—なるほど。今、町内会で1つ問題になっているのは、独居老人… もっと言うと、札幌はどうかわからないんですが、首都圏などでは独居老人でなくて独居壮年の福祉が問題になっているのですが、いかがですか、鈴木さんのご経験では。

—いま町内会で大きな課題になっているのは、やはり福祉の問題なんです。で、私たちの町内でも4、5年前からそちらに力を入れるようにしました。そっと見守りというような形で、自分から見守ってほしいというかたは少ないものですから、こちらから積極的に見守るというやり方をしております。あるいは地域に居場所を作るという目的でサロンを作ったりして、そこに独居の人たちを引き込んで。人と触れ合うということが大事だと思いますので、最近は特にそういう活動に重点を置いています。

—要するに、1人暮らしのお年寄りが引きこもっているだけではなくて、外に出てきて、他の人と交流する、そういうきっかけをつくらうと…

—そういうことですね。

—そういうところで男女差ってありますか。つまり男の老人のほうが引きこもりがちだとか…

—ええ、サロンにいらっしゃるのは、圧倒的に女性ですね。女性のほうが外に出て元気におしゃべりをする。男性はなかなか来てくれない、というのが悩みですね。で、どうやって引き出そうかということのをいろいろ考えているんですけども、なかなかうまくいっていないというところですね。

—男性シニアをどう引き出すかというか、出てきてもらうかというのが課題なんですね。さっき言った、もう少し若い世代の、という問題はありますか。鈴木さんのご町内ではありませんか、あんまり。

—若い人についての福祉の問題もあります。最近また、新しい住宅が建ち始めているんです。その中で若いご夫婦が、学校に行く前の子どもさんが2人位いらっしゃるという世帯がどんどん入ってきています。共働きの人も結構いらっしゃるし。急用ができたので、だれか子どもの面倒を見てくれる人がいないだろうとか… インターネットで募集したら何か事件があったりしましたので、だから、町内で顔見知りの人がいれば、そういう場合に何とか手助けできるのではないのかなということで、日常生活支援活動も視野に入れて活動しております。

—人間関係なしに新しい地域に入ってくる若い人たち？

—そうですね。そういう人たちの暮らしも何とかお手伝いしていきたいなと。それもやはり福祉の範疇に入っていると思います。

—まったくそうだと思いますね。今日これから大友先生にいろいろインタビューしていただくわけですが、どんなところを中心にお聞きしてみたいと考えていらっしゃいますか。

—医療の世界では、やはり病院で診てもらおうというのが全体的には主流ではないでしょうか。在宅医療というのはまだまだ少ないのかなと。だからそこには何か特別な考え方があるのではないかと考えています。

一昔は、親が病気になったり、あるいは動けなくなったら家族が面倒みるのは当たり前前だという考え方があったと思いますが、今の時代、そうしたくてもできないという状況がありますよね。

そうですね。昔は家族が多かったから誰かが看れたんですけども、核家族化の中で、看る人がだんだん少なくなっているということもあるのかなと。ただ、医療費がだんだん膨らんでくるので、国のほうも在宅医療を勧めているようですね。それに沿った形でやられているのではないかな、とも思います。そのあたりのことも聞いてみたいと思っております。

一是非そのあたりのことを聞いていただければと思います。ここまでは、このあとのインタビューを担当される鈴木誠さんにお話を伺いました。鈴木さん、ありがとうございました。

ありがとうございました。

X クロストーク 大友宣&鈴木誠

— … 鈴木
= … 筑和
太字 … 大友

一私、放送大学学生の鈴木誠です。放送大学北海道学習センター所長、筑和先生にも同席していただいております。よろしくお願いいたします。

= よろしく申し上げます。

一これから札幌の医療法人財団老蘇会静明館診療所のお医者さんであります大友宣先生にお話を伺います。大友先生、よろしくお願いいたします。

よろしく申し上げます。

経歴と 医師になる動機

一今日のテーマは、在宅医療と地域包括ケアについてです。在宅医療という言葉については、市民の8割のかたがご存知だと思いますのでよろしいかと思うのですが、地域包括ケアという言葉は、あまり馴染みがない言葉かと思っておりますので、簡単に私なりの説明をさせていただきます。地域包括ケアシステムというのは、高齢者が最後まで住み慣れた町で暮らし続けるために医療と介護と、生活支援、介護予防を包括的に支援する仕組みです。地域包括支援センターのかたが中心になって、医師、看護師などの医療機関、それからケアマネジャーだとか、デイサービスや訪問介護などの介護に関わるかた、および民生委員だとか町内会など地域住民の団体のかたなど、その他まだまだたくさんありますけども、いろいろなかた、関係するかたがたが連携しながら整えていく仕組みだと考えております。

次に、大友先生の経歴ですが、先生は札幌市出身ですが、横須賀市で医師をされていました。その間、伊豆諸島の神津島というところに診療に行くという経験をされています。横須賀市では、在宅医療と介護の連携の課題に取り組み、中心的役割を果たされました。昨年、故郷の札幌に戻られ、在宅医療を続けられています。私は地域で町内活動をしていますので、地域住民の立場で、そして患者になる立場で、医師としての大友先生にお話を伺いたいと思っております。

まず最初にお聞きしたいのは、先生が小さいころ、どういう職業観をお持ちになっていたのかということです。また、医師になろうとしたきっかけについてお話しいただければと思います。

はい、小さい頃は医師になろうと思ったことは一度もなく、高校卒業してから信州大学の理学部物理学科に行きました。



— 医師とはあまり関係ないところですね。

物理の勉強がおもしろくて、やっていたけれども、卒業するくらいになって思ったんです。やっぱり物理を勉強していつてそのまま進んでもよかったのですが、人に関わるといのがあんまりなくて— 本当はあるのかもしれないですけど、人に関わるといのが自分としては物理の中でイメージできなくて— そこで、直接人に関わる仕事って何だろうかというのを考えて、医師になろうかなと。そういったきっかけがあって、医学部を受験しました。

— 医師の勉強をされたとき、最初から総合診療専門医を目指されたんでしょうか。

また、医師になられてから島での診療に関わるまでの経緯をお聞かせいただきたいと思うんですが。

そうですね。人に関わる仕事をしたいっていうので医師になったのですが、自分の中では、何かの臓器を直したりとか、何かこう悪いところだけを治すというイメージはなくて、むしろ総合診療とか家庭医だとかという方向を志しました。胃を治すとか腸を治すとか、どこかの臓器だけを治すというのがちょっと自分の中のイメージと合わなくて。

— なるほどね。で、医師になられたあと、横須賀市から派遣されて島に行かれたんですね。はい。

神津島での経験 ： 魂魄

— 島での診療で感じられたことや、島独特の生活習慣だとか、独特の風習があったらお聞かせいただきたいと思いますが。

そうですね。神津島は人口2千人くらいの島なんです。横須賀の病院が僻地支援といのをやっています、家庭医の研修をしている医師を順番に神津島村に派遣して診療の経験を積ませていました。私は切れ切れですけども半年くらい神津島村で診療していました。島の生活や固有の風習とか島での医療というものが自分にとってはとても独特に見えて、すごい勉強になりました。

— 島ですと、何か急病があったときなんかでも、すぐに移せないなんていうことで、ご苦労されたこともあるのではないのでしょうか。

はい。島で急病になったら、大体ヘリコプターで東京に搬送するという形になります。昼も夜もそういう形で搬送はできるんですけども、東京からヘリコプターが来て東京まで帰るのに2時間くらいかかるので、搬送にはかなり時間がかかります。

— 前に大友先生から伺った、その島の話なんですけども、「魂魄」とい言葉がございましたよね。「コン」は「魂」で、「パク」って何かむずかしい字だったと思うんですが。

「気魄」の「魄」ですね。

— それについてちょっとお話いただけると嬉しいんですけど。

そうですね。私が在宅医療に関わるきっかけになったような経験がありました。島に行くときには申し送りがありまして、島ではこういう医療をしたほうがいいのか、何とかの研修したほうがいいのか、いろんな申し送りがあるわけです。その中に、

島では面白い習慣があるというのが申し送りでありました。島の人たちは亡くなりそうになると、家に患者さんを連れて帰っちゃうという風習です。たとえば肺炎とかで診療所に入院してて—大体入院するのはお年寄りで島から出たくない人とかなんですけれども—それで良くなる人もいますが、悪くなる人もいます。ご家族に、肺炎がだんだん悪くなって亡くなりそうかなってお話をすると、そのご家族は、そこに付いている酸素とか点滴の管とか全部抜いちゃって、家に連れて帰るんです。で、しばらくすると、「先生、亡くなったので診てください」と電話で連絡があり、診療所からそのお家に行って死亡診断する。こういう習慣あります、という申し送りがあったんです。実際に行ってみると、やはりそういう習慣があって、診療所で亡くなりそうになると、患者さんを家に連れて帰って、そこのお家で亡くなるということになりました。どうしてそうなるか、何でそういうことしてるのかというのはまったくわからなかったんです。ある時、診療所で入院されて、そのまま診療所で亡くなられたかたが居ました。次の日に、鳴り物を持った親類の奥さんお2人が診療所に来まして、患者さんがいた、運び出された部屋に入っていったんです。入って行って、呪文みたいのを唱える。カン・カン・カンって鳴らして、ムニャ・ムニャ・ムニャ、カン・カン・カン、ムニャ・ムニャ・ムニャ。「何やってんだろうかなあ」って思っ—一聞かなきゃいいんですけども、私なんでも聞いちゃう人なので—「何やってるんですか」って聞いたら、その時にそのご婦人方が、「コンパク連れに来た」というふうに言う…

= コンパクを連れにきた。

はい。コンパク連れに来た、と。で、「コンパクって何ですか」ってそのお2人に聞いたんです。人が亡くなったら、そこに魂が残っちゃう。コンパクが残っちゃう。で、それをお家に連れて帰るんだ、とお話をしていました。コンパクっていうのがあって、死んだところに残っちゃうから、それが病院に残っちゃ困るだろうということなんです。家に連れて帰って亡くなるということが、その時に、「ああ、そういうことなんだ」と分かったんです。そのあとも、いろんなところにコンパクっていうものが残るんだってことがよくわかりました。海の事故とかで、海の向こうで亡くなったら、海の向こうまで何かで行って、カン・カン・カン、ムニャ・ムニャ・ムニャって言って連れてくる。それから島の外で亡くなった人がいて、フェリーでご遺体が運ばれて来たら、フェリーのとこまで行って、カン・カン・カン、ムニャ・ムニャ・ムニャって連れて帰ってくる。そういう習慣があって、これが面白いなって思っていました。—独特な習慣ですね。

= 戻るべき場所は家だということなんですね。

そうですね。それは神津島村の習慣ではあるんですけど、いろんなところにある習慣らしくてですね、南の方の島で、沖縄の方とかですね、いくつかの島で聞いたことがあるんですけども、そういう魂が残るといふ考えがあるようです。台湾の人たちもそういう考えを持ってらっしゃるそうです。魂が残っちゃうので自宅に連れて帰るっていう習慣が、やっぱり台湾にもあるらしいです。おそらく、日本にもきっと昔はそういう考えがあったんじゃないかなと思うんですけども、それが、病院がたくさんできてなくなってしまったというか、忘れてしまっているんじゃないかなというふうに、思っています。

—なるほど。島での診療が在宅医療に関わるきっかけになったのかなと、お聞きしてて感じたんですけども、それが動機になったのでしょうか。

そうですね、そのあと横須賀に帰ってきて、横須賀では救急をやっていました。救急というのは、救急に来て亡くなっていく患者さんもいるし、障がいが残って帰る患者さんもいるし、元気になって帰る患者さんもいるし、という現場なんです。横須賀の病院では、皆さん具合が悪くなって、亡くなりそうになると病院に連れてくるわけです。「病気になるって亡くなりそうだな」という時に、連れてきて、救急だから頑張って治療して治そうとしていたわけです。それが神津島村に行くと何か逆なわけですね。亡くなりそうになると病院から連れて行っちゃう。それで3か月くらい島に行って、そこの診療に慣れてきていました。横須賀にまた戻ったら、また具合悪くなって亡くなりそうになると病院に来るんですね。「いやあ、また亡くなりそうになったら病院に連れてきたな」みたいに、なんとなく救急やって、救急医療やってる医者らしからぬ思いがありました。何となく自分の中で乖離がありました。そんなことが続いていたときに、1人の女性が髄膜炎という病気で運び込まれて、「亡くなりそうだな、このかた」と思ったんだけど、やっぱり頑張って治療しました。病棟に上がって、やっぱりその人はその日のうちに具合悪くなりました。モニター付けていると、「ピッコ・ピッコ・ピッコ」ってだんだんゆっくりになって、「ピッコ・ピー」ってドラマのありますよね。「ピー」ってなっちゃたんです。その時に何かわからないんですけども、自分の頭の中で、「あ、この人のコンパクここに残っちゃったな」って思っちゃったんです。その時に初めてでした。それからあとは病院で亡くなる人がいると「コンパク残っちゃったな」と思ってしまいました。

—島での経験が。

おじいさんが亡くなると「ああ、このおじいさんのコンパク残っちゃった」、おばあさんが亡くなると「ああ、このおばあさんのコンパク残っちゃった」っていうふうになるようになりました。やっぱりコンパクは返さないといけないかなという気持ちになってきました。そこから、具合悪くなってきた時に、お家に戻りませんかみたいな話を病院でするようになりました。そういうことがあって、在宅医療っていうのをやってみようかなと思い始めて、病院を移って在宅医療を始めました。

在宅か入院か

—札幌市が今年7月に市民意識調査を行っているのですが、その中の設問で、「困難な状況になったときに、医療機関、病院などへの入院と、在宅医療のどちらを選択しますか」という設問がありました。それに対する答えが、「入院」という人が61%、「在宅医療」というのが10%ちょっと、という具合なのです。また、「在宅医療の利点に対してはどう考えますか」という問いへの答えが、「住み慣れた自宅で過ごすことができるのが在宅医療のいいところだ」というのが3割くらいの回答でした。それから、「不安なことはどんなことがありますか」という問いに対して、「家族や親族に迷惑がかかることが在宅医療の場合は不安だ」と答えていたんです。それで、医師の立場から、入院と在宅医療の治療の仕方の違いだとか、在宅医療の良いところとか短所ですね、それについてのお考えをお話していただけませんかでしょうか。

この調査は、結構衝撃的です。びっくりしたんですけど。ご親族や家族に迷惑がかかるのと、あとは急変時に心配ですっていうのが在宅医療で心配なことという2つが、全国的にどこでも同じなんです。それで、札幌市の市民は、在宅で過ごしたいか、入院して過ごしたいかへの回答は、圧倒的に在宅医療が少ないです。「6割の人が入院したいんだ！札幌市民というのは本当に入院慣れしているんだなあ」って、これ見ると思います。

—そうですね。これは札幌市の特徴かもしれませんね。病院がたくさんあるから（笑）。

全国でも珍しい値じゃないかなと思います。やっぱり自宅で過ごしたいみたいな人は多いと思うんですけど、同じような不安を抱えていて、同じような希望を持っていながら、入院を選択する人が6割ってというのは、驚くべき数字です。

—そういうふうに思い込まされているっていう（笑）。

そういう気がします。それだけ入院に慣れているのかもしれませんが。それはそれでいいのかもしれないです。入院が快適ってことなのかもしれない（笑）。だから、「病院にコンパクト残すぞ」っていう人がいるのかもしれないです。

= だけど、病院が魂魄だらけになるのも困りますよね。

まあそうですね。入院したい人と自宅にいたい人とが、もしかするといるかもしれないです。在宅医療の長所というのは自宅に居たい人だったりとか、その場所に居たい人に医療を提供できるというところなのかなと思います。そうじゃない人には、やっぱりちょっと合わないのかも… 入院したい人とか、介護施設に居たいっていう人にはやっぱり不向きなのかも、というふうに、この調査を見ると、そんな気がします。

在宅医療とは何か

—大友先生の在宅医療の現場を見せていただいて感じたことですが、患者さんの治療にとどまらず生活に関わる面への配慮も感じられたんですけども、いかがでしょうか、その辺は。

在宅医療というものの自体が、治療を優先するよりは患者さんの生活を優先するというものかなと思います。生活を支えるというのが目的であって、病気を治したりとか、治療したりっていうことが第一義ではないような気がします。治せるものはもちろん治しますが、自宅の生活を続けられるようにとか、そういうことを考えてやっています。地域包括ケア自体に多分そういう考えがあるのかなと思います。自分の地域の中で生活するということが大事です。治る病気が治るのはもちろん大事なんですけど、地域で生活できるようにというのが地域包括ケアの目的であるのかなと思います。

—それが在宅医療の意味合というか、そういうことなんです。

—そういうことをやっぱり大事にしながらしないと…

—できない。



治療が大事ということになっちゃうと、やっぱり病院に来てくださってということが多くなったりします。

—そういうことになってしまいますよね。

その地域で生活し続けられなくなるってことももちろん多くなります。

—患者さんには高齢のかたが多いと思われるのですが、最期を看取られるという経験も多いのではないかと推測します。終末期療養で、本人に満足感だとか幸福感を与えられるような接し方ということについては、なかなかむずかしいと思うんですけども、いかがでしょうかその

あたり。

むずかしいと思います。私は横須賀で400人弱くらいのかたを自宅でお看取りしました。そういう経験としてはまずまず多いと思うんですけども、1人1人、やっぱり違いがありました。1人1人に適した自宅での最期の迎え方っていうのは、考えるのがむずかしいところというか、面白いところかなと思います。

—様ではないですからね、その人その人の…

そうですね。それを考えるのが仕事なのかなと思います。ご自身が考えることだと思うので、そのための手助けしたりとか、考えられるような質問をしたりとか、そういうことを普段の診療をしてはじめて、最期を迎えるということが可能になると思っています。

在宅医としての 目標

—これからの在宅医療についての先生の思いだとか抱負というものを聞かせていただきたいのですが。

はい。札幌に帰ってきて在宅医療をしているんですけども、札幌に帰ってくるたびに目標をいくつか立てました。私は、どこかに移るときには大体目標を書き留めておいているんですけども、札幌でやりたいことは在宅医を育てる、質の良い在宅医を育てるということをやりたいと書いています。

—一般的にお医者さんの間では在宅医のかたというのは、ほんの一部なんでしょうね。

そうですね。医師の中では一部ですね。ただし、札幌で、200軒弱くらいの在宅専門の診療所があります。

—そんなにあるんですか。

医師数はそれなりにいると思います。あとやっぱり在宅医療を専門として、質の良い在宅医療を提供できるように研修を提供したりしたいな、というふうに思っています。

幼少期の夢

—最初の質問に関係しますけれども、もし先生が医師ではなく他の道を選んでいたら、それはどんな道、職業だったのでしょうか。あるいは子どものころ、先生はどんな職業に憧れておりましたか。

子どものころ、医師に憧れていたわけでもないですし、そんなに職業をはっきりと決めていたわけじゃないんですけども、今やりたい職業というのがあります。前からなんですけども、これは医学部に入ったあたりからです。実は、居酒屋をやりたいと思っています。まだ名前は決めていないんですけども、「居酒屋クリニック」とか「居酒屋診療所」というお店ですね。患者さんか病気を持った人が来てですね、カウンターが6席。それで、ちょっとしたつまみとお酒を出すっていう居酒屋です。そこで医療の話をしてもいいかなと。で、それで相談に乗って。まあ医者っていうのはですね、なんかね、やっぱり立場があるんですね。どの職業でもそうかもしれないんですけども、立場を超えてはなかなか、話ってできないんですね。

—ああ、医師のままではね。

タバコをどうしても止めたくない人に「タバコ吸って早く死ぬのも良いんじゃない」みたいなことはですね、なかなか言えないわけなんですけれども、その居酒屋の人だと言えるわけです。別にタバコ吸って死ななくてもいいんだけど。他のこともいっぱいあって、医師という職業に、何て言うんですかね、囚われちゃうっていうか、がんじがらめにされている自分みたいなのが、医学生の時から…

— ちょっととき放したいような気持ち。

感じていて、だからそういうのを関係なく居酒屋のマスターとして話をしてみたい。今やりたい職業ですね。

— 今のままじゃとてもできない（笑）

今後やる予定でおりますので、ぜひ開業したら来ていただければ。

終末期医療とは

— 私の町内会には日本尊厳死協会というのがあるんです。その北海道支部長を招いて、尊厳死について講演をいただいたことがあります。不治だとか末期に近い患者さんと家族は、治療の選択に迷われることもあると思います。その場合、大友先生はどのように助言されますか。また、尊厳死についてのお考えを聞かせたいと思うんですが。

昨年度、厚生労働省のモデル事業で「人生の最終段階における医療体制整備事業」をやっておりました。終末期医療の相談をするという体制を作る事業していましたが、尊厳死とかリビング・ウィルとかいうのは、やっぱり大事なと思います。

— リビング・ウィルというの、患者さんの思いを書き残すという意味ですね。

書き残すってことです。もちろん、こういう亡くなり方をしたいとか、私はこういうものを希望しないとか、こういうものを希望するとか、決めて書いておくのは重要なんですけども、ただ、やっぱり医療を最初からわかるっていうのはなかなかむずかしいわけです。あと、自分がどんな終末を迎えるのかというのなかなかわからない。

— 本人自身がよくわかっていないこともありますよね。

決めておくんですけど、決めてもなかなか役に立たないっていうことが最近は言われています。

— そうですか。

書き留めておくという結論も大事なんですけども、いつもそういうことを話し合っているというプロセスを大事にしようということが言われています。

— それは家族とかともお話をしておくということですか。だいたい最期に近くなると言葉が使いなくなってしまうとか、そんなような状態になっていくんでないかなと思うんですけどもね。

はい。それは専門用語でいうとアドバンス・ケア・プランニングと言われるんですけども、医療者とかケアを提供する人と本人、家族を入れて話し合っていくということなんです。別に1回話し合ったらおしまい、決めた、ということではなくて、いつもそれを話し合っていくというのが、そのアドバンス・ケア・プランニングです。それで、この人はこういう価値観を持っているということがある程度…

— 共有できれば…

ある程度ですね。— 全部はわかんないと思いますけど— ある程度共有できたときに、この人はこういう思いだったんじゃないか、ということを決んで、そういう治療が…

— 自分の方針を…

決めれたりしやすいというふうには言われています。結論として書くというものもちろん大事なんですが、いつもそういうことを話し合う準備ができているということが、むしろ大事なんだと最近は言われています。

地域包括ケア

—それでは、地域包括ケアについてのお話をちょっとさせていただきたいと思います。厚生労働省は在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築を目指していると聞いているんですが、私たちの地域では、地域福祉の課題に取り組んでいます。札幌市の地域福祉社会計画には、保険・医療・福祉の情報の活用と、相談体制の確立が取り上げられています。しかし、医療のことについては、地域住民団体であまり取り組まれているという状態ではありません。また、地域で地域ケア会議なんかは何回か行っているんですけども、医療関係者のかたが参加されていないんですよ。ですからこれは、私たちの側の地域ケア会議の課題ではないかと思っております。そこで、先生は、横須賀市において在宅医療と介護の連携の課題に中心的に取り組んでおられましたけれども、どんなことを重視して進められたのか、またご苦労されたことがありましたら、お聞かせいただきたいと思います。

まず1つは、医療についてはあまり地域住民団体に取り組んでいないという形なんですけども、これは、医療者を呼ぶことが少ないということですか。

—この会議は、地域包括支援センターがお膳立てをしてくれるんですけども、メンバーが、行政のかただとか、それから介護支援センターだとか、社会福祉協議会のかた、あと地域の各福祉に関係する団体だけの会議になっているんですよ。

呼んでくれればいいのになと思いますよ。まあ行けなかったら行けないというふうに、もちろん言うんですけど。

—私たちの意識の中にも、先生は忙しいもんだってということがあって…診療時間内に呼ぶわけにいかないな、という気持ちもないことはないかなと思うんですよ。

意外と大丈夫じゃないですか。

—そうなんですか。

三角山放送局にも来れた(笑)。呼んでくださればやって来る先生はもちろんいらっしゃると思うので、その地区の医師会とかに声をかけてくれればいいのかなんて思います。一緒にやりましょうっていうことが、医療と介護の連携の第1歩なのかなというふうに思います。

—そうですね。

エチケット集

—先生が横須賀市でエチケット集を出されたのは、どんな…

エチケット集というものを作ったんですけど、それは、在宅医療とか介護をしている関係者が、どんなエチケットで接すればいいのかというのを書いたコンセンサスみたいなものです。いろんなカンファレンスとか会議があって、結構みんな顔見知りになってきたんです。顔が見える関係、この人知ってる、この人も知ってる、この人にこれを聞けばいいんだみたいなことが、ある程度できてきたんです。ただそれだけでは、全部はうまくいかない。その先に進むものが2つ必要だと思って、このエチケット集を作りました。1つは、顔の向こう側の信頼関係ですね。この人を、顔を知ってるだけじゃなくて、信頼して任せられるかという信頼関係を作っていくこと。それは延長線上かなと思います。もう1つは、ある一定のルールとかエチケットをみんなで考えて、それをもとに連携を図るとスムーズにいくんじゃないかと考えました。そういう会議に来ない人とかもいたりしますので、底上げをするのと、信頼関係を深めるのと、ふたつの理由があって、エチケット集を作ったんです。

—主に、医療の人と介護の人がそういうものを作ったということですよ。

はい。200人くらいの人が一堂に会して、こんなエチケットがいいじゃないのかと

いうのを全員一斉に書いて、その紙をいっぱい集めました。何回かミーティングを開いてそれをエチケット集にしました。これは、横須賀の200人くらいの在宅医療・在宅介護の関係者で作ったというものです。みなさんで作ったという形にしました。—それと、私たち地域の者としてはですね、生活支援だとか、介護予防のようなことを考えているんです。どう結びつけていったらいいのかな、ということは今考えているんですが。何か注文ありませんか。

私は横須賀でそういうことをやってたわけですけども、札幌にも、顔の見える関係があって、行政と医師会と、そういう顔の見える関係が、もっとがっちり組むとより良い形になるかなと、なんとなく思います。それを具体的にどう進めていくのか、私の中でもよくわからないんです。ある程度進むべき方向みたいのがあるのかなと思います。

—在宅医療だとか、地域包括ケアのお話を伺ってきました。そろそろ時間のようです。今日のゲストの大友先生には貴重なお話を伺いました。大友先生、どうもありがとうございました。

ありがとうございました。

—インタビューをしたのは、放送大学学生の鈴木誠。そして、放送大学北海道学習センター所長の筑和先生に、一緒にお話を伺っていただきました。どうもありがとうございました。

= どうもありがとうございました。

▶ 学生の感想、まとめ

大友先生から在宅医療と地域包括ケアのお話を聞いたのですが、私を感じたことを少し話してみたいと思います。在宅医療について先生から聞いた話の中で、魂魄の話が印象に残りました。なるほど、そうかなという感想を持ちました。地域での活動なのですが、町内会というのは、その地域のまちづくりについて日常的にいろいろ考えているんです。主な活動と言えば、防災だとか防犯だとか、あとゴミの処理だとか、かなり広範囲な生活領域で取り組んでいます。でも医療については、最近よく話題にのぼる認知症のお話を講演会で聞くという程度なんです。私たちはどうしても、お医者さんというと忙しい職業で、日中時間が取れないのではないのかなというふうに、どちらかというとすぐ遠慮してしまう傾向があるのです。けれども今日の先生のお話を聞いて、これからもっと、そういうことにも関わりが持てるようにしていけたらと思います。特に在宅医療の問題です。2025年問題と言われていますが、団塊の世代が2025年になるとみんな75歳以上になってしまう。そうになると病床も足りなくなって、必然的に、それに対応するような在宅医療が必要になってくるのだと感じています。その準備をこれからもっともっと広げていくためには、地域の立場としても、考えていかなければならないと思っています。今日はそういう点で、大友先生に、いろいろと貴重なお話を聞けたと思います。インタビューを担当したのは放送大学学生の鈴木誠でした。

▶ 後ワク

放送大学北海道学習センターの学生たちがお送りする「地域リーダー×クロストーク」、いかがでしたでしょうか。放送大学北海道学習センターについては、「放送大学」で検索してください。電話は、札幌011-736-6318です。ご案内は、放送大学北海道学習センターの岡元藍子でした。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りしました。

2-2 地域リーダー×クロストーク ソーシャルワーカーと民生児童委員

12月10日（土）放送

出演者： 村山 文彦 ソーシャルワーカー（北海道介護支援専門員協会会長）
高桑 昌子 放送大学学生（民生児童委員）



▶ 前ワク

ここから、放送大学北海道学習センターの学生によるラジオ番組、「地域リーダー×クロストーク」をお送りします。私は放送大学北海道学習センターの岡元藍子です。

放送大学とはテレビ、ラジオ、インターネットを通して学習する、国が創設した通信制大学です。教養を高めたいかた、関心のあるテーマをもっと学びたいというかた、あるいは、大学卒業資格学士号を取得したいというかた、皆さんそれぞれの目的をもって、全国でおよそ9万人の学生が学んでいます。昼間や平日は仕事などで忙しい、というかたにも、自分のライフスタイルに合わせて学ぶことができます。北海道学習センターは北海道大学構内にあり、環境も充実。CDやDVDで授業を視聴することもできるんです。

北海道学習センターでは、今回「地域リーダーによる地域貢献と地域活性化」をテーマに、学生によるインタビュー番組を企画。「在宅医療と地域包括ケア」について、3名のキーマンにお話を伺います。インタビューを行うのは、放送大学の学生であり、それぞれが、地域活動にも積極的に取り組み、地域リーダーとしても活躍するみなさん。どんなお話が聞けるのでしょうか。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りします。インタビューを行うのは、放送大学の学生であり、それぞれが、地域活動にも積極的に取り組み、地域リーダーとしても活躍するみなさん。どんなお話が聞けるのでしょうか。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りします。

さて、今回は放送大学の学生でもあり、地域で民生児童委員を務める高桑昌子さんが北海道介護支援専門員協会会長、村山文彦さんにインタビューをします。まずは、その高桑昌子さんの地域活動との関わりについて、放送大学北海道学習センターの、筑和正格センター所長がお話を聞きました。

▶ 学生への インタビュー

— … 筑和
太字 … 高桑

— こんにちは。放送大学北海道学習センター所長の筑和正格です。今日のインタビューを務める放送大学学生の高桑昌子さんにお話を伺います。高桑さん、どうかよろしくお願いします。

— よろしくお願ひします。

— まず最初に、高桑さんに自己紹介をしていただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

— はい。私は20歳の時に専門学校を卒業して、臨床技師の資格を取りました。そしてNTT札幌病院に就職いたしました。そこから38年間、臨床微生物、臨床免疫などの分野でお仕事をしてきました。最後の5年間は技師長として勤務して、ちょうど58歳で仕事を辞めました。その後放送大学に入学したのですが、それは、病院の同僚に放送大学の学生がいて、その人と話をしてるうちに、自分の専門分野、臨床検査の分野だけではちょっと偏っているな、もっと別の分野の勉強をしたいな、と思ひたことがきっかけです。

— なるほど。別の分野と今おっしゃいましたけども、臨床検査技師とは違ひたことをやりたいと思われたのですね。

— 本当は文化的なこと、文学とか社会学方面のことをやってみたいと思ひていたんですけども、そちらの方は今まで何もやってきていなかったのだから、とっつきやすいかなと思ひて、まず「生活と福祉」を専攻しました。

— 一般的に言うとなり系の仕事をなさってて、いわゆる文系のほうに関心を… 文系のことでも知らなければいけないと思ひて、そちらのほうを選んだと。

— はい、その通りです。

— 放送大学の学生をしながら、ボランティア活動というかな何か社会的な活動をされてると伺ひていますが、その辺について、お話ししていただけますか。

— はい。「生活と福祉」で社会福祉のことを勉強する過程で、民生委員のことも学びました。その関連で民生委員の依頼がありました。興味があった分野だったので引き受けたのが最初です。

— 民生委員に興味があったということは。

— 高齢者のためのお仕事だという程度の知識しかなかったんですけども、やってるうちに、自分の両方の親を看取ったということもありますが、やっぱり高齢者の力になれる仕事だと分かりました。私も何かやっていきたいなって思ひました。

— 高齢者のために話を聞いたり、何かその人たちのために何か考えようと。そういう仕事だと思ひて入られた、ということですね。

— はい。

— やはり、やり甲斐は感じてらっしゃいますか。

— 初めの1年はなんかよくわからない状態で、独居の方たちの訪問をしてたんですけども、だんだん慣れてくると、お互いに仲良くなるというかな親近感が増えて、いろいろなお話しができるようになりました。私の訪問を待っていてくれるということもあって、やり甲斐があるなと思ひました。

—訪問する相手、訪問を待っている高齢者の方々との間に人間関係ができるというか…

そうですね。

—両方の心が通じ合うというか、それが1つの喜びというか、達成感のようなものになるんでしょうね、おそらく。

そうですね。はい。

—もともと、人と会ったりするのがお好きな性格だったんでしょうか。

いいえ、そうではありません。私が臨床検査技師を選んだのも、やっぱり縁の下の力持ち的な仕事ですので、それが自分に合っているかなって思ったんです。

—人と会うよりも、そうやって機械とか薬品とかそういうものときき合っているほうが気が楽だったということなんですね（笑）。

—そういうことです（笑）。役に立っているということでもちょっと達成感っていうか、喜びが得られるというところ。

—おしゃべりでもないし、人付き合いがいいわけでもない方が、他人のために何かをする仕事に就くと、意外にうまくいくことがあるんですね、きっと。これは、1つのヒントですね。これから私たちが社会の中で何かをしようという場合の1つのヒントを与えてくれそうな感じがしますね。

—ご両親を、あるいはご主人のご両親も看取ったということですが、場所はやはり病院でしょうか。

はい。私は結婚してすぐ主人の両親と一緒に暮らしていました。その中で、病気をしても見ていました。父は心臓の病気、母のほうは癌だったんですけども、両方とも病院で亡くなりました。

—それは何年くらい前でしょうか。

父が亡くなったのは平成元年、母が亡くなったのは平成7年。

—かなり前ですね。そうすると、その頃は在宅で看取するという風潮と言いましょうか、そういう習慣があまりなかったというか…

全くなかった…

—全くなかった頃なのですね。で、縁起でもないことを言うんですが、高桑さんは、最期はやはり病院ですか、それとも自宅がよろしいでしょうか。

私、エンディング・ノートを書いているくらいで、いろいろ考えていますけれども、娘ばかりなので、そして近くにはいないので、最後、自分が動けなくなったらやっぱり老人ホームに行こうかなと思っています。ぎりぎりまで、動けるまで家において、最後はそれ以外で…在宅医療というのはまだこれからじゃないかなと思っています。

—そうするといわゆる「サ高住」というのでしょうか。

そうですね。

—治療施設も整った老人ホーム。今言った「サ高住」というのは、「サービス付き高齢者住宅」の略です。今日はこのあと、高桑さんに、ソーシャルワーカーの村山さんにいろいろインタビューしていただこうと思うんですけども。

はい。私、ある女性のところに民生委員として行ってたんですけども、その方が交通事故に遭ってほとんど動けなくなりました。その娘さんから相談を受けたことがありました。その時には、やっとちょっと動けるようになっていたのですが、リハビリも決まった期間しかできなんですね、法律的に。それで、もう少しリハビリを続けたいって娘さんが言うんですけど、それができなくて。しょうがないので「サ高

住」に移ったということがあって… もうちょっと少し自分で動けるようにしてあげたらいいなっていうところで… そのとき、法律の矛盾を感じたんです。何とかしてあげたいなと思ったんですけども、無理だった… 地域包括センターとかいろいろなところに相談したんですけども、無理だった…

—なかなかむずかしいという現実があったということですよ。このあと、村山さんへのインタビューでは、やはりそのあたりも1つの重要なポイントとしてお考えでしょうか。

地域包括センターの方が、知識と法律の範囲内で助言してくれますが、いつも法律の矛盾を感じていて… でも、それをお聞きしても困るかなと。

—そうですね、制度、法律と現実との間には、ギャップが出てくるのはしょうがないことなんですけど、その間に立って一生懸命働いている、仕事をしている方もいらっしゃるわけですよね。あるいは村山さんご自身もそういうことでいろいろ考えておられるんじゃないかと思いますね。

—ここまでは、この後、村山さんのインタビューを担当される高桑昌子さんにお話を伺いました。高桑さん、ありがとうございました。

X クロストーク 村山文彦&高桑昌子

— … 高桑
= … 筑和
太字 … 村山

—在宅医療と地域包括ケアをテーマにしたインタビューをお届けします。担当するのは放送大学学生、高桑昌子です。また放送大学北海道学習センター所長、筑和先生にも同席していただいています。

= よろしくお願ひします。

—ゲストには、社会福祉法人三草会札幌市東区第二包括支援センター所長の村山文彦さんをお迎えしています。村山さん、どうぞよろしくお願ひします。

よろしくお願ひいたします。

福祉職に就く動機

—まず初めに、村山さんのプロフィールをご紹介します。村山さんは大学で福祉を専攻され、社会福祉士、介護支援専門員、主任介護支援専門員でいらっしゃいます。また北海道介護支援員協会の会長でもあります。札幌の介護支援専門員連絡協議会では会長職を退き、相談役をされています。それでは初めに社会福祉全般についてお伺ひします。私自身も高齢者ですし、民生委員などのいろいろな福祉活動をしておりますが、その立場からお話を伺ひたいと思います。まず村山さんが、福祉を志した動機について興味があるんですけども、大学で福祉分野を専攻された頃は、まだ福祉分野に対する社会の関心があまり大きくなっていなかったと思いますが、何か福祉を専攻するきっかけとなる出来事があったのでしょうか。

—高校時代は、校内の部活動を掛け持ち、校外でのボランティア団体への参加やいくつかの同人誌活動への参画や主宰など、学業は蚊帳の外で多面的に課外活動をしていました。漠然と将来はコンピュータープログラマーになりたいと思っていましたが、3年間の活動の中でいつしか進路の方向性が「社会福祉」を学んでみたいという気持ちに変わり、大きく方針転換をしました。ただそれも漠然としたものでしたが。

福祉マインド

—私は病院の臨床検査分門で働きました。その後、放送大学に入って、「生活と福祉」を学んで、福祉分野に興味を持ちました。このコースを卒業して、福祉の通信制専門

学校へ行って、社会福祉士の資格を取りました。その過程で、福祉と医療とはまったく違う分野だと感じました。コミュニケーションがすべての基本になっているという点で違っていると思ったのです。実習に行くと、利用者さんとの対応に慣れるのが大変でした。村山さんは福祉分野で働く適性について、どのようにお考えでしょうか。

日本はこれから労働人口が減少してくることもあり、福祉分野で働く人も不足してくると言われています。特に人との関わりが濃厚で、排せつや入浴・食事介助等の介護などを行うケアワーカーなどの介護現場の仕事が、仕事の大変さと報酬の格差から、敬遠され、すでに現場では人材が不足してきています。だからといってこの仕事は、単に失業者対策として政策誘導してマンパワーを充足できるものではなく、従事者の「気持ち」がないとできないものだと思います。技術の前に「福祉マインド」というか、支援を受けなくてはならない事情のある人を理解し、支えようと思う気持ちがないといけないのだと思います。

—福祉マインド…福祉の現場でいろんな事件が起きていますが、福祉マインドを持って仕事をしているかたでも、そういう事件を起こすのかなと思うんですが、それについてはどう思われますか。

福祉現場には、介護や福祉に関する国家資格等の有資格者と無資格者、福祉の専門教育を受けても任用資格の方など混在しています。神奈川の障がい者施設での悲惨な事件では元職員の資質というか、それこそ「福祉マインド」の欠如を感じますが、医療とは異なり、援助者と利用者との関係性が生活の面で密着している分、互いの価値観の摺合せや対処方法などの葛藤、あるいは職場内での支援方法の葛藤等、ストレスを受けやすい職域でもあると思います。「気持ち」は持っていますが、耐えがたいストレスが襲い掛かることもあるのかも知れません。「肉体労働」や「頭脳労働」という

言葉がありますが、福祉現場は自分の感情をコントロールして仕事をする「感情労働」とも言われており、ストレスの度合いが高いとも見なされています。その対処方法として、自らを知り乗り越える方法を専門教育では学びます。しかし、それを知識から実践に結びつけるのは個々人の対応となります。それを促したり、ストレスを解消させることも職場に求められる機能だと思います。

—そうだと思いますね。仕事のスタート時点についてお聞きしますが、福祉を職業として選ばれて、初めはどの分野でどんな仕事をされたのか、そして、自分の大学での勉強と仕事としての実践との間にギャップはなかったでしょうか。

私は、福祉の学校を出て、すぐに福祉現場に就職できなかったのです。福祉の学校を出ても関連求人の少ない時代でした。実習でお世話になったいくつかの施設も受けましたが全滅でした。当時は相談援助の専門職はMSW（Medical Social Worker/医療ソーシャルワーカー）も含めてありませんでした。ですので、数年間、民間企業に勤めました。その後、縁があつて、患者団体の相談員ということで仕事を始めました。

=それは何年ごろのことですか。

1986年です。

—病院に勤めていた経験では、相談員が常時いたわけではなか



ったような気がします。いたのかもかもしれませんが、私たちはほとんど知りませんでした。そんな時代ですから、やっぱり職はあまりなかったのですね。

はい。今でこそ病院の相談員（MSW）を配置すれば、診療報酬の対象となりますが、当時は、先見の明のある病院長たちが、アメリカで活躍していたMSWの導入の必要性を感じて、自腹で配置していったという歴史があります。当時のパイオニアとして活躍されたMSWの方々の実績が、資格や制度や診療報酬というカタチを作り上げて行きました。私は患者側のソーシャルワーカーとしてそのプロセスをみて来ました。—そうですか。やはり介護保険法ができて、高齢者がどっと増えてきて、お仕事が増えてきたっていう…

そうですね。介護保険と医療保険は別な制度ですが、高齢者を支える視点として介護と医療の連携は非常に重要であり、その間を結びつける専門職として病院の相談援助担当者の役割は大きくなっていると思います。

地域包括 支援センター

—村山さんは、地域包括支援センターの所長もされています。包括センターには、主任介護支援専門員、つまり、主任ケアマネジャー、保健師、そして社会福祉士と、3種類の職種が配置されています。村山さんは所長として、これらの職種を束ねる仕事をされています。介護保険制度の中で地域包括支援センターは、高齢者の暮らしをサポートするための拠点として作られています。民生委員として、高齢者に、相談事は地域包括支援センターに、と言っていますが、あまりよく知らない人が多いと思います。包括支援センターは、どのようなことを具体的にされているのでしょうか。

「地域包括支援センター」の前身は、「在宅介護支援センター」という組織でした。平成18年の法改正で、新しく生まれ変わったという形になっています。もともと在宅介護支援センターにもソーシャルワーカーと、保健師が配置されていました。その流れをくんで地域包括支援センターでは、それまでのソーシャルワーカーを社会福祉士という国家資格に位置付け、このときに、ケアマネジャーが5年以上の実務経験を経て、国の定める研修を受けることで取得できるケアマネジャーの上位資格としての主任介護支援専門員をつくり、3職種を配置することになりました。主任介護支援専門員と、社会福祉士、保健師という、それぞれの違う職種が、それぞれの職能、価値観などをお互い尊重しながら、1人1人の高齢者とか、あるいはそれぞれの地域を、各々の専門的な見地から見ていながら支えていこうというのが、地域包括支援センターの特徴になっています。地域の中で在宅生活を支える仕組みを作っていくことが、仕事です。「地域包括支援センター」は、何をするとところかわからないという話をよく聞きますが、国が進めようとしている「地域包括ケアシステム」というものを地域の方々と作っていくということが一番重要な仕事です。地域に住んでいる高齢者の方々の様々な問題を解決してきながら、将来的に皆さんが安心して住んでいける地域を作っていこう、というような活動をしています。

= 地域包括支援センターには3種類の職種が含まれており、それを村山さんは統括される立場におありなんですけれども、その3種の仕事の兼ね合いといいましようか、職種間でトラブルとまではいかないにしてもいろいろ連絡がむずかしかったり、そういうことってないでしょうか、現実として。

そういうことはないと思います。我々はチームアプローチが必要ですので、それぞれの価値観や考え方が違うということを前提にしながら、その中で良い方向を見つけ ていくっていうことを考えていくことをしています。

= そういうものなんですね。

— やっぱり視点は同じ、高齢者のために、っていうところがあるので…

そうですね、支援の方向は1つですけども、医療の立場の視点と福祉的な立場の視点では、支援方法が合わないこともあったりもしたりします。しかし、その違いが重要だと思っています。だからこそ、3職種なのだと思います。

= 当然そういうときには、カンファレンスというか、相談しあうというか…

そうです、そうです。

介護予防

— 介護予防のことでお伺いします。2025年に団塊の世代が後期高齢者になりますが、どんどん増える高齢者が介護を受けないようにするために、あるいは介護を受けるのを遅くするために、介護予防ということが言われています。包括支援センターでは介護予防についてはどんなことをされているのでしょうか。

地域包括支援センターの業務においても、介護予防は重要な役割の1つです。札幌市の特徴として、その地域包括支援センターの機能を分化し、介護予防に特化した介護予防センターというものをランチ機能として中規模地域で展開しています。そこが中心となって、地域包括支援センターや区役所の保健師と連携をとりながら元気高齢者の介護予防のための事業を実施しています。その指標となるのが全国统一で使用されている「生活機能チェックリスト」というもので、25の質問に「はい」、「いいえ」で回答してもらい、その方の「運動機能」、「閉じこもり」、「栄養状態」、「お口や飲みこみの機能」、「精神的な問題」や「認知症の問題」といったリスクを簡易的に導き出すことができるものです。その結果により、地域包括支援センター等がそれらのリスクを改善するために活用できる介護予防教室などを紹介します。また、必要に応じて介護申請のお手伝いもします。

— 認知症予防というと、具体的にどんなことをされるのですか。

認知症予防というのはかなり広範囲なものです。1度に2つのことを同時に行ったり、計算などの脳トレのイメージが強いですが、慢性疾患の予防も含めて認知症予防と言われています。脳疾患や糖尿病などでも認知症のリスクにあがってきます。また、誰とも話すことがない生活が続けばリスクにつながります。心身の自己管理、適度な運動、栄養を考えた食生活、外出の機会の確保、趣味の拡大などなど、生活全般に関わります。

= 認知症予防と聞くと、なんとなく受け身のような感じがするんですが、それをさらに積極的に考えて、高齢者の社会参加を促すというか、そういう観点もあるんじゃないかと思うんですけど、いかがでしょうか。

そうですね。よく聞くのは、退職して何もしないで家にいると、何もできなくなってしまうという話です。100歳の日野原医師にしても、登山家の三浦雄一郎さんにしても、瀬戸内寂聴さんにしても、まわりの元気な高齢の方は、自分自身の役割とか、行く場所とかいうものをきちんと持っておられると思います。隠居ではなく、気軽に社会参加できる場所を仕事を作り上げていく必要があります。また、急速な少子高齢化で、労働人口が減少し、元気な高齢者が増えていく中で、高齢者に求められる役割もこれから増えるはずですよ。

= 先ほど伺ったんですが、海外の福祉施設などを視察するご経験がおりということ、それについてお聞きしたいのですが。たとえば日本との違いとか、参考になるところとか、大まかな点でも構わないんですけども。

たとえば、2000年にフィンランドに行かせていただいたのですが、そのときに、独居高齢者のかたのバイタルを計かり、無線で把握する仕組みがあつてですね…

= バイタルって、生命力ということですか？

そうです。時計状のものを手に巻いていて、それで体温とか脈拍とか全部計って、それが無線でコンピュータにつながり、中央センターで把握するものです。突然体調変化などになつても、すぐに救急隊が駆けつけます。ネット社会の仕組みとしてすごく画期的だと思いましたね。

—それ、いいですね。

でも16年たつても、いまだに日本ではそれができないっていうのが…

—できていない。そうですね。

= 向こうは寝たきり老人という概念がないという話を聞いたことがあるんですが、そういう感じですか、やはり。

「寝たきり老人」の概念の有無についてはわかりませんが、日本では社会的入院といつて多くの高齢者が病院へ入院していました。施設や在宅で高齢者を支える基盤が充分でなかったためです。入院生活での療養環境は主にベッド上であり、それが長期化すれば、寝たきりとなつてしまいます。今では、日中は臥床させておくのではなく、起きて生活できる機能があれば、そうしていただくとする当たり前の概念が、高齢者の安心と安全のためという言葉にすり替えられ奪われていました。

今では日本の寝たきり老人も医学的にやむを得ないケースを除いて激減したのではないかと思います。介護保険の理念である自立支援や高齢者の尊厳保持、介護予防といった思想に基づく支援が行われており、時おり摘発される違法な施設以外では、「寝かせきり老人」は見られなくなったと思います。とはいえ、そういう実態があるのも事実ですので、全ての国民が、尊厳をもって老い、亡くなっていく権利について理解し、必要悪には目をつぶらないという態度が必要だと思います。

相互扶助

= もともと人間には本能的に困った人を助ける、そういうものが備わっているんだつていう説があるんですが、村山さんもそう思われますか、いろんな仕事をされていて。

はい、そう思います。ただ、先日ある福祉学者の講演で、おもしろい話を聞きました。日本の文化は親子関係・血縁関係がベースですが、海外は夫婦関係がベースなのだそうです。夫婦関係というのは、もともと他人だったという関係性から、横に広範囲に広がっていくんですが、日本のその「家」制度、血縁というのは縦の関係性では何世代でも関係がつながるのですが、なかなか横につながりにくい仕組みなんだそうです。

= しかし現実として、それだけでは困りますよね。横の関係を、何とかこの先考えていかなければいけないと。

そうですね。おそらくはそれ



を補完するものとして、「村社会」や「向こう三軒両隣」という仕組みがあったのだと思います。それが、古き良き日本の原風景だったわけですね。それが、煩わしいと感じるようになり、個人情報の保護という概念も加担して、崩壊していったのが今の社会だと思います。しかも北海道はそもそも多くの人たちが移住してきたので、本州に比べて「家」制度も強固ではないし、地縁も薄いといえます。

一でも今は日本も縦制度じゃなくて夫婦単位になってきていますから、やっぱりボランティアっていうのも広がっていくのかもしれないね。

はい、これからの可能性だと思います。そのための地域包括ケアシステムだと思います。それぞれの地域に合わせた助け合いの仕組みを、住民だけではなく、医療も介護サービスなども含めて構築していこうとするものです。強制力による支え合いではなく、主体的なボランティアなどを活用していくことが、村社会といわれる仕組みとの大きな違いかも知れません。

地域包括 ケアシステム

一2025年に団塊の世代が高齢者になることから、医療、介護、予防、住まい、生活支援などが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が目指されています。その中で、介護施設のケアマネジャーさんと地域包括ケア支援センターのケアマネジャーさんは、場所が違っててもその業務は変わらないのでしょうか。

まず、地域包括支援センターのケアマネジャーというよりは、在宅支援のケアマネジャーといえますか、居宅介護支援事業所という事業所が地域にあって、そこにケアマネジャーがおり、要介護者のケアプランを作成します。地域包括支援センターのケアマネジャー（介護支援専門員）というのは、主任専門介護支援専門員（ケアマネジャー）といって、地域のケアマネジャーの方々の援助をする役割等があります。それから介護予防プランといって、介護保険認定は全部で7段階あるんです。要介護1から要介護5までと、それからその下の軽い要支援1と2ですが、その要支援1と2のケアプランを立てるのが地域包括支援センターの職員ということになっています。今ご質問いただいたのは、たぶん介護施設のケアマネジャーと地域の居宅支援事業所のケアマネジャーの違いということだと思うのですが、根本的に違うのは、施設のケアマネジャーは、施設内の自分の同僚のスタッフをマネジメントし入所者をケアするということです。介護士でも、栄養士でも、看護師でも、相談員の方でも同じ職場の人たちです。地域のケアマネジャーが違うのは、地域では、A デイサービスセンター、B ヘルパーセンター、D 訪問診療医院というように、様々な運営主体も異なるサービス事業者の方々をマネジメントするという点で大きな違いがあるということになると思います。

一じゃあ地域のケアマネジャーさんのほうが、全体的な総括的なことをされるというような感じでしょうか。

高齢者の方を支えるという部分では、施設のケアマネジャーも在宅のケアマネジャーも大きな違いはないと思いますけれども、サービスを調整するといったところでは、ダイナミックに動くのが地域のケアマネジャーかも知れないですね。

一介護施設でも、いま地域に施設を開放しているんなことをやっていると思うんですけども、それはあまりケアマネジャーさんは関係していない…

いま社会福祉法人の地域貢献が求められています。施設などの地域開放は地域包括ケアシステムを展開していく上でも、求められてくるものだと思います。ボランティアの受け入れや、入所者の地域交流、施設の持つ専門性の地域への還元など。認知症

の方も含め多様な方々が集い認知症の理解も促進させる認知症カフェなどの展開もその範疇だと思いますし、災害時の地域との連携なども求められると思います。そのような施設が地域と結びついていく接点として、ケアマネジャーやソーシャルワーカー（相談員）は期待されるのではないかと思います。

—自分が医療従事者だった立場から、医療との関連についてお聞きしたいと思います。地域包括ケアシステムの中で、ケアマネジャーさんと医療との連携はどんなふうになっているのでしょうか。

国レベルでも、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、医療となかなか連携できないと指摘されているところです。ケアマネジャーは、基本的に医療と介護の国家資格で5年以上の経験をした人が、試験を受け、その合格者がケアマネジャーの研修を受けてなります。医師でも看護師でも保健師でも、介護福祉士でも理学療法士や作業療法士といったリハビリ職もなれる資格です。ただ給料が医療職よりはケアマネジャーの方が低いので、医療系職のケアマネの比率は少ないといわれています。ケアマネジャー全体でいうと有資格者の3割程度しか仕事をしていません。そして、その大部分が福祉系資格者といわれています。看護師や保健師などの医療系職種は、もともと医師と一緒に働いていますので医師との連携が取りやすいのですが、介護福祉士や社会福祉士などの福祉系職は、元来、医師との接点が少なく、地域の中で医師と連携を取りなさいと言われても、苦手意識を持っていて、なかなかできなかったということだと思います。ただ、いま札幌市内もそうですが、医師会などが主体となって、医師と介護職の垣根をなくし協働できる下地のための勉強会や事例検討会、懇親会などを各地で展開しています。地域の中でひとりの高齢者を支えていくには、介護と医療の連携が重要であることは、医療界においても介護業界においても共通の認識になりました。ですから、その関係性は日々、良くなってきているように思います。

これから在宅看取りもどんどん増えていくと思います。だからこそ、在宅医療を支える医師と、生活を支える介護支援専門員がきちんと連携を取って、ご本人や家族の望む生活を支えていくということが必要になってきます。

—そういう意味で、ケアマネジャーさんというのは、立ち位置が…

そうですね、重要になってきますよね。日々変化するであろう、本人や家族の意向をどのように酌むか、どのように精神的に寄り添うのか、医療とのスムーズな橋渡しなど、求められるものは大きいように思います。

—在宅で、っていうのはなんとなく不安な感じがあるんですけど、これからきちんとシステムができていけば在宅でもいいかなって…今のところは私はそんなふうな感じ。

在宅療養や看取りを支援する医療体制が札幌では充実しつつあります。我々ケアマネジャーの仲間でも在宅看取りを支援するケアプランが増えてきているという実感ができています。

介護予防とボランティア

—介護予防についてお聞きしたいんですが、介護予防の面でボランティアとの連携は、どのようになっていくべきなのでしょう。

介護予防とボランティアについては、先ほども触れましたが、高齢者の場合、自宅以外の集う場所とか活躍の場所と連動してくると思います。介護予防という意味では、たとえば自分自身でジムに通って筋力を強化することも予防につながるでしょうし、あるいは、小さなことでもやりがいを持った仕事や役割を持って生活するとい

うことも介護予防につながっていくと思います。ボランティアは、そのやりがいを持った仕事や役割を容易に見出すことのできるアクションであると思います。「何か手伝いたい」という意思表示と、「これをしてもらいたい」というニーズとのマッチングにより成立していきます。ボランティア活動は継続性が求められる事業が多く、継続するために健康管理などのセルフマネジメントをしていくことが、介護予防にもつながっていきます。また、そういったボランティア活動そのものが、運動量や活動量の増加にもつながっていくのだと思います。

= 現実に、介護予防とかそちらの方面でボランティアをしてみたいという人の数は増えてきているのでしょうか。

そうですね、札幌市社会福祉協議会の事業に「札幌市介護サポートポイント事業」というのがあって、これは、一定時間学んだ後に、施設などでシーツ交換の補助、施設行事の手伝い、趣味を生かした活動、囲碁や将棋の相手、お茶出し等の補助、手品・楽器演奏・演芸披露、散歩の付添や見守り、利用者とのお話し相手などのボランティア活動をするとポイントカードに押印をもらって、最終的に最大5000円の換金ができるという事業です。ボランティアとして行って活動することで、自分自身にもメリットが出てくるといったところで、介護予防につながっている事業ですね。

= やはり女性が多いですか。そうでもない？

そうでもないです。男性も多いようですよ。

— 私もその認知症ボランティアとか介護ボランティアとかをやったことがあります。介護施設に行って、配膳をやったり趣味の手伝いをしたり… 男の人でも何人かいらして、麻雀の相手とか、カラオケとか、そういうのをやっていました。男の人、だんだん増えてきているような感じがします。

もう1つお聞きしたいのは、介護予防と生活支援が一体であると言われてきていますけれども、その一環として地域サロンとか、見守り、健康づくりの運動が重要だと言われていています。私もサロンと見守りと、「ふまねっと運動」を実際に行っているんですけども、生活支援について町内でアンケートを取って見ましたら、ニーズがすごくあるんです。買い物してほしいとか、病院に一緒に行ってほしいとか。実際問題、そういう余裕が私たちにはなかなかないんですけども、若い人でそういうことをやってくれる人がいれば助かるんじゃないかなあとと思います。こういう生活支援に関して、村山さんはどのようにお考えでしょうか。

地域包括ケアシステムを構築していくうえでも、この生活支援というのは非常に重要なポイントだと言われてるところです。高桑さんがおっしゃられたのは「地域ニーズ」と言われているもので、地域の中での課題というか、その課題解決のためには、どのようなことが提供されればいいのか、さらにどのように活性化していくのかと考えていかなければなりません。そういった地域の課題を1つずつ潰していくとか、構築していくということが必要になってくると思います。これから、生活支援コーディネーターという人たちが、地域の中でこれらの課題解決のため活動して行くことになります。

— 結構いるもんでしょかね、登録できる人っていうのは。

地域包括ケアシステムは共生社会とも言われていて、高齢者だけではなく、障がいを持っている方も、それからお子さんも、それから生活の困窮な方も含めて、皆さんが地域の中で支え合っていく社会を作っていくということになると思います。たとえ障がいがあった方でも、たとえば見守りとか、サロンの運営ということもできるでし

ようし…そこは広範囲にいろんな人とのつながりを付けていくっていうことが必要になってくるのではないかと思います。

「孤独死」 と「孤立死」

= この前、新聞で読んだのですが、首都圏で、壮年ですね、40代か50代の人の孤独死の問題があるということです。会社をくびになって、それに自分自身は糖尿病を患っていて、そのうち動けなくなって、人知れず命を失う、と。そういうケースは札幌でもありますか。

ないことはないです。ただ区別して考えなければならないのは、「孤独死」と「孤立死」の違いです。「孤独死」っていうのは、「おひとり様死」というか、ひとりで亡くなってしまふことで、これは1人で住んでいる方は、老若男女どんな人もその可能性はあるわけです。ご自身が希望し、ひとり暮らしをしていて、ひとりの時に亡くなってしまふことは、ある意味仕方ないことかもしれないですね。しかし、「孤立死」は、おひとりで亡くなってしまった後に、何週間も何か月も発見されなかったということです。

= それも社会問題ですよ。

ですからその違いが問題だと思うのです。万が一、ひとりで亡くなったとしても、2、3日後とか次の日でも、できれば息のあるうちに発見してもらえる仕組みがあればいいわけですよ。たとえばそれは、ヤクルトさんだったりとか、新聞配達さん、あるいは地域の方が、「ずっと電気が付けっぱなしで心配です」と言って連絡をくれる体制ができていたりとか。そういった見守りの体制が互助として必要になってくるんじゃないかと思います。

— 私たちの地域でも、見守りはすごくやられていて、「今日デイケアにこないね」って言って、それで連絡きて、亡くなっていたとか、そういうこと結構あって、独りで亡くなったのが次の日の朝に見つけてもらっているっていう、これはいいんじゃないかな、って思います。

= それは「孤独死」なんですね。

そうですね。コトバが似ているので、きちんと区別できる言葉にするべきだと思うのですが、最近は「おひとり様死」と表現される学者もいます。高桑さんの地域には、見守りの体制ができていているということからも、すでに地域力があるということだと思います。

— 見守りでも、個人情報からみで嫌だっている人が多いのかなと思ったんですけども、そつと見守りっていう、電気とか郵便物とか、その程度ならみんな嫌がらないというところがありますので、なんとかその仕組みをきちっと作っていくのがいいのかなあと。

介護職の現状

= 最後に1つ、大きな問題になって、ちょっと聞きづらいところもあるんですけど、ケアワーカーの立場について。ケアというのは非常に大変な仕事であるにもかかわらず、それに見合った待遇というか、社会的な承認が十分に得られていないという現実があると思うんです。それから、国家財政がやはり厳しいわけで、公的なお金をその方面に必ずしも十分に配分することができない。で、社会的な承認という点でいうと、たとえば医師とか看護師さんは、いうまでもなく、もう地位が確立していて、したがって当然それなりの経済的な報酬や、社会的な尊敬という意味での報酬も得ているわけですね。しかし、ケアワーカーは非常に重要なはずなのにそれがない。

ということは、ひょっとして、ケアとか介護というのは、そもそも家族がやるものだという、長い伝統といいたし、そういう見方があったからなのかどうか。その状況を今後、当然良くしなければいけないんだけど、そのことについてぜひお考えを聞かせていただきたいと思います。

介護の人たち（ケアワーカー）は、ケアマネジャーよりさらに大変だと思います。人材は不足し、やりがいのある仕事なのに、夜間勤務もあるのに給料が安い。ケアを回していくために、あるいは施設基準を満たすために、人材の質が担保できないまま採用をしなければならないということにもなり兼ねないことになります。人材がいなければ、施設基準を満たせない分の利用者は帰ってもらわなくてはならないことにもなってしまいます。

= それで集めちゃう。

そこで頭数の問題だけで福祉マインドのない職員を集めれば、どのような課題がでてくるかは想像できると思います。北海道のある委員会の中で出てきた話では、高校の進路指導の中で、生徒が「福祉に行きたい」と言っても、「それはやめたほうがいい」と言う教師もいるようです。なったとしても、給料的には安いし、大変だし、といった進路指導担当の価値観から変えてかなくてはならないのだろーと思います。それからやはり介護の現場での給与体系の問題です。「結婚退職」という言葉があるくらいです。「結婚するので、この介護の仕事は辞めます」と、やりたい仕事なのですが、結婚生活が維持できないのでやめますという人たちも少なからずいるということです。そこも変えていかなくちゃならないでしょう。これは介護報酬や国の財源とも連動してしまっているところが辛いところだと思います。

— その通りですね。医療報酬もそうですし、介護報酬もその問題があって、財政事情の中で給与体系が決まってくるんですね。

= 要するに社会的理解を広めていく、深めていくということですね。

そうですね。介護の現場の方々がいままで誇りを持って、仕事をしていただくためには、きちんとそのところを、国民の意見としてまとめて、変えていく必要があると思います。

— 介護の方たち、介護に携わっている人たちがもっと運動していく、国民の同意を得てやっていくということが大事ですね。

人の手によるケアを継続していくためには、介護に携わる人材の必要性や重要性について国民に共有してもらう必要があると思いますし、心ある元気な高齢者の方々にもこの人材として参画していただける余地もあるとも考えています。すでに実際のケアは行わない「介護助手」に高齢者を雇用するというモデル事業も行われています。

= 高齢者がどんどん増えていくので、否応なくそうなるかなという気もしますが、希望的観測でしょうかね。

— 応援したいと思います。そろそろお時間のようです。今日はゲストの村山文彦さんに貴重なお話をお伺いしました。村山さん、ありがとうございました。

ありがとうございました。

▶ 学生の感想、まとめ

札幌市東区第二包括支援センター所長の村山文彦さんに、社会福祉士、介護支援専門員の立場からいろいろな話を伺いました。私自身、民生委員を務め、町内の福祉活動もしていますので、これからの介護予防とか、地域包括支援センターの方針とか、そういうお話を聞くことができ、大変有意義であったと思います。村山さんのお話

の中に、これから介護の現場でも働く人が少なくなるということがありました。仕事のない人にヘルパーの資格を取ってもらって、福祉を担ってもらおうというお話もありましたけれども、これからは退職した人や高齢者が、そういう資格を取るとか、自分自身の生きがいのために福祉を担っていく、手伝っていくということが大事なんだなと思いました。そして私たち民生委員もやはり、その中の一員として活動していかなければならないんだな、ということを感じました。これからまだボランティア活動をしていく予定なんですけれども、その中で今日のお話を参考にして、上手に福祉活動をやっていたらいいなと思っております。

▶ 後ワク

放送大学北海道学習センターの学生たちがお送りする「地域リーダー×クロストーク」、いかがでしたでしょうか。放送大学北海道学習センターについては、「放送大学」で検索してください。電話は、札幌 011 - 736 - 6318 です。ご案内は、放送大学北海道学習センターの岡元藍子でした。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りしました。

2-3 地域リーダー×クロストーク 訪問看護師と通訳ボランティア

12月17日（土）放送

出演者： 町田 丸美 訪問看護師（北広島訪問看護ステーション四恩園所長）
杉山 東樹 放送大学学生（通訳ボランティアガイド）



▶ 前ワク

ここから、放送大学北海道学習センターの学生によるラジオ番組、「地域リーダー×クロストーク」をお送りします。私は放送大学北海道学習センターの岡元藍子です。

放送大学とはテレビ、ラジオ、インターネットを通して学習する、国が創設した通信制大学です。教養を高めたいかた、関心のあるテーマをもっと学びたいというかた、あるいは、大学卒業資格学士号を取得したいというかた、皆さんそれぞれの目的をもって、全国でおよそ9万人の学生が学んでいます。昼間や平日は仕事などで忙しい、というかたにも、自分のライフスタイルに合わせて学ぶことができます。北海道学習センターは北海道大学構内にあり、環境も充実。CDやDVDで授業を視聴することもできるんです。

北海道学習センターでは、今回「地域リーダーによる地域貢献と地域活性化」をテーマに、学生によるインタビュー番組を企画。「在宅医療と地域包括ケア」について、3名のキーマンにお話を伺います。インタビューを行うのは、放送大学の学生であり、それぞれが、地域活動にも積極的に取り組み、地域リーダーとしても活躍するみなさん。どんなお話が聞けるのでしょうか。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りします。

さて、今回は放送大学の学生で、観光の通訳ボランティアとしても活動している杉山東樹さんが、訪問看護師の町田丸美さんにインタビューをします。まずは、その杉山さんの地域活動との関わりについて、放送大学北海道学習センターの筑和正

格所長がお話をききました。

▶ 学生への
インタビュー

— … 筑和
太字 … 杉山

—放送大学学習センター所長、筑和正格です。今日のインタビュアーを務める放送大学北海道学習センターの学生である杉山東樹さんにお話を伺ってみたいと思います。それではまず最初に、杉山さんご自身に自己紹介をしていただきたいと思います。杉山さん、お願いします。

はい、まず生まれから始めます。昭和8年に札幌で生まれました。高校、大学は札幌で出まして、金融機関に定年まで勤めました。定年になった時にですね、時間を持って余しまして、北大の公開講座を聞いているうちに放送大学を知りまして、それで、16年前ですかね、当時の北大の旧昆虫学教室にあった学習センターに入学しました。その翌年に新校舎ができて、そちらに移った時に、これはいい校舎だ、冷房まで効いているということで（笑）、好きな英語のサークルを立ち上げたというわけです。その後みなさんと楽しく勉強しているうちに、学友会に入れとか学友会の役員をやれとか言われて、会長に祭り上げられてしまったということがございます。そんなことで今日ここに呼ばれたんだと思います（笑）。

—杉山さんは何かボランティア活動をなさっていると聞いていますけれども。

はい。放送大学の学生になったころ、15年ほど前ですね、札幌商工会議所の新規募集がありまして、そちらに1期生で入りました。2、3年活動しているときに、国際プラザで役員をやっている私の先輩が、「来ないか」と誘ってくれました。国際プラザでも役員をやらされました、今はやっていませんけどね。で、両方でボランティア活動をしているということがございます。

—今も続けていらっしゃるかと。

もう15年間続けています、現役でございます。

—先輩に誘われたというお話だったんですけども、国際プラザのボランティア活動というのは、外国語を使ったボランティア活動ではないかと思うんですが、もともと外国語に興味があったというか、あるいは自信があったとか、そういう…

いや、自信はあまりないんですけどね。実は金融機関のときにも国際部というところにおりまして、もともと語学が好きだったんです。そして、その先輩も英語が堪能な人ですが、私が語学好きなのを知っていたので呼んだのです。それに、私は人が喜ぶ様子を見ると嬉しくなってしまうようなタイプなんです。何とかみんなに喜ばれることをしたいな、ということが動機でございました。

—いいお話ですね。ということは、もともとそういう社交的な性格だったんですか？

ところが全然逆なんです。シャイで、あんまり交際も苦手ですし… そういう性格でした。

—シャイであることが、必ずしも、引っ込み思案で人に会うような場に出たくない、ということになるとは限らないのですか。

やっぱり自分の動機といいますか、それが自分の性格を乗り越えたというか、そういうことだと… 振り返ると、結果的にはそうなんだと思います。

—札幌市のガイドをなさっていて、いろんな楽しさを体験された、経験されたということでしょうね。

やはりはじめのころは緊張しました。でもだんだん慣れてきますと、案内内容がすらすらと出てきます。そうするとです、今度は相手の顔色見たりジェスチャー見たりしているうちに、気持ちが通じてくる、わかってくる。

—いろいろな違いがあっても、それは当然であって。一方、違いがあっても共通性もたくさんあって、それを発見する、あるいはそれは感じる事が一番の喜びだと。そう言っているんですかね。

ええ。話しているうちにわかってきて。そこから、なんと言いましょうか、一期一会の精神で、今日ここで会って、話しができることの嬉しさ、楽しさがこみあげてくる…

—今、一期一会とおっしゃったけれども、必ずしも一期じゃなく、つまり、1回きりじゃなくてそのあと続いたということも、あるような気がするんですが。

はい、意図的ではないのですが。ひとつエピソードを紹介しますと、20歳のフランス人がね…

—今度は外国人。

フランス人です。20歳の青年。市内のある歯科医の奥さんが連れてきたんです。息子さんがシドニーで語学研修で一緒になったんで、ホームステイに来たんですよ。それでその人と、たった2時間の間に…

—市内を案内して…

その人もシドニーにいた、英語のわかる人で…

—フランス人だけど英語が通じる…

英語が通じる。英語がすごくうまい。私よりも全然うまい人です。で、2時間歩いているうちに、土曜の午後だったんですけども、「今日は英語サークルっていうのやってるんだけど、来ないか」って言ったらですね…

—ああなるほど。放送大学の学生さんのところに連れてきたんだ。

ところが、このサークルにフランス語の2級を持っている学生がいて、彼らはフランス語で話しをはじめたんです。それを聞いて、「いやあ、フランス語ってきれいだな」と思いました。私もやりたくなって、6年くらい前に…

—それがフランス語サークルへと…

ええ。その後、彼とも、我々フランス語ができる人とグループでお付き合いしているっていう、そういうふうの後々へとつながっていきました。

—じゃあやってよかったですね。

こんなことになろうとは思いませんでしたが。

—杉山さん、80歳を越してらっしゃるんですけども、ご両親はもう当然他界されていると思うんですが、杉山さんの頃は、ご両親の最期はどういうふうな感じでしたかね。

うちの家庭の事情を言いますと、実は私、母親が2人いまして、1人目の母は私が高校2年の時に、昭和25年に、自宅で亡くなりました。

—自宅ですすね。昭和25年。

そうです。当時は入院ってこともあんまりない時代ですね。そういうことになっておりました…

—ということは、お医者さんも往診してくれるわけですよ。

そうです、そうです。往診でした。

—すべて自宅で行うという…

それから、2回目に看取ったのは父です。昭和57年。その時は、最後悪くなった時には、2か月か3か月入院して亡くなりましたから…

—2か月か3か月。

ええそうです、入院して。それまで自宅におりましたけども。

—え、入院して病院で亡くなった？

—そうです。それから2番目の母は、それから10年くらいあとの昭和63、4年だったかな。この人は3年くらい長期、病気でした。それで最期は、やっぱり長期入院で耐えがなくなったのか、「自宅に戻りたい」って、長男の私に言うんです。いろいろ事情があって、それはできかねたんですけども、やっぱり本人は最後、自宅ですごしたんでしょね。そういうことがありました。

—実は私も同じような経験ありましてね。父を1年間、病院に入れっぱなしといひましようか、入院させて… 本人は戻りたかったんですけど、当時、今あるような仕組みが分からなかった、あるいはなかったんでね、しょうがないなど。でも心には引かかってました。そういうことを考えると、今日の、訪問看護を専門になさっている町田さんへのインタビューについても、いろいろ思いが込められると思うんですけども。最後に杉山さん、町田さんへのインタビューの意気込みを一言お願いします。

—今からちょっと手の内を明かせられないんですけども（笑）。私そういう方面については、ど素人というか予備知識も何もないんです。ただ、1患者というか、そういう立場で、今の社会問題から、担当している方々の気持ちに至るまで、切り込んでみたいと思っております。1つ、よろしく。

—ぜひよろしく申し上げます。期待しています。

X クロストーク 町田丸美&杉山東樹

— … 杉山
= … 筑和
太字 … 町田

—この時間は、「在宅医療と地域包括ケア」をテーマに、インタビューをお届けいたします。私は放送大学学生の杉山東樹です。また放送大学北海道学習センター所長、筑和正格先生にも同席していただいております。

=よろしく申し上げます。

—ゲストには社会福祉法人北海長正会、北広島訪問看護ステーション四恩園の所長、町田丸美さんをお迎えしております。

よろしくお願ひいたします。

—町田さんのプロフィールをご紹介する前に、まず資格のほうを申し上げます。看護師、保健師、社会福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士、と5つもお持ちでございます。それでは、ご本人に自己紹介をしていただきます。よろしくお願ひいたします。

—はい。町田丸美です。今ご紹介いただいたように訪問看護師をしております。年齢は52歳（笑）。独身、バツ2です。子供が2人おります。今までいろんなお仕事、看護師はずっとやってるんですけども、いろんな経験をさせていただいて、今の仕事にとっても生かしているお仕事させていただいています。詳しくは後でお話しをしたいと思いますんですが、よろしくお願ひいたします。

訪問看護師への道

—それではお伺ひいたしますが、看護の道を選ばれた動機ですね。それをひとつ、お聞きしたいと思います。

—高校を出て国公立大学を受験したんですが、その滑り止めに看護学校を受けたんですね。特に看護師になりたいっていうわけではなかったんですが… 当時父は、「女性には浪人をしてはいけない」ということで… 短大に行っても結局仕方がない、女性

は資格を持ったほうがいいって言うんですよ。亡くなった父の話もあったので、それで看護学校、今の札幌市立大学ですか、昔は札幌市立高等看護学院というところなんですけど、そこを受けていたのです。で、結局、国公立大学落ちちゃって、それで看護学校に行ったという経緯なんです。だから特に看護師を目指してたということではなかったです。

—そして、さらにほかの資格お持ちですよ、保健師とか。これはどういうことですか。

看護学校に3年間行って看護師の国家試験を受けたんですが、その前に、やっぱり保健師に… あるとき新聞に、昔は保健婦って言うんですけど、「保健婦は金の卵」っていう新聞記事があったんですよ。それで、父がそれを見て、また、「ちょっとこれどうなの」みたいな感じで…「じゃあ受けてみましょうか」みたいな形で…今はなくなっちゃったんですけども、北海道立衛生学院。札幌大…

—ありますね、医大の…

=放送大学と関係があるんですよ。

そうなんですか。そこを受けて、1年間保健師の勉強をして資格を取りました。

—それは看護師になられた後ですか。

後です。国家試験受けて、そのあと1年勉強して、それからまた保健師の国家試験を受けたっていう…

—そしてさらに社会福祉士は。

ええと…社会福祉士は、今の社会福祉法人北海長正会に勤務したのが平成13年なのですが、そのときに。それまでは、ずっと医療畑にいたんですけど、いきなり社会福祉法人に入って、やっぱりちょっと違和感を感じたんですよ。それで、福祉をちゃんと学ばなきゃいけないっていう気持ちが生まれて、それで勉強して社会福祉士の免許を取ったっていう。で、精神保健福祉士は社会福祉士を取ると割と取りやすいということで、どうせならということで取ったっていう状況です。ケアマネジャーは13年に取ったんですかね。

=いろいろな資格を継続して取られたということは、まず看護師の世界に入られて、その世界で生きていくことに特に違和感がなかったという、つまり、性に合っていたということ…

そうですね。

=それを感じられたということなんですね。

もともと医療機関にいたときも、在宅っていうのを…外来にいらながらも訪問したりとかしていたので、全然違和感なく、在宅を結構進めている病院にもいたので、在宅ってのは、全然違和感なく。

—いろいろそういう資格を積み重ねてですね、四恩園の所長になられたっていうのは、どういう経緯だったのでしょうか。

医療機関を辞めて、今の社会福祉法人に入ったのも、新聞広告がきっかけだったんですね。そろそろ仕事を見つけなきゃいけないな、と思っていたときに、タイミングよくその新聞広告で、チラシだったかな、折り込みチラシですね、「在宅介護支援センター職員募集」というのがあったんですよ。それを見て、ケアマネも持ってるし、応募しよう、ということで。結局その時に在宅介護支援センターの保健師として入ったんですね。

—ああ、まず。

はい。そこでやって…



—それは何年くらい前でしたか。

いまから15年前ですね。

—職員として。

はい。ほんと、それもたまたまなんです。そしてそのあと、居宅、ケアマネジャーをやって、その中で、社会福祉法人の中で移動があつて、包括にもいたんですけども、平成20年に今の訪問看護に移動ということで、所長になったんですね。自分で訪問看護やりたいってわけでは…

—ではないけれども、押し上げられたっていうか…

そうですね。

—素晴らしいですね。そしてそれから6年間、所長として。

8年…平成20年だから。

現実への対応

—ああそうか、8年間。それでお聞きしたいのは、この世界に入られて、自分が入る前に予想していた世界と、いま現場で活躍されている現実との…なんていいますか、自分が考えた通りの世界だったのか、あるいは全然違ったのか。どうでしょうか。

まず、予想というものはないです。この世界に入るときに「私はこれをやりたい！」とか、そういう思いで入っているかたも多いのですが、私は成り行きで。成り行きで来たっていう…役割を与えられたからやっているみたいな感じだったので、そんなに予想もしなくて…地のままで行くので、ギャップっていうのはないです。「ああ、こんなもんなんだな」みたいな。でも、こんなもんなんだなと思いつつ、でもやっぱり違うなとも思って、もうちょっとこうしたいほうがいい、ああしたいほうがいいと思って、いろんな試みを自分なりにしているっていう段階なんですよ、今。

—素晴らしい。

いや、素晴らしくない(笑)

=そういう工夫ね。現状に適應する、変わり身の早さっていうか…

現状維持ってあんまり好きじゃないので。与えられた役割の中で最大限努力するっていうことが結構好き。好きっていうか、やっぱ求められている以上のことをするっていうのが好きなので。

運営方針としての 基本理念の存在

—私事になるんですけども、定年後5、6年間のんびりしてるときに放送大学を知って入学して、それから15、6年経ちました。その間、ボランティアガイドなどもやっていたんですけど、今年で83歳になりました。でも、高齢の割には医療とか介護の制度の知識がほとんどありません。このインタビューを機会に勉強したいと思っている次第です。

さて、先日、北広島の四恩園を見学させていただきました。そのときにパンフレットをいただいて拝見したら、モットーというのが載っていました。私が気に入ったのが2つありましてね、「誰もが楽しく、安心して地域で暮らす、全てはそのために」というのが1つ目、それから「誰もが私として尊重され、尊厳ある存在として生きたい」

というのが2つ目です。これを読んで現場を見学したあとには、私もこれから北広島へ移って四恩園さんにお世話になりたいと思うくらいでした。このモットーを、現場ではどういう具合に生かしているのでしょうか。具体的に、例を挙げてお教え願えませんか。

社会福祉法人北海長正会の基本理念っていうのがちゃんと6本あるんですよ、たとえば「力が出る〈ホウ（報告）・レン（連絡）・ソウ（相談）〉」とか、地域に求められる資源として。今まで病院とかでいろんな仕事をやってきているんですけど、こんなに末端にまで基本理念を浸透させているところは、今の法人以上になかったんですよ。だから何かやるにしても、コンセプトとか理念っていうのは非常に大事だと思うんですよ。それをきちんと末端にまで、職員にまで浸透させているってところがすごい。自分から進んで15年もいるっていう理由がそこにあるんですよ。いままでいろんな病院でいろいろ勤務してきて、やっぱり理念っていうのが浸透していないから、たとえば、職員同士がいがみ合っているとか、なんかこう、利用者の方を向いてないってところが…

—人間集まるとよくありますよね。

—そういう職場は結構あると思うんですけども、今の職場はそういうことがないので、自分で言うのもなんですが、素晴らしいなって。それで15年いる。

—すごいですね。自分がどこにいて何をすべきかという意識を、それぞれの職員が持っている。

—浸透している。

—今いろんな事業が拡大しているんで、なかなかその辺がむずかしくなっているという面があるんです。そのへんは課題なんですけど。基本はちゃんとしっかりしているっていうのが、すごいなって…

—ぜひ入りたいですね。

—あはは。(笑)

—四恩園の在宅看護っていうのがございましたよね、パンフレットにも。どのように行われていますか。それから、いま話にあったモットーとの関連でね、実際どのように運用されているかっていうことでございますが。

—北海長正会自体は障がい者と高齢者という2本立てで、私は高齢者のほうにいますんですけども、特養だったり、入所だったり、在宅だったり、いろんな事業をやっているんですが、訪問看護っていうのはあくまでもその1つの事業であって、なんのためにその事業があるかという、利用されてるかたの生活を支えるってことなんです。看護っていうのは、どうしても医療がメインに見られがちなんですけども、あくまでそのかたの生活を支えるための看護だったり医療だったりするわけで、一部分なんです。だから、ヘルパーだったり、ショートステイだったり、デイサービスだったりが必要なんです。並列なんですよ。



—そうすると、病気のかただけじゃなくてって、ということですか。

もちろん訪問看護を利用されているかたは主治医がいるので、病気を持っていることが前提ですけれども、やっぱり、病気を悪化させない、障がい悪化させないということと、予防っていうところ。そういう視点はなかなか他の事業ではありません。そういう意味で、訪問看護は、その視点で関われるんです。重症化を予防するとか、そしてそれをするのが在宅…

—につながる。

—そうです。そのかたが住み慣れた町で自分らしく生活できるっていうこと。

—さっきのモットーというところにつながりますね。

—社会福祉法人が主体の訪問看護っていうのは少ないんですよね。5%くらいです、全体の。ほとんど病院併用で、事業団とか第3セクターとか、あと株式会社とか。社会福祉法人は少ないです。

看取りの介護

—一次にですね、切実な問題になるんですが、先ほど申しあげましたように、私、高齢者なのでね、人生の最期をどう迎えるかというのが大問題なんです。私としては、家で家族のみんなに見守られて、できればひ孫にも参加してもらって、逝きたいなと願ってはおります。四恩園では看取りの介護のほうはどういう具合にやられているのでしょうか。

—うちは特養と入居、入所施設ですね、それからグループホームとか、入居型のもの、入所型のものっていうのがあるのと、それから、またちょっと違うんですけども、在宅っていうのがあります。在宅でいうと、やっぱり今はご本人がおうちで死にたいと、最期を迎えたいという強い希望があって、家族が支えているっていう状況なんです。だから、いろんな問題・課題はあるんですが、やっぱりおうちで亡くなったかたの支援をした、看取った家族は、やり切った感がすごくあります。もちろん悲しいのは当たり前なんですけれど、やり切った感。「やったあ、看取れた」、「看取った」っていう、そういうのが結構あるんです。いま特養でも看取りっていうのをやっているんですね。今までは病院で死ぬ、亡くなるっていうのはスタンダードなんですけれども、これからはそうならない、なれないんです。病院も少ないし。今、多死時代って言われてますから、どんどん亡くなるんですね。

—死ぬ人が…

—数が多いっていう…

—今ベッドが減らされる状況なんです。そうすると、病院で死にたくても死ねない時代がこれから来ます。そうすると、おうちで亡くなる、死ぬことを選択せざるを得ない。けどいま家族が看取るとか、在宅で看るといってすごく大変なんです。でもやっぱり、前段階できちんとそのへんの情報を伝えて、こういうサポートができるよとか、そういうことを伝える術がないっていうか、病院の人たちも在宅のイメージがもてていないものですから。職員が、やっぱりまだまだなんです。だけれども、本当、すぐそこに来てます。だからその点でも、いまこうやってラジオでお話しさせていただくっていうのも、すごくありがたい機会です。

—ただやっぱり在宅となると、病院にすべてをお預けして、お任せするよりは、家族の負担というか、するべきことが増えるんじゃないでしょうかね。

—現段階ではやっぱりそれもありますよね。だた、なるべく家族の負担を減らすために、ヘルパーだったり、もちろん訪問看護だったり、お医者さんだったり、いろ

んな地域の人たちの力も借りて、看取るってことが。100%満足ってなかなかできないんですけども、そういう選択肢もあるってこと自体…

—そっちの方向にね、だんだん向けていくっていうか。

そうですね。これからおひとり様も増えるんで、そうなると思わずかしい状況なんですけど、ただシステムとしてちゃんと1人でも、チームとして支えられるよっていうところもあるんですよ、実際。密にね、24時間365日、ちゃんとサービスを提供しているところもあるので… それ自体ご存じないかたもいらっしゃると思いますが。

—これからの問題ということですか…

やっぱり一番は、自分がどう死にたいかっていうのを持っていることが大事なんです。発信するっていう…

=前もって家族と話し合ったりとか。

そうです。こうしたい、ああしたいっていう。

町田さんの役割

=それで、訪問看護とか、在宅での看取りに関わるとか、そういう活動の中で、町田さんご自身の役割は？ どういうふうに、どんな役割をされているのか、あるいは自分がすべきことは全体のチームの中でどういうことだとお考えですか。

まず医療的な処置。点滴だとかそういうのもありますし、あとやっぱり食事とか排泄とかそういうのも全般的に看れるというのが看護職なんです。すごい大事なんですよ、食事、排泄。やっぱり抗がん剤をすると便秘になって便が出ないとか、浣腸かけて排便するとか、そういう日々の生活の支援と、それから精神的なサポートですね。もちろん本人もそうですけど、ご家族もです。その辺はやっぱり常に不安、揺れるんです。ご本人もご家族も。そこにサポートし続ける、提案し続ける、話を聞き続けるって役割が訪問看護にはありますね。

=今所長さんなわけで、そうすると、たとえばそういう訪問看護を行うほかのスタッフの人とかに相談を受けたりとか、アドバイスしたりという、そういうことも必要なんじゃないかと。

もちろん。もちろんやります。一緒に同行したりとか、死後の処置とかもね、やったことのないスタッフがいたら一緒にやるとか。

=教育と言いましょかね、育てるというか、そういう仕事。

ありますね。ただ訪問看護も高齢化の波に押されて、スタッフもやっぱり年齢が高くなるんです。若い人が入ってこないんです。

=それは若い人自体が少ないということでしょうか。それとも、やはりあんまり就きたくないというか、大変な仕事だから… そういうことではないんですか？

訪問看護はまず1人で行って、判断しなくちゃいけない。やっぱりある程度の経験と知識が…

—ないとできない。

はい。やっぱり若い人はなかなか… 訪問看護ってなかなかむずかしいです。

—経験がないとできない。

=やろうと思っても、できない。

けどそうは言われてられないので、訪問看護に新卒で入ってもきちんと教育できるようなシステムっていうのが、今だんだんできつつあるっていう…

=それ必要でしょうね。

そうなんです。でも、なかなか大変なんです。よね。

チェック機能

—四恩園のパフレットを読ませてもらいますと、オンブズマン制度まであるということですが、この制度は他の施設でもあるのでしょうか。

オンブズマンのかたとか、あと第3者委員っていうのをお願いして、3カ月に1回、苦情検討、サービス検討委員会ってのをやってるんですよね。それにも参加してるんですけど、たとえば3カ月の間にどういう事故、ヒヤリ・ハットがあったとか、そういうことを全部報告して、必要であれば市役所のほうに報告したりとかして。なぜそういうことが起きたのか、どうしてそういう苦情が出たのかっていうのをちゃんと検証して、対策を立てるといってのを積み重ねて、委員会にかけるとですね。大事なことなので。

= そうですね、必要なことですよ。

他の施設がどういうふうに行っているのかはわからないんですけど、平成13年に最初に入った段階でもすでにやっていたりして、もともとちゃんとしている。自分で言うのもなんですけど、ちゃんとしている法人かなって思います。

介護予防

—先ほどお話に出た介護予防のことをございますが、これについてももう少しご説明をいただければと思います。

介護予防って、介護保険が始まってから出てきた名前なんです。疾病予防、障がいになるべくならないように予防するとか、そういったことはもともと保健の分野でやっていたんですね。役所の保健師さんが保健指導をやったり、健康相談やったり、訪問したりして、そういったことを地道にやっていたんですが、なかなか立ち行かなくなって、介護保険が平成12年に始まってから、介護という分野にシフトして、介護予防というふうになっちゃったんですけども、もともとその考え方はあったんですね。介護予防というのが前面に出たのは、地域包括支援センターができたときなんです。平成18年からですね。

—10年前ですね。

そうですね。そこで介護予防って、バーンと出たんです。結局なんでそれが出たかということ、今の団塊の世代のかたたちが、前期高齢者になり、後期高齢者になったときに、医療費も介護保険の費用もどうなるの？っていうのが…

—莫大に増えるってこと。

そう。それを予測して、予防しようっていうのが出たのが…

—発端…

はい。そうです。地域包括支援センターができて、介護予防がはたしてうまくできているかと言えば、できてないのかなってというのが私の印象なんですけれど。

福祉ボランティア

—先ほど申し上げたように、私、ボランティアやってるんですが、福祉の現場にボランティアは関わる事ができるものなのでしょうか。現状はどういう具合になって…

うちはですね、ボランティアの活用、活用っていったらおかしいんですけど、ずっとやってまして、地域のボランティア団体をお願いして、いろんなイベントのときに来てもらうとか、あと特養の家族会っていうのがあるんですけど、そのかたたちに車椅子を洗浄してもらおうとかいったことを、ボランティアでやっていただいていますね。今、小学校の跡地で地域レストランっていうのをやっているんですけど、喫茶ですね、そこで地域のボランティアさんを募って、喫茶、コーヒー作ったりいろんなもの作

ったりして…

—作って、運んだり。

—そうです。学校だけじゃなくて、元の銭湯を買い上げて、そこでもやったりしています、地域の人たちが…

—それはレストランですか。

—レストラン・喫茶です。銭湯を買って。見ていただいたのは学校だけなんですけど、まだあるんですよ。だからそういう意味ではボランティアさんをお願いして、運営してもらっています。運営をお願いしているんですね。

—運営まで。

—運営までです。

—ボランティアっていうのは、自由意思で、無償で、公共的なのというのが要素としてあるんですけども、特に福祉の領域でボランティアとして自由意思で飛び込むとしても、その活動自体は社会的責任と結びついてきますよね。今、町田さんが接しているボランティアのかたがたは、そういうことは難なくクリアされているのでしょうか。つまり、自分の都合で、もう飽きたから辞めるってわけにはいかない場合もありうるのですよね。みなさんどんな感じでしょうか。

—やっぱりボランティアをやりたいって人はまず、いまのところ…

—そもそも違うんですかね。

—そうですね。飛び込むときに、そこですでに責任を感じていらっしゃる…

—それなりの覚悟っていうか、心を決めて。

—あんまり簡単な気持ちで…

—するかたはいらっしゃらない…

—私の知る限りでは。本当は構わないんですけどね、あくまで自由意思なので。

—とは言ってもね。

—ただ、ボランティア活動の対象になる人がその活動をあてにしている場合は…

—でも、ボランティアも所属の団体によって違うんですね。うちにいらっしゃるかたは結構責任感をお持ちのかただったり、たとえば社会福祉協議会絡みの団体さんは、イベントのときにはお願いしてそこだけ来る。単発で来るとか。そういう点では、それほど重い責任を負うという感じではないと思いますね。

—いま団体っておっしゃいましたが、ひょっとしてそこで責任の問題がクリアされてるのかな。その団体内で。ちょっとそう思いましたけど。

—これからは、そういう関わり合いをする人がだんだんやっぱり増えていくでしょうか。どうですかね。

—増えていってほしいんですけどね。どうなんでしょうね。

—どうなんでしょうね。

—国家なり、地方自治体なりの財政が苦しくなって、そういう人の助けが必要かなとは思いますが。

—私たちボランティアやっていて、やっぱり、動機というか、そういう仕事をする前に自分がどういうことで社会貢献できるか、その辺の見極めがしっかりできていないと長続きしないですね。

—それ大事です。

—やっぱりそれがないと、成功というか、うまくいかないですね。

—ボランティアは「してやってる」ってことじゃ駄目ですね。自分も何かもらうって

いう、フィフティ・フィフティ、同じっていう…

—の精神が…

ないとなかなかむずかしいと思いますね。

—なかなかいいところを（笑）。ボランティアの気持ちがわかっている（笑）。

—そうですか？（笑）

軸をもつ

—町田さんは、地域包括ケアの今後の方向として、介護や福祉に携わる人々が軸をもつ必要があるという趣旨のことをおっしゃっていますが、この軸をもつということについてで、お話いただけますか。

はい。その前に、地域包括ケアとは何ぞやっていうことなんですが、今は、高齢者を対象に地域包括ケアっていうのは語られていると思うんですよ。けれども、地域には高齢者だけではなくて、子供だったり、障がい者だったり、働き盛りの人だったり、学生だったり、いろんな人たちが住んでいるんですよね。そういった人たちを巻き込んで、一括して地域っていうふうに見ないと、いますごい… なんだろなあ…

= 偏ってる。

偏ってるんです。偏ってると思います。

—それは、一般的に見方が偏っているという意味ですか。それとも、世の中の制度として偏ってる？

地域包括支援センターと言っていること自体が… 介護保険の中で地域包括支援センターって言ってますから… 本当は、「地域包括」って言うんだったら介護保険じゃなくて、もっと他の、障がいも含んだり…

—もっと広くね。

—そうです。語るのであれば、地域包括って語るのであれば。だけど今、それでもって高齢者が…

—中心になってる。

—そうなんです。そこちょっと違うんじゃないかって、できたときから思ってたんですけど。それだったら「在宅介護支援センター」って言う、前の言い方のほうがまだいいんじゃないかっていう思いなんですけど。そもそも地域包括ってのは全世代、全障、障がい者でなければ…

—学生から障がい者も全部含めて。

—そういう意味でのケアっていうのが。これからそういうふうに見ていく必要があるんじゃないのかなとは思いますが。そうすると、赤ちゃんもお腹の中にいるときから死ぬまで、ゆりかごから墓場まで、イギリスじゃないですけど、そういうの大事だと思うんですよね。それで介護や福祉に携わる人が軸となっていく。

—きっかけはいいですよ、入るきっかけというのは。お金だったり、他に仕事がないからこの仕事をしているっていうのもいいんです。だけど、入ったからには与えられた仕事以上のことをしてもらいたいなっていうのが、私の希望なんですよ。自分ができることは何なのか、自分に与えられた役割は何なのか、まずしっかり認識していただいて… 仕事しながら、常に疑問を持ってほしいんですよ、現状維持じゃなくて。1時間でいくらっていう仕事じゃなくて、それ以上のこと。ある意味ボランティア精神なんですけど、やっぱりそれがほしいなって、個人的には思っています。やっぱり、何のために仕事をするか、何でこの業界にいるのかっていうのを考えながら仕事をしてほしいと思います。

—使命感というか、そこまで行くんですか？

私は今まで、30年近く看護師をやってきている中で、ある患者さんに言われたんですよ、たとえば10万なり20万なり稼ぐ、給料として貰うんだったら、そのための経費というのはすごい莫大にかかっている、って。その人は経営者だったんですけどね。その5倍働かなきゃいけないと…

—働かないと、貰えない…

貰えない。そうなんです。いま皆さんは、与えられた金額の、10万なり20万なりの仕事しかしてないっていうんですね。でも実際はもっと経費がかかっているし、それくらいの利益を貰えるんだったらその5倍、5倍はちょっとね、大変なんですけど、3倍だったらね。私それ聞いてそうなんだなって思ったんですね。だから、こんだけもらってるからこんだけの仕事じゃなくって、それ以上を常に思いながら仕事をしているつもりなんですよね。みなさんそういう働きをすれば、社会ってすごく良く…

—変わっちゃう…

皆さん本当、働いた金額の中でしか仕事をしないっていう…

—そこでお聞きしたいのですが、そうすると、与えられた額しか働かない人々に所長はどういう指導をするんですか？

常にこういう話をします。何のために仕事をしているのかとか… 日々のおしゃべりの中でもそういうこととお話するんで、実際…

—そのおしゃべりが大事。

そうです、おしゃべりです。自分の考えとかも常に発信して、別に教えるってわけじゃなくて、自分はこういう考えなんだよっていうのを周りに浸透させるみたいな。

—ことさらに言うんでなくてね、これが大事とか。

あんまり指導的にやっても…

—それは通じません。

ケアをする 相手から学ぶ

=ただ、そういう病気の人と接していると、自分との比較で、自分って何なんだろうかって考える視点を持つようになりませんか。そうでもないですか。

ないですね。私はあくまでも、自分と同じ。医療・福祉に携わる人たちの問題点の1つは、かわいそうとか、一番よくないと思うんですね。自分と同じ人間だっていうふうに思わないのが… ただ単に病気を持つだけ… 生まれて人生歩んできて、今障がいがある状態で年取っている、っていうふうに見ていると、自分と同じなんですよね。看護学生の実習も受け入れているんですけど、高齢者や障がい者を自分と違う人間と思っているんですよ。「なんで病気や障がいがあるのに、病院にいないでお家にいるの」みたいなこと言うんですよ。そこで私は、「あなたと同じ人間でしょ」と、そういうお話からするんですね。だから私はもう「今の教育って、一体なんなの？」みたいに思ってしまいますね。

—教育というより、それは人間としてどうなのかね。

=「同じだ」というふうに見たらどこかで気持ちも楽になるのでしょうか。つまり、相手を自分がなんとかしてあげなきゃいけないっていうのが看護のプレッシャーだとしたら、そこから解放されるのではないかな、と思うんだけど、どうですかね。要するに、「同じなんだから普通に、とにかく自分がやれることをしてあげればいいんだ」と。

—そうです。そうですね。

—そこまで町田さんの考えが至った、そのもとは何だったんですか？

やっぱり、看護学生のときから今にいたるまで、いろんな人と接している中で、相手を人間として尊敬するんですよ、まずね。自分より年上の方が今まで圧倒的に多かったの、人としてそれまで生きてきたっていう、相手の人生への尊敬の気持ちですよね、一番大事なのは。それは学生時代から結構ありましたので… 一番最初の、肺がんで腹水たまったおじいちゃんとの接触から、40代の子宮がんの人とか、思い起こすと、すごい学ばせてもらったなってのはあるので、最初からそういう、自分と同じ人間っていうのはあった…

—でも私に言わせるとそういう人珍しいですよ。

—そうですか？

—珍しいですよ。そういう発想する人は。いや本当に。どうですか。

= 町田さんの業界では珍しくないんですか？

—珍しくないですよ。だけど、ちょっと少数派かもしれない… だから私ができることを、今いろいろこうやってお話をさせていただいたり、講座やったり、いろんなところにアプローチしたりしているんですね。このままじゃいけないよ、と。今本当、学生も「いやあ、大丈夫なの？」っていうの結構いますし、実際働いている人も、「どうなの？」っていう人も結構いますから。

= そうすると、軸を持つということは、自分はいま何のためにここにいるのかっていうのをまず考えてみる、そのあたりから始まるのかな？っていう感じですか。

—そうですね、自分が果たす役割ということ。そうになると、いろんな勉強を… 医療、福祉、看護の世界だけじゃなくて、いろんな、哲学とか広く勉強しないと駄目ですね。—最後には、押しつけじゃなくて、本人がはっと気がつくことが大事。それじゃないと、人にそういうことできません。

= 定着しません。

—とにかく、まずは投げかける、みたいな…

—でも中で目覚めてくれる人に期待して…

—多分10人のうち1人でもいいんですよ。全員が全員同じようにはならないので、絶対に。そういう役割は私にあるかな、みたいな感じはします。50年過ぎて、人生今までは50年だったんですけど、50過ぎたので、残りはもう皆さんの役に立てるように。

= 残りはまだ半分あるじゃないですか。

—いやあ、どうですかね。

—人生100年の時代ですよ。

—どうなんですかね… でも、戦前生まれのかたはまだ元気なんですよ。

—統計的にそうなんですか？

—そうです。戦後生まれはちょっと… 血管がもろいとか、食事とかいろんな問題で…

—統計的にそうだって言われてますよね。

—そうなんです。だから、はたして長生きできるかなって思います。私たちの年代もそうなんですけど。

= 食品添加物とかの規制がまだ緩やかだったりとかね。

—何が幸いするか。

—そうなんです。

人財育成は？

—いろいろお話伺ってきましたけども、この道を選んでこられて良かったと思われているか…

はい、良かったです。

—もしも別の道を選ばれてるとしたらどういう方向に…あるいは子供のころ、どういう職業に憧れておられたんですか。

学校の先生とかですね（笑）。教えるのは割と好きですね。指導するとかね。だから看護学生が来たときも一生懸命やります。だけど今の学校の先生、大学の先生もあれなんですけど、やっぱり1人ひとりを、なかなか見られないっていう…かわいそうかなって思いますね、学生が。看護は特に。それに、壁を与えないでいるようなところがあるので、私はあえて壁を与えて、それを乗り越えてもらいたいな。そういうプレッシャーを与えると伸びるんですよ、学生って、若いと。

= 特になにか目的があってその学校に来た人は、かなりそれでいけそうな感じがしますけどね。

—目的意識を持ってね。

そうですね。

= 今、普通の大学はみんなが行くから来たとか、それは困るんですよ。なんかこちらが愚痴を言ってしまって（笑）。自分がやりたいことがわからないとかね、それが一番困りますね。

だから面白そうなことも提案するんです。どんどん、どんどん。

= じゃあ、そういう学生さんは町田さんのところに預けちゃって…

いいですよ全然。もうばしばし鍛えますから（笑）。看護学生だと、絶対、私のところへ来たら泣いちゃいますから（笑）。泣いてもすっきりして、必ずすっきりして実習を終えるみたいなの。

= やっぱりそうすると、町田さんは小さい頃からはっきりした性格のお子さんでしたか？

割とそうですね。男の子みたいな感じで。あんまりぐちぐち言わないですね。一応母親でもあるんですけど、ママ友との付き合いってのもすごい苦手でしたから。

—そう見えないけどね。初めのころ？

やっぱりママ友って世界が違うんですよ。あの人がどうか、夫がどうか、子供がどうか、すごい狭い世界の話だけなので、ちょっと合わなかったですね。一応育児サークルも参加してみたんですけども、合わない。やっぱ仕事したほうがいいみたいなの。

= やっぱり、半分か半分以上は父親的性格をお持ちなんでしょうね。

そうですね。そうなんです。

= ぜひこの先、町田さんに。

—どんと、お願いしますよ。

ばしばし！

—びしびしと。

= 教育の面で。

—教育の面で。

それでは、そろそろ残念ながらお時間のようです。本日はゲストに町田丸美さんをお招きして、大変貴重なお話を伺いました。本当にありがとうございました。

=ありがとうございました。
ありがとうございました。

▶ 学生の
感想、まとめ

今日は社会福祉法人北海長正会北広島訪問看護ステーション四恩園の所長の町田丸美さんにお話を伺いましたが、大変パワフルな町田さんのお言葉に圧倒されながら、本当に大変勉強になりました。いつ病気になってもいい、ではなくて、ますます元気になってこれからも生きていきたいという決意を改めて固めました。国の制度も一応あるようなので、高齢者も安心して老後を過ごせるようですけども、最後は結局、各自1人ひとりが自分の生活設計なり、老後の設計を作っていくということではないかという考えに至りました。今日は本当にどうもありがとうございました。

▶ 後ワク

放送大学北海道学習センターの学生たちがお送りする「地域リーダー×クロストーク」、いかがでしたでしょうか。放送大学北海道学習センターについては、「放送大学」で検索してください。電話は、札幌 011 - 736 - 6318 です。ご案内は、放送大学北海道学習センターの岡元藍子でした。「地域リーダー×クロストーク」、放送大学北海道学習センターがお送りしました。

3 解説

「クロストーク」は、ある特定の社会領域で主導的な活動を行っている人物に、同様に何らかの領域で主導的な役割を果たしている放送大学の学生がインタビューして意見交換するという内容のものである。単なる Interviewer と Interviewee という役割分担ではないという意味を込めて、番組のタイトルを「クロストーク」にした。以下では、クロストーク中のキーワード — 「生活支援」「福祉マインド」「軸」「地域包括ケア」「連携」等 — に注目しながら、それぞれの対談から読み取れる各人の営為の特徴と共通性について解説を加えてみたい。

連合町内会長の鈴木氏の対話パートナーである大友氏は、医師の道を歩み始めた時点から、個々の臓器の専門的な治療よりもむしろ 1 人の人間全体と関わる医療を志していた。ここではそれを「全人的医療」と呼ぶことにするが、「在宅医療」という氏の現在の営為はその志向に則っている。「在宅医療」の本来の目的は、医療を通じて患者の「QOL = Quality of Life (生活の質)」を創出・維持することであり、その意味での「生活支援」である。「生活の質」は「納得できる人生」と換言できるが、「生活支援」はそのような人生の実現を助力しようという取組なのである。この「生活支援」は、「クロストーク」の他の出演者も全員が語っていることが示すように、3つの対話すべてに関わるテーマでもある。

銘記したいのは、「納得できる人生」のゴールはやはり「納得できる死」であるということである。そう考えるならば、「全人的医療」が、そもそも、対象となる人間の「生と死」に医療の立場から関わるという性格をもっていることがわかる。これに関連するのが、大友氏が紹介する神津島での「魂魄」体験である。島における「死者の〈魂魄〉を引き取る話」は、「魂 (= 究極のその人自身) が帰属するのはどこ (であるべき) か」という問いを投げかけるが、この問いの底には人間の Identity (個性) の問題、すなわち「自分は誰なのか、自分は誰でありたいのか」という問題が横たわっている。それゆえにこそ、遺族は死者が帰属すべき (と彼らが信じる) 場所に魂を帰還させようとするのであろう。

ソーシャルワーカーの村山氏と訪問看護師の町田氏が実践する「生活支援」も、生活者の「生と死」に関わり、その「Identity」維持を支援する活動なのであり、この点に3つの「クロストーク」が共有しているもの — それは「地域包括ケア」へと伸びていく — を見て取ることができる。

民生児童委員の高桑氏の対話パートナーである村山氏のソーシャルワーカーという職業は、「福祉」に立脚しながら「医療・福祉・介護」の各領域ならびに行政を媒介するという職務内容をもつが、取り組むべき課題が多様であり、支援する相手との関

係性にも微妙な点があるがゆえに、職務遂行には相当な難儀さがつきまといている。このことは高桑氏との対談からも如実に感じ取られる。村山氏がソーシャルワーカーに不可欠な属性として指摘するのが「福祉マインド」、つまり「被支援者の事情を理解し助力しようという気持ち」である。もちろん、相手自身と相手の事情を理解しようという気持ちをもたねばならないのはソーシャルワーカーに限ったことではなく、医師や看護師にとっても必須のことなのだが、介護や福祉の現場で働く人間については特にそれを強調する必要がある。なぜならば、「支援者」と「被支援者」が日常的に密着していることから適切な相互関係を築くことが必ずしも容易ではなく、それゆえ両者の間にストレスが生じやすく、確固な「福祉マインド」なしにはそれを克服するのが困難だからである。こうした事情について社会的理解を深めつつ、不動の「福祉マインド」をもつワーカー（支援者）を育成することが急務であろうが、リーダーとしての村山氏もその職務遂行に腐心しているように見受けられる。

通訳ボランティア杉山氏の対話相手である訪問看護師の町田氏は、福祉活動を行う組織や活動従事者が明確な「軸＝理念」をもつことを要請する。もちろん「軸」の必要性も福祉領域に限ったことではないが、上述したようにこの領域の課題は多岐にわたるので、「軸」の意識の重要性は高いものと考えられる。「軸」をもつということは、別の言い方をすれば、「当為（～であるべき、～すべき）」感覚を身につけることであり、それに照らして「自分は何のためにここにいるのか」という自問を忘れないことである。町田氏の「自分がなすべきことを常に自覚する」という「哲学」は、職業実践の場で「要請された事項以上の（プラスアルファの）仕事をする」というマインドにも、また、訪問看護の実習生に「壁＝乗り越えるべき困難な課題」を与えるという指導の姿勢にも反映している。

また、町田氏の「障がい者を特別視しない」という態度も重要である。「障がい者」とは、いわゆる「健常者」ならば備えているであろう機能の一部に困難をきたしている人間といえるが、それを「病気」と捉えるならば通常の病人と変わりはない。「彼らは、ただ単に病気をもっているだけなのだ」という町田氏の指摘は、私たちが「障がい者」に対してもつべき視点について再考を促すものである。

3名のゲストが語る、「地域包括ケア」の重要な核をなす「生活支援」は、第一義的には病人や介護・介助を必要とする人を対象としているが、それぞれの対話の中で指摘されているように、本来、対象はその人々に留まるものではない。そもそも「包括」とは、それ以外の人々—高齢者、障がい者、子ども、生活困窮者等—をも含む概念なのである。そしてさらに重要なのは、「ケア」の与え手が突然「ケア」の受け手に

なる可能性もあるという事実の認識である。この認識から、私たちは「相互扶助」という観念をもたなければならないという要請が生まれる。「ケアの対象の広範性」と「ケアの受け手と与え手の交代可能性」の十分な理解が成立してはじめて語義通りの「地域包括ケア」が実現し、人は安心・安全な日常生活を送ることができるのである。要するに、「クロストーク」のメンバーに関連させて言うならば、ゲストの方々だけでなく、連合町内会長・民生委員・文化活動ボランティアを務めるそれぞれの学生も「地域包括ケア」の重要な担い手なのである。そして、3つの「クロストーク」の中で語られているように、その実践に際しては「連携」（大友氏）、「チームアプローチ」（村山氏、町田氏）が欠かせないものとなる。

「クロストーク」を通じて、大友氏、村山氏、町田氏が「チームとしての実践」を任務遂行のための不可欠な前提と見なしていることが明らかになった。一方、学生の鈴木氏、高桑氏、杉山氏が自分たちの活動のキーワードとして指摘するのは「合意形成」「意思疎通」「異文化交流」であるが、ここに興味深い「一致」が成立する。それは、学生が提示する3点がそっくりそのままゲストの問題関心に連結しているということである。つまり、これら3点は要するに「コミュニケーション」の問題なのだが、ゲストが語る「チームとしての実践」の成否の鍵を握る概念こそが、ほかならぬ「コミュニケーション」なのである。

このように私たちは1つの発見に至ったが、実は、それは同時に1つの問題に直面したことをも意味する。というのも、本プロジェクトの構想では「〈統率力〉〈コミュニケーション能力〉等の従来より指摘されてきた〈リーダーの資質〉から一歩進んだ〈地域リーダーが備えるべきもの〉の発見」（【資料】参照）が謳われているにもかかわらず、たどり着いたのが本来は超えるべきはずの「コミュニケーション」概念であったからである。本プロジェクトは、少なくともリーダー像に関しては従来定説を補強するに留まっているのだろうか。

いや、必ずしもそうではない。本プロジェクトが「地域リーダー」像の考察を目指していることを想起しよう。「クロストーク」が伝えるのは、地域社会の課題対応に適した集団形成のあり方であり、この「集団」は、企業等の組織のように「縦型の指揮系統をもつ」ものというよりは、むしろ「ネットワーク」と呼ぶべき「横型のフラットな連携」によって形成されるものである。（しばしば「集団」と「ネットワーク」は区別して考察されるが、ここでは区別しない。また、村山氏も「横のつながり」の重要性を指摘している。）「ネットワーク」型の集団においては、当然それにふさわしい「コミュニケーション」の形が必要になるだろう。縦型集団の「リーダー」が何ら

かのカリスマ性を備え、自己の意図の集団への徹底・浸透を旨とする「コミュニケーション」を志向すると仮定するならば、「クロストーク」に登場するリーダーは「対話」志向であり、成員に「自律的思考」を求める存在であり、知的でインタラクティブな（＝双方向性が強い）「コミュニケーション」を主導する人物ということになる。

地域社会が抱える問題は、基本的に、複雑で多岐にわたり、多種多様な見解が錯綜するという性格をもっており、その状況にあって、明瞭で一義的な解答を獲得するのは極めて困難である。「正解はない！」と考えざるを得ないケースすらあるだろう。「正解」を見出すことが困難な場合、私たちができるのは、文字通りの双方向性をもつ「コミュニケーション」を繰り返し、それを通して「相互了解」への到達を目指すことである。「地域リーダー」は、この事情を理解して難儀な「コミュニケーション」を引き受ける人物なのである。

地域リーダーの「クロストーク」から、私たちは今の時代と地域社会が要請するリーダーの像を読み取ることができた。それは「軸」をもちつつもその検証を怠らず、「絶対」が定かでない社会の中で個別事項についての「合意形成」を積み重ねて、進むべき方向を見定める能力をもつ21世紀型のリーダー像である。

謝 辞

プロジェクトの遂行ならびに報告書の刊行にあたっては、各方面の方々のお力添えをいただきました。医療法人財団老蘇会静明館診療所医師の大友宣先生、北海道介護支援専門員協会の村山文彦会長、北広島訪問看護ステーション四恩園の町田丸美所長、株式会社らむれす（FM 三角山放送局）の杉澤洋輝代表取締役社長、そして放送大学学生の鈴木誠連合町内会会長、同じく高桑昌子民生児童委員、また通訳ボランティアガイドの杉山東樹氏に、心より感謝申し上げます。さらに放送大学北海道学習センターの伊藤美香事務長と広報担当職員の岡元藍子さんは、いわば「縁の下の力持ち」としてプロジェクトの遂行を支援してくださいました。厚くお礼を申し上げます。

放送大学北海道学習センター 所長
筑和 正格

「2016年度学長裁量経費」によるプロジェクト

リーダーたちと共に 「地域社会活性化」について考える 実施報告書

編集 「2016年度学長裁量経費」プロジェクトチーム
発行者 放送大学北海道学習センター
連絡先 〒060-0817 札幌市北区北17条西8丁目
(北海道大学構内)
TEL: 011-736-6318
発行日 2017年3月10日
造本・印刷 有限会社 HORIZON

 **放送大学 北海道学習センター**

〒060-0817 札幌市北区北17条西8丁目(北海道大学構内) TEL: 011-736-6318 FAX: 011-736-6319
<http://www.sc.ouj.ac.jp/center/hokkaido/>

