



## 第十九回 支部総会



第十九回総会を6月14日(金)午後6時～8時20分、薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで行いました。会員162名中(出席会員98名、委任状36名で合計134名)出席率83%で会員総数の過半数以上が出席しており規約第16条3項の規程に基づき本総会は有効に成立する事を田代隆一氏が説明しました。山本副支部長が銚之原支部長の挨拶を代読し、議案1号「30年度事業報告」は山本理事が、議案2号「30年度収支決算」は枇杷理事が内容を説明をし宇都監事が会計監査報告を行いました。1号議案と2号議案は挙手満場一致で承認されました。その後、議案3号「令和元年事業計画(案)」は山本理事が説明し、議案4号「令和元年川薩支部収支予算(案)」は枇杷理事が具体的内容の説明を行いました。議長が採決をもとめ大多数の挙手で承認されました。

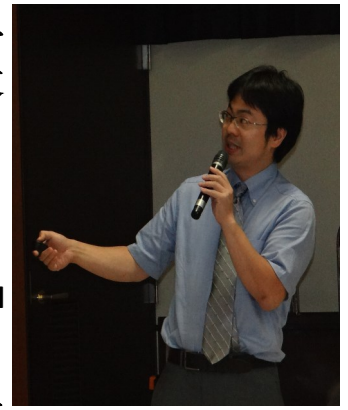
以下の文は銚之原支部長の挨拶状の代読内容です。



みなさん、本日はお忙しいところ御出席くださりまして誠にありがとうございます。さて、全国の介護支援専門員の有資格者は約70万人います。平成30年度の日本協会、会員数は 29,984人、(昨年比 +1,319人増) 鹿児島県の会員数は 1,980人(昨年比-43人減) 川薩支部の会員数は162人(昨年比+2人増) ですが、現役世代人口の急減など人口減少が進み介護支援専門員も現役世代の担い手が急減すると危惧しております。さて、新しい元号「令和」がはじまり、新しい時代がスタートされました。私ども介護支援専門員においては、今後の社会保障制度の動向や働き方改革を踏まえた2040年へ向けた政策が動き出しました。雇用と年金の問題、健康寿命の延伸の問題、医療・福祉サービス改革と銘打ち、様々な物や事が変化していく、パラダイムシフトが起ころうとしています。もっと具体的に上げるならば、ケアプランのAI化やICTを活用した他職種連携など、皆さんが一度は耳にしたことがあるワードがいよいよ私たちの技術と融合する時代の幕開けとも言えるでしょう。70歳まで働く人生100年時代において、専門職種である私たち介護支援専門員の真価も問われていくと思います。 本日の基調講演は福岡歯科の福岡 宏士 先生をお迎えしております。多職種連携において口腔部門の主翼を担う、歯科医であられる福岡先生にこれまでより更に深化した内容のご講演をお願いしております。ケアマネジメントにおける口腔領域におけるアセスメントはご本人の自立した生活へどの様に繋がるかのヒントが頂けると思いますのでご清聴の程よろしく申し上げます。簡単ではございますが、あいさつとさせていただきます。

第二部（18時40分から19時50分）は講師の福岡宏士先生（薩摩郡歯科医師会広報・在宅口腔ケア担当理事）に『口腔管理による介護支援』～介護支援専門員と歯科との連携の重要性～について講演していただきました。福岡宏士先生の略歴は以下の通りです。

（略歴） 歯学博士、日本老年歯科医学会 Academy of Laser Dentistry スタディグループ；JIAJO会員 著書；臨床解剖学に基づいたComprehensive Dental Surgery (共著)



地域に根差した医療を提供できるように日夜努力しております。益々、高齢化が進んでいる中で医療のあり方もそれに伴って変化しつつあります。在宅で寝たきりの患者さんも増え、訪問歯科診療の需要の増加していることや、患者様も口腔機能の維持だけでなく審美的な治療を求めていることが挙げられます。

診療内容 一般歯科・小児歯科・歯科口腔外科・訪問歯科診療

福岡歯科医院〒895-1811 鹿児島県薩摩郡さつま町虎居704-4 TEL.0996-53-3300



高齢者に多い口腔内の感染症は口腔カンジダ症（真菌の繁殖）と帯状疱疹（水痘・帯状疱疹ウイルス）があります。

突然の寝痛の原因になりやすい。「入れ歯があわなくなった」「食べなくなった」「熱いものがしみる」などの症状があるときは、歯科の早期受診が必要です。

抜歯ごの術後管理も大変です。早期に相談しましょう。

根元からの虫歯も増加します。歯と歯茎の境目のケアが重要です。

誤嚥には、顕性誤嚥（いわゆるムセで誤嚥性肺炎を引き起こす事はまれ）と不顕性誤嚥（睡眠時などに発症し誤嚥性肺炎を発症する事が多い）があります。就寝前の口腔ケアが重要です。

誤嚥性肺炎予防は、口腔ケア、口腔周囲筋の筋力・機能向上などオーラルフレイル対策が重要です。日本老年医学会はフレイルとは虚弱の事を「フレイル」 frailtyと呼ぶことを提唱しています。

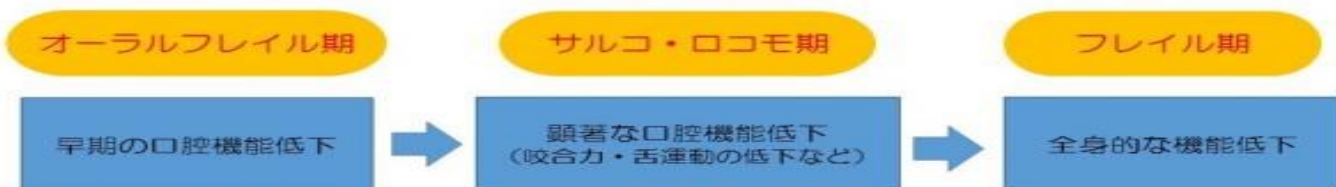
口腔ケアとインフルエンザ：口腔内環境の安定は口腔内常在菌の増殖を助けます。産生するノイラミニダーゼ・プロテアーゼは口腔咽頭部でのウイルスの感染・増殖阻害します。口腔ケアはインフルエンザの予防に有効です。

要介護高齢者で急増中なのが、インプラント埋入者の疾患です。清掃不良で発症するインプラント周囲炎などがあります。除去するには、インプラントの種類別に特殊な器具が必要で、インプラントをセットした歯科医院に行く必要があります。高齢になり地元に戻られた方が、治療のため以前住まれていた都会に出かけられる事は、ご家族の理解不足や経済的変化のため困難です。高齢者のインプラント装着者に口腔ケア難民が増えています。



歯科医師の立場からカルテには訪問診療が必要な経緯、依頼者、全身疾患と患者の状態などを明記する必要があります。連携システムの書式があると助かります。歯科は健康寿命を延ばすための予防医学です。治す医療 (cure)から支える医療 (care)へ

高齢になって口腔の筋肉や活力が衰え、歯・口の様々な機能が虚弱になることを、『オーラル [oral] (口腔の) フレイル [frail] (虚弱)』といいます。オーラルフレイルの始まりは、ほんの些細な症状であり、見逃しやすく、気がつきにくいいため注意が必要です。オーラルフレイルの予防が『健康寿命の延伸』にもつながります。最近こんなことはありませんか？  よく食べこぼすようになった  かめない食品が増えた  物がうまく呑みこめず、むせが増える  滑舌(かつぜつ)が悪くなった  口の中が乾く ※ このような状態が続くようなら、『オーラルフレイル』の可能性あります。



『オーラルフレイル』へのより早期からの対策が、漸進的なフレイルの予防につながります。

- 『オーラルフレイル』への対応・ 歯周病やむし歯などで歯を失った際には適切な処置を受ける・ 定期的に歯や口の健康状態をかかりつけの歯科医師に診てもらおう・ 地域で開催される口腔機能向上のための介護予防事業やセミナーなどを利用する



伝達研修会～法定研修に係る現況についての研修会を11月8日(金)午後6時30分～8時10分、さつま町 宮之城ひまわり館で行いました。

研修会終了後に事務局及び講師で、本日の研修の振り返りを行いました。

- ①フィッシュボーンダイアグラムの理解は研修時間内に習得することは難しい。→指導者研修会でも1日と半日かけて講習を行うので、要点整理をするにもOJT方式の実施(個人ワーク)まで参加者が追い付けるか。
- ②研修自体が90分と限られているため、3人での時間配分を再検討すべき。

フィッシュボーンダイアグラムの具体的な説明の箇所になり参加者が手法を理解して自身のケースに繋げるために理解はするが、はじめて見る ツールであるため、受容部分からの時間はかかる。

③各講師作成の研修資料は、次回川内地区開催時までに加除修正を行う。→ケアプランにおける「(生活)課題」と今回の研修での「中心的な課題」の違いがわかりにくい。→専門用語(ソーシャルワーク関連)の使用頻度が多いとさらに混乱を招くのでは。→研修会の落としどころとして「何を」学ぶことになるのかが不明瞭。





成年後見人制度について（後見人の立場から事例を基にCMとの連携を考える）の研修会を12月4日（金）午後6時～8時20分、薩摩川内市総合福祉会館1階小ホールで行いました。

「今回の研修会の講師として、枕崎市にある福祉相談センターかけはしの前山聡宏先生にお願いをしました。

前山先生は居宅介護支援事業所でケアマネージャーをされる傍らで、社会福祉士として成年後見人としての業務も行われており、ケアマネージャーとしての視点や事例を交えながら講演をしていただきました。」

- ・成年後見制度とは・・・判断能力が不十分な方への補助的な支援を行い、損害を受けずに、権利を守る事を目的とした制度である。
- ・家族や親戚関係が希薄になっていく中で今後は支援を必要とする人たちが増加していく事が見込まれるため、この制度の役割が増大していくことが予測される。制度の利用者自身が判断能力が低下していることや親族からの申し出も少ない事から、関係機関からの相談を受け、現在では市長申立ての利用に繋がるケースも少なくない。

（実際に利用に至るケースとしては次のような場合がある）

- ・認知症のため、悪質な訪問販売の被害に合いやすい
- ・判断能力が低下し、子などの家族が財産の使い込みなどがあり、生活が困難になっている。
- ・一人暮らしが困難になり、身寄りもなく施設に入りたいが、本人に契約能力がなく入所する事や契約ができない。
- ・家族から虐待等を受けており、施設への入所を検討するが、他の親族からの支援がない

（参加者からの意見）

成年後見制度という言葉はよく耳にするようになってきているが、実際の内容などについては周知がされていない。自分とは無縁と思っている部分も多く、これまで理解を深める機会はなかったが、事例を聞き、自分の周りにも制度を利用した方がいいのではないかと思われるケースも多いように感じた。



「社会に何かを残して世を去った人に、私達は様々な感慨を抱く。悲しみや無念だけでなく、感謝やねぎらいの気持ちもある。どの人生も唯一無二のものであり、生きている人の記憶に刻まれている限り、その人生が消えることはない。」

令和2年1月24日に鹿児島県介護支援専門員協議会川薩支部の銚之原大助支部長が逝去されました。ここに謹んで哀悼の意を表します。

私事となりますが、薩摩川内市の介護保険関連の会議でいつも支部長とは隣席でした。支部長が行政や執行機関に対して、資料や参加者の意見を正確に分析して、鋭くかつ肝要に質問される姿に「凄い方だな。」と思っていました。さらに川薩支部の支部長を引き受けて貰えると聞いて、川薩支部もこれで安泰だと喜んだことを昨日のように覚えています。

認知症関連の研修会では、仕事後に参加されている会員の労をねぎらい、豪華な食事付きの研修会を何回も開催してくださいました。他の支部ではなかなかできない事だと思いました。

1年前の支部理事会で「来年もまた（支部長として）よろしく願います。」と支部長にお声かけしたところ「いつまでお世話できるかな…」とのお返事をいただき不安が頭をよぎりましたが、引き続き支部長として続投いただけることとなり、安心していました。今思えば、銚之原支部長は、後のことまでを考えていてくださっていたのだと思います。

今ここに「ケアマネージャーを支える」心構えの薫陶を銚之原支部長から受けた一人として、支部長への感謝と哀悼の意を込めて追悼文を捧げます。

なお次頁以降に、銚之原支部長を偲び、他の団体・雑誌に寄稿された原稿を掲載したいと思います。

会員の皆様の今後のご活躍を祈念し、様々な場面でお役立ていただければと考えております。

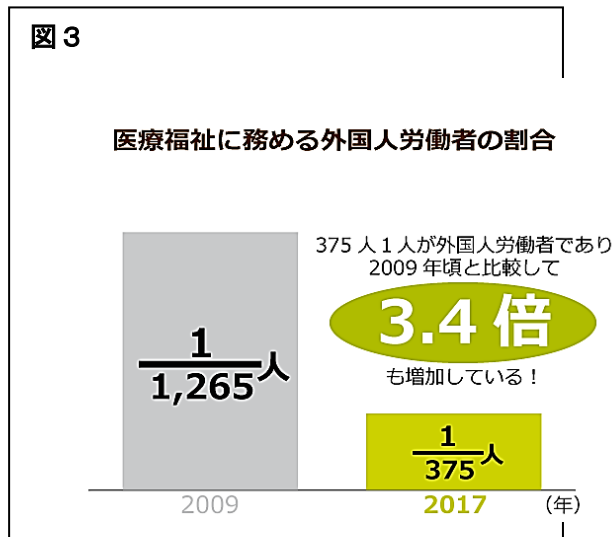
(副支部長：山本 敏夫)

### 【3. 外国人労働者の受け入れ拡大】

国家資格である介護福祉士の受験者数は、2015年度に約15万人、2017年度には9万人と直近の2年間だけでも約6割減少しています。他の業種に比べ離職率が高いことも相まって現場からは「社会的に必要とされる仕事であるにもかかわらず評価が適切でない」との声もあり、キャリアアップ研修制度の導入や昨年の報酬改定6年ぶりのプラス改定（全事業平均0.54%）にするなど、政府としても取り組みを行ってきましたが、人材不足に対して国内だけでの抑制・改善策として大きな期待は見込めない状況にあります。

そこで政府は、このような担い手不足の問題に対して、新たな外国人労働者の受け入れを、「農業」「介護」「建設」「宿泊」「造船」の5分野を基軸に、2025年までに50万人超の受け入れを見込む、「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太政策）を決定しました。

2017年現在で、我が国における外国人労働者は約128万人おり、確かに2009年と2017年を対比しても医療福祉に務める外国人労働者数は3.4倍と増加傾向にあり、外国人労働者の受け入れは概ね順調であるという判断もできるでしょう。（図3）



現在介護の現場において、海外からの労働者を受け入れる方法は、経済連携協定（EPA）と技能実習制度（最長5年）、介護福祉士の養成校への留学などがあります。これらの制度を見直し、課題としていた日本語要件（1年目でN3以上）の審査要件の緩和や在留期間の更なる延長などを検討し、併せて労働環境の是正（賃金未払いや最低賃金水準問題の改善。

海外からも批判された経緯）により、技能実習生の失踪を未然に防ぎ、流入も拡大できる可能性は大いにあります。介護業界にとどまる話ではありませんが、国際社会と同様に「ダイバーシティインクルージョン（多様性と包摂）」が求められているものだと私は考えます。

### 【4. AIをはじめとする情報技術の革新】

情報通信分野における技術的革新も目を見張るものがあります。ITからICTへ、インターネットの普及とAIの進化による技術革新。さらには、それらを組み合わせたIoT（Internet of Things）により、科学的かつ効果的な介護への取り組みが始まりました。

一例ですが、今回の介護報酬改定において、訪問リハビリ・通所リハビリ事業所（リハビリマネジメント加算IV算定の事業所のみ）を対象に、事業所が提供したリハビリテーションの質の評価データを厚労省の「VISIT」へ集積することが始まりました。

その他の事業所における介護保険サービス全般に係る効果は「CHASE」（現在厚労省にて実用段階に向けて調整中で2020年から実用化開始予定）というデータベースで補完し、この2つに加え、要支援・要介護の認定情報とレセプトデータを統合した「介護保険総合データベース」と連結させることで、ビッグデータとして厚労省がデータベース化する予定です。（図4）

図 4

介護領域のデータベースの内容等について				
	対象者	内容		
		状態	介入	イベント
介護保険総合データベース	要支援・要介護認定を受けた全ての者	要介護認定調査の結果、要介護度の情報あり ○	介護保険しせつの内容にとどまる。サービス種別等は分かるが、具体的なケア等の内容は分からない。 △	施設入所・退所、一部死亡等は検知可能 △
VISIT	通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの申請者	要介護度及び要介護認定調査の結果は通常3～24ヶ月で更新。 ○	実施しているリハビリテーションの目標、具体的な支援内容等について情報あり ○	しせつ情報は月単位で更新。 △
CHASE (予定)		要検討		

将来的にはこれらのデータベースにおける効果をAIに学習させ、科学的根拠に基づくサービスへの分析を行います。

そして科学的に立証された効果的なサービス提供が行える事業所にはインセンティブ付与を行い、現在よりもより高度な「重度化防止」や「自立支援」に繋げていくこととなります。

AIの活用はデータ蓄積とSPDCA (Survey, Plan, Do, Check, Action)

サイクルの確立が一つの目標ではあります。

しかし最近ではこれらの技術が応用され、在宅・施設介護を問わず、実装される可能性が高くなってきました。

「独居高齢者への見守り」を例にすると、現在でもインターネット環境があれば、WEBカメラで家族が自分のスマートフォンやタブレット等から離れていても、安否を確認することはできます。

今後はカメラ（顔認証）やセンサー（人感・湿度・室温）に加えて、それらをデータ化することで毎日の動きを学習し、その情報を蓄積し（データ：AI）、いつもと違う動きや体調不良時などに、家族や医師、介護スタッフなどへ自動的に伝える（通知）といったシステムも試作段階から実用段階へとなりつつあります。

今後は、介護・医療の専門職によるチームだけでなく、徘徊や高齢者による自動車運転事故を未然に防ぐことも含めて、地域全体をこのようなシステムで見守っていく構想もあるようです。

## 【鹿児島県医師会 会報2019より抜粋】

### 「ACP（アドバンスケアプランニング）の理解と協働」

平成30年4月の診療報酬・介護報酬改定から1年が経過し、新元号も決まり、次は10月以降の消費税増税後の対応と休む間もなく常に我々を取り巻く環境は変化を続けている。

今回は、県医師会の介護保険担当理事として、表題のとおりACP（アドバンスケアプランニング）について、私見ではあるが考察してみたいと思う。

まずACPについて論じる前に、リビングウィルとの違いについて述べてみる。

### 【リビングウィル】

日本では神話の時代から「死」というものに対しては、忌むべきものというイメージが古来から語り継がれてきた。

（ここでは決して宗教的な死生観に対しての是非を論ずるものではないことを承知していただきたい）一般住民が日常生活を送るうえで「死」をイメージすることは容易ではないのは、先述した風土的な問題もあるのではなかろうか。

しかし、昨今「終活」や「エンディングノート（マイライフノート）」など、メディアによる報道や、それに関する書籍なども出版され、関係団体の普及・啓発活動により、国民にも徐々に周知されてきていることは既知のことであろう。

総じてリビングウィルとは病気の有無に関わらず、自らの判断ができない状況を想定した上で、自らの人生の終末期に関して意思を表示するものであるといえるだろう。

### 【ACP（Advance care planning）】

一方でACPはどうだろうか。

本年1月に全日病からも「ACP及び緊急時の事前指示書」が作成され、ACPの手引きやチェックシート、マニュアルやガイドラインも作成された。

リビングウィルの似て異なるのがまず「専門職との協働作成」であろう。次に医療従事者や介護サービス事業者と協働でとなれば、何らかの疾患や障害を持ち得る状況、さらには意思表示が困難な状況なども想定される。

故に根本的な理念は類似していても、作成する時期・場面・他者（この場合は専門職）の介入の点で違うことがわかる。

医療や介護の現場において、入退院支援の時や施設入所の際に終末期に向けた本人や家族の意思表示を確認し、DNAR（Do not attempt resuscitation）指示や看取りに関するケアの方針に位置づけることが普及している。

### 【ACPの役割と今後の展開について】

DNAR指示については、治療に対する最終的な判断を行う医師が指示するため、医師と患者またはその家族間での方針決定となる。先述したリビングウィルで作成した「自分らしい最期」を自己選択していても、例えば意思表示ができない症状や、末期の悪性腫瘍で家族から本人へ未告知でいて欲しい場合など、望む最期とは別の形となることがあり得る。

在宅介護においても、ケアマネージャーが「その人らしい生活の実現」への支援を行うために、生活歴や現在の課題を明確にして多職種と連携しながら解決していくことで望む生活に近付ける支援を行っている。しかしその人らしい生活の実現へのコーディネートを行っていく中でも、DNARの意思表示等「もしもの時」「望む最期（場所や方法）」などを事前に聞き取り、意思表示を書面等とする支援は難しい現状がある。

リビングウィルの課題として、自身の望む最期はあるが、自分以外（家族・専門職）に伝わらず実現できない可能性がある。



ACPの理念や根本的な考え方は、自己決定や自己選択の支援であり、医療・介護の現場でも共通の最重要事項である。

ではそのようなACPを具体的にどのように取り扱っていけばよいのか。

まずもって私達が理解せねばならないのはACPとはツールや手法であるとともに、医療・介護の垣根を越えた、言うなればバトンであり架け橋であると私は考える。詰まるところこれからの医療と介護の連携強化・そして連動のための共通の理念とならなければならない。

なぜ、ACPがそのような役目を担っていくのか。

現在進行形で地域包括システムの構築や在宅医療の推進が進む中、医療と介護の「連携」の強化は重点課題であり、課題解決のために新しく「鍵」となる可能性があるからである。

入院を例にとると、ケアマネージャーから医療機関への情報提供が行われているが、どのような「情報」が活用されているだろうか。

緊急連絡先や既往やADL等の情報だけに留まり、入退院支援の中で、本人の意向や望む生活が入院治療計画書や看護計画書、リハビリ計画書等にどれだけ反映されているだろうか。

もちろん否定的な意見だけではなく、連携そのものは5年前に比べても強化されてきていることは事実である。

ここで私が述べたいのは、連携強化のもう一つの課題は「機能分化による情報の連動」が確立されていないということである。

ここでいう機能分化とは、CureとCareの分化ではなく、生活を支える視点（本人の意向や意思）について情報共有が活用されずに埋もれてしまうということである。

厚労省から2018年に4度目の改訂となる「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」にACPの考え方及び概念が記載されている。

ガイドラインの内容については割愛させていただくが、心身状態が変わることで意思や意向が変化することや、意思決定を支援することの重要性が書かれている。

フローチャートは入院を想定したものであるが、もしこのACPとリビングウィルが連動し、意思決定が可能な状態から本人の基本情報として連携されるべき情報としてのシステム構築がされたらどうだろうか。

浅慮かもしれないが、入院時だけではなく、かかりつけの定期受診時に、相談援助を行う専門職が携わる時に簡易的なアンケート（またはチェックリスト）方式にすることで、自身の最期を決定できる支援への糸口になるのではないだろうか。

## 【結語】

リビングウィルやACPの理念をまずは関係機関が共有することが必須であることは疑う余地はない。

ACPを実施するだけに留まらず、情報のカテゴリの再編（過去、現在、未来、終末）とその情報にある本人の意思の尊重。

多職種間による「連携」が情報のみで形骸化せず「連動」できるシステム構築。

これらが進むことは即ち、在宅医療や終末期医療、看取り介護なども推進され、これから迎える多死社会に対応できる、

地域包括ケアシステム深化の一条の光となると 私は考える。

## 【鹿児島県医師会会報 より抜粋】

はじめに、『2025年問題』が一昨年度の流行語大賞にノミネートされた事は記憶に新しい。メディアは「医療の破綻」「介護クライシス」「プアジャパニーズ急増」「認知症患者の急増」など東京オリンピック開催後の我が国において、これから起こり得る問題を取り上げているが、どのくらいの国民そして我々医療従事者が危機感を抱いているだろうか。

医療・介護の分野で共通の話題としては、診療報酬と介護報酬の同時改定を2018年、次回が2024年と続き、基準改定型から政策誘導型の変革を国は目指している。

また、在宅医療体制整備については、地域包括ケアシステムと連動した整備促進と目標量も設定されている。

では2025年問題に対応すべく、構築を急いでいる地域包括ケアシステムとは一体どのようなものか。

今年度より介護支援専門員のカリキュラムが改定となり、実務研修の段階から疾患別の事例を取り扱う事となった（脳血管疾患、認知症、筋骨格系疾患と廃用症候群、内臓の機能不全、看取り）。先日1月16日（月）に開催された前期講習に医療側の講師として参加した経験を踏まえ、今回は介護支援専門員の視点で改めて考察してみる。

介護保険が施行された2000年4月から介護と医療、そして地域、行政との連携は最重要課題であった。当時は「小地域ネットワーク」と銘打ち試行錯誤を繰り返しながら常に「連携」を構築しようとしていた。

しかしネットワーク構築と同時に、国は各専門分野に「質」を強く求めるあまり、ネットワーク構築は青写真のままとなる。その後も「連携」に対しての施策を打ち出すが形を成さず、現在の地域包括ケアシステムへ移行し、今後の構築を期待される形となる。

一方で厚労省は、保健医療の分野ですでに約20年後を見据えた「保健医療2035」を提言しているが、果たして団塊の世代が75歳以上を迎えるまでに「地域包括ケア体制の樹立」は構築されているのであろうか。

現在の課題として、地域包括ケア体制には「自助」「互助」「共助」「公助」とあり、地域全体で医療や介護・行政との垣根をなくしていくことが求められている。現在の課題として①「自助」と「互助」を地域ごとに任せるため地域格差が生じている。（住民の主体性に格差がある）②要介護・要支援認定を受けた高齢者に対するサービス提供の在り方にばらつきが出てきている。

本県の高齢者単身世帯数は全国トップであり、高齢者夫婦世帯は全国3位である。高齢化は首都圏に比べ10年先行しているといえる。つまり先述した「2025年問題」が他のどの県より目前にあり、先駆的に取り組まざるを得ない状況下にある。

解決策のひとつとして、国が地域力を期待する中、地域の特性を理解する為には「地域性」に着目し、かつそこに住まう「個人」への支援が原点であると考えます。

この考え方は社会学に通ずるところがあり、新カリキュラムへと変更になった今年度の介護支援専門員実務研修等でも採用されている。

①長年の実務による思考バイアス（固定観念）からの脱却

②顕在的問題だけでなく潜在的課題への視点（課題の構造化）

③能動的に人と地域を理解するための環境（人的環境・物的環境）との相互作用を理解する。

④生活の質（QOL）、自己実現（ウェルビーイング）を支援し、在宅医療を推進して行く中での在宅の看取りに必要な「QOD（Quality of death）」への支援

⑤地域の課題、社会、国で何をなすべきか（集団的責任）が見えてくる。（地域ケア会議の活用）

上記①～⑤は介護支援専門員のみが担うものではなく「多角的な視点」による考え方を医療・福祉の支援チームが持つ事で、個人（患者であり利用者であり住民である）の望む暮らしをひとつずつ実現できるものと私は考える。特に医療面におけるリーダーとしての医師の役割は大きい。

「個人が生きてきた「地域」でどのようにして生活を続けていくか。」

この一点の課題については職種や専門分野は違えど、同じ方向を向き支援が展開できる。

顔が見える関係性と目標と解決策の共有を多職種にて協働する事を「連携」と呼ぶのではなかろうか。

結びにあたり、1940年ごろに「隣組」が組織され、以後「向こう三軒お隣さん」のような地域力があり、高度成長期の昭和からバブル崩壊の平成へ変わり、核家族化や地域における近所（人）との繋がりも希薄となった。

しかし、今取り組むべきは、過去における成功例を省みるのではなく、現在を正しく認識し、ここから先を見据えることが我々医療従事者、介護専門職が為すべき事であり、為すべき「時」であると感じる。

介護保険担当理事として、今後も行く末を見届けていきたい。

## 【編集後記】

この会報も発行20号となりました。昨今はSNS（InstagramやTwitter、Facebookなど）やYou tubeなどの動画配信により、素早い情報の提供と共有が可能な社会となりました。1年遅れとなる会報の在り方も考える時期が来たのではと考えております。

今後は、紙面としての会報は総会資料の一部へ併合し、会員への情報提供はSNS等を活用していければと役員・事務局で取り組んでまいりますので、会員の皆様からの以前と変わらぬご協力をいただければ幸いです。