

ひとりひとりのしあわせと、
生きる喜びを、いのちの輝きを
ささえたい。

きらめき

VOL. 81

令和5年度 大牟田市介護支援専門員連絡協議会 議案書説明会が開催されました。

大牟田市介護支援専門員連絡協議会「定期総会」は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、今年も中止となり、書面審議を行う事になりました。そのため、5月2日に議案書説明会が開催されました。

議案は以下の通りです。

議案第1号「令和4年度事業実績報告」

議案第2号「令和4年度決算報告及び基金運用状況報告ならびに監査報告」

議案第3号「令和5年度事業計画(案)」

議案第4号「令和5年度予算(案)」

議案第5号「役員改選について(案)」

議案第2号について、松枝監事と浅沼監事より「適切に処理されている」と報告がありました。

議案第5号について、林会長の辞任の申し出に伴う欠員の役員募集を行ったところ、福岡県済生会老人保健施設大牟田ライフケア院の井形さんより立候補がありました。役員改選の事務局案として、会長に事務局長の橋口さん、事務局長に井形さんが示されました。

議案書説明会の最後に、当協議会の会長としてご尽力いただきました林会長より挨拶がありました。「本会が目指すところは、私たち対人援助専門職が利用者によりそう伴走者でありつづけるよう成熟を目指して取り組み、そしてケアマネ連協が会員のよりどころであり続けることだと思います。新体制のもと、当協議会がますます発展することを願います」。林会長の思いを、会員全員でつないでいきたいと思えます。林会長、お疲れ様でした。

さて、書面審議の回答書提出を5月15日に締め切り、現在の会員数257(個人会員218名、事業所会員39事業所)に対し、会員の皆様の提出が156件となり、書面審議提出の合計が過半数を超えましたので、令和5年度書面審議が成立しました。

書面審議の結果は、議案第1号～議案第4号は「承認する」が156名、議案第5号は「承認する」が151名、「無回答」が5名となりました。この結果、令和5年度の議案は全て承認されました。ご協力いただきました会員の皆様ありがとうございました。



当日、司会を担当された
千北さんと中村さん

新会長挨拶



橋口会長

このたび、林洋一郎前会長の後を引継ぎ会長の役割を務めることになりました橋口哲也と申します。前期までは事務局長を務めさせていただいておりました。思い返せば、安藤相談役から当協議会10周年記念事業の寸劇出演依頼（おねえ役）の（恐怖の）お電話から活動が始まり、はや12年が経過しました。まだまだ未熟であることは自分自身が一番認識しておりますが、精一杯務めてまいりますので、どうぞよろしくお願い致します。

さて、私たち対人援助専門職は、利用者のしあわせの実現に寄り添うパートナーとして様々な壁にぶつかり利用者とともに悩むことが多い職種かと思えます。そんな悩めるときにこそ、当協議会の仲間の存在はありがたい、心強いものです。皆様と一緒に会員のよりどころとなる存在の会を追い求めていきたいと思えます。

また、当協議会の強みは、事業所が違っててもベテランの諸先輩が中堅から若手の方たちを支え、育ててくれることに惜しみなく力を発揮し、お互いに対人援助専門職の高みを目指されていることです。会員の皆様それぞれがお互いを刺激し合うことで、対人援助専門職として熟成を目指していきましょう。

引き続き、会員の皆様、大牟田市関係課の皆様の皆様のお力添えをどうぞよろしくお願い致します。

新事務局長挨拶



井形事務局長

皆様、こんにちは。今年度より、事務局長をさせていただくこととなりました福岡県済生会老人保健施設大牟田ライフケア院の井形と申します。

これまで事務局で多数の事業に取り組んでまいりました。この経験は、普段のケアマネジメント業務では得られないもので大変勉強になっております。また介護支援専門員同士の繋がりは、より多くの刺激や学びを得るきっかけとなっております。またここ数年間はコロナ禍によるリモートなどのIT技術が急速に加速し業務の効率化が進んだ半面、コミュニケーションの難しさを感じることも多かったと感じています。そうした中、今年度は新型コロナウイルス感染症が5類に分類され、事業運営の形も少しずつ変わりつつあります。今後は、事業所及び各団体などの周辺の状況を確認しつつ、会員の皆様に継続した取組や新しい企画を事務局のメンバーと協議しながらより良いものを提供していきたいと思えます。まだまだ力不足ではありますが、これまでの経験を活かしつつケアマネ連協を頑張っって盛り上げていきます。今後ともよろしくお願い致します。

令和5年度 第1回 基礎研修 研修報告

さる6月19日に令和5年度第1回基礎研修、「やっば楽しい！ケアマネジャーのこれから～災害支援・仕事と介護の両立支援の視点から～」が開催されました。

「株式会社ケアレジエ」代表取締役であり、札幌市北区の居宅支援事業所「ケアプランセンター幸寿」で主任介護支援専門員をされている高松 誠先生を講師としてお迎えし、【災害支援】、【仕事と介護の両立支援】について学ぶことができました。

【災害支援】では、介護施設や事業所における業務継続計画(BCP)について、その役割や義務化されている内容、作成における考え方等をととても分かりやすく教えて頂きました。令和6年度からの義務化までに、どのようなことに気を付けて作成していけばいいのかといったことや、BCPの研修や訓練について、また策定後にどのように運用していけばいいのかを学ぶことができました。そして、BCPの作成を通して自分の所属している施設や事業所への理解を深めることに繋がり、また同法人内にある事業所間の連携も強化できることがわかりました。

また災害時の事例として、実際に起きた災害発生時の状況とその地域の事業所の対応についての紹介もあり、自分が働いている施設に置き換えながら具体的なイメージで考えることができました。特に災害時用のグループLINEを作っておくということについては、情報共有の手段としてとても有効だと思いました。そして、私たちの地域では平成28年の寒波や熊本地震、令和2年7月豪雨と大きな災害を経験しており、その時にできたこと、できなかったことを振り返りながら、地域と事業所の特性に合ったBCPを作成しなければならないと感じました。

【仕事と介護の両立支援】では、「介護休暇の役割」と「ワークサポートケアマネジャー(WSC)」についての説明がありました。ワークサポートケアマネジャーの誕生の背景、主な役割、介護支援専門員との違い、WSCの養成研修や更新制度、また実際の業務の流れや連携について学ぶことができました。

後半のグループワークでは、「ケアマネジャーとしての業務をより楽しくするためには？」というテーマについて参加者から様々なご意見が出ました。発表の中であった、「バランスボールをイスの代わりに使う」というアイデアはとても良いと感じました。ぜひどこかの事業所で実践して頂ければと思います。(笑)

高松先生、とても参考になる研修を楽しい雰囲気の中で学ばせて頂き本当にありがとうございました。



シリーズ・実践事例

利用者の望む暮らしと支援者が必要と考える支援に乖離があり、対応に苦慮している事例



【事例概要】

A氏は生活保護受給者であるが、不必要な出費のため、食事が確保出来ない状況に陥ってしまう。A氏の自業自得な部分もあるが、そこに家族の経済的な虐待も絡み合い、A氏の望む暮らしの実現が難しい状況である。また低血糖を起こす恐れもあり、支援者はせめて食事だけでも確保したいと奔走していたが、なかなか事は思うように運ばなかった。

【基本情報】

A氏：男性 73歳 生活保護受給 一人暮らし
要介護1（平成30年4月～）
既往歴：2型糖尿病・高次機能障害・高血圧症・
症候性てんかんなど
ADL：ほぼ自立。
入浴は、デイサービス利用時
（現在は週3回）
IADL：服薬管理は、訪問看護の支援のもとで
自己管理。
食事は、配食サービス（毎日、昼夕食）
受診は一人で行かれ、ケアマネが付き
添っている（2ヶ月に1回）。

【支援経過】

令和元年12月19日

地域ケア会議でA氏の事例紹介があった後、担当を依頼された。

令和元年12月25日

ケース会議の開催。これまでのA氏の経過の情報共有やこれからの支援の内容について話し合いを行った。

平成30年7月 長男による身体的虐待があり、S施設に措置入所。

令和2年1月、再虐待の可能性がなくなり、A氏の意向もあり、S施設を退所予定。

過去に自動車事故で、脳挫傷や頭部骨折での入院歴がある。高次機能障害はその影響の可能性が高い。知的レベルが低く、理解力に乏しいため、服薬管理が出来ない。そのため、訪問看護による服薬管理が必要。

長男とは連絡をとらないようにし、長女をキーパーソンとする事などを確認した。

令和2年

1月、予定通りS施設を退所。一旦、福祉シェルターである一軒家に移られた後、現住所に転居。

2月、介護サービスは週2回の訪問看護（病状確認・服薬管理など）から開始した。

A氏は金銭管理を第三者に任せる事を嫌がり、自己管理（以前、日常生活自立支援事業を利用された事もあったが、トラブルがあり、現在は利用出来ない状況）。しかし、保護費や年金が入ると気前よく人におごってあげたり、お菓子や揚げ物を買ったりして、月末にはお金が無くなってしまい、食材や弁当が買えず、食事が摂れていない日がある事がみえてきた。

かかりつけである〇病院の医師から「血糖値や血圧の数値が悪いのは食生活に問題がある。毎日規則正しく食事を摂るようにして下さい」と助言があり、4月より訪問介護を導入。週に3回、食材の買い物や調理の支援を行い、食事が確実に確保出来るようにした。必要なお金は事前にA氏から預かり、余りが出たらきちんとA氏に返却する事とし、A氏は渋々納得された。

またこの頃より、A氏から長男に会いに行き、孫可愛さで、お小遣いを渡され始めている。その事についても、長男に「お金をとられた」と言われたかと思うと、「孫に何か買ってあげて、と自分からお金を渡した」とも言われ、事実関係が不明。ただ、自分からお金を渡している状況ならば、虐待案件にならないという事で、支援者で情報共有しながらA氏の状況を見守っていく事になった。

8月に、A氏から「訪問介護を中止にしたい」との意向があった。訪問時に冷蔵庫の中を確認したヘルパーが「買っておいだ食材がなくなっている。Aさん、食材を誰かにあげてないですか？」と聞かれた事が、不愉快だったのが理由との事。それと合わせて「ヘルパーに預けているお金をすぐに返してほしい」と言われたため、不愉快だった事は事実であったにしても、A氏の主訴はお金の返却だった事がうかがえた。気持ちは変わらず、訪問介護は中止となった。

10月から11月にかけては、自転車に乗って移動中に自動車と接触事故を2回起こされている。2回目の際には胸のむかつきを訴えられ、〇病院に入院。警察から連絡があった長女が病院に来られ、関係者で話し合いを行った。包括支援センターよりこれまでの経緯を説明してもらおうと、長女からは「家族としてもう少し関わりをもつようにしたい」との事だった。金銭面については「長男ときちんと話をしてみます」と話された。ただA氏より「孫に会えないなら生きていてもしょうがない」

との発言もあり、長男家族との関わり方や会える環境整備も行う必要もあるという事になった。

その後、A氏はO病院から、P病院に転院され、退院前にP病院にて、A氏の今後の対応を協議した。長女は「父が『自宅に帰りたい』と騒いだり、検査も『お金をとるためにしよるとやろう』とか言って病院に迷惑をかけていると聞きました。私としては父がどうなろうと知ったことじゃないっていうのが本音ですけど、こうやって皆さんが父のために集まって色々考えて下さっているの…。自宅に帰して様子を見るしかないかなと思っています」との意向だった。退院して自宅に戻るために、配食サービスを利用するなどのいくつかの約束をA氏と行った。

配食サービス①を利用して2週間足らずで、A氏より弁当の内容に対して苦情が出た。「脂っこいものが多くて、身体に良くない」ため、サービスを断りたいとの事。住んでいるマンションでは置き弁が出来ないため、A氏は弁当を断るために意図的に配達時間に不在にされて、弁当を受け取らないという事をされていた。そこまでされるのであるなら、配食サービスの継続は難しいという事になり、配食サービスは中止する事になった。配食サービスの代替サービスという事で、通所系サービスを提案したが、A氏は拒否。しばらく様子を見る事になった。

令和3年

1月に入り、手持ちのお金がないため、配食サービス①に電話をして「弁当を配達されなかった時の弁当代も支払っている。その分の弁当を持ってくるか、お金を返せ」と文句を言われている。A氏は「弁当配達時に不在にしたことはない。弁当を持ってくるのを向こうが忘れとっただけ」と主張。ケアマネと包括支援センターとで何度も「お金の返却や弁当の再配はないです」と説明を行ったがなかなか理解を得られなかった。保護費や年金が入ると落ち着かれるといった状況である。

訪問看護より「食事がきちんと入っておられず、血糖が60台でした。低すぎるので、インスリンの接種は控えて下さい、と話をしています」との情報提供があり、A氏宅を訪問。A氏の所持金は小銭のみだった。また九電から、11月分の電気代の請求が出ていた。電気代については包括支援センターから長女へ支援の電話を入れて頂く事になった。食料については、A氏の承諾を得て、新たに配食サービス②を調整する事となった。それまでの食料を確保する必要があるため、包括支援センターと一緒に大牟田市社会福祉協議会に相談し、3日分の食糧支援を受ける事になった。

結局、電気代は支払われる事がなく、2月に電気が止められてしまった。それにより、マンションのオートロックや呼び出しが機能せず、一度配

食弁当が届けられないという事があった。年金で支払い、電気はすぐに回復したが、以降、長女と連絡が取れにくくなり、支援は望めなくなっていった。

2月に配食サービス②がお弁当を届けられなかった事を思い出しては「その時の弁当代を返してほしい」とA氏からの訴えがあり、「電気代をきちんと支払っていなかった事が原因ですし、そもそも契約の時に弁当が配達出来なかった時に、後から何も返ってきませんよって確認していたでしょ？」と説明する。しかしA氏は、「そげんかつは約束しとらん。俺が悪いというなら弁当を辞める。そして預かっとなった弁当代を返せ」という結論になられ、配食サービス②も中止する事になった。

この頃から、長男夫婦がA氏からお金をもらい、お米やお餅、総菜などを買って来られるようになる。ただ渡したお金に見合う食料ではないため、A氏に「これだと弁当の方が割がいですよ」と説明するも、「長女は何もしてくれん。色々あるばってん、ちゃんとしてくれるのは長男だけ」と長男を信頼しておられた。それなりに支援をされているため、長男と関わらないようにとも言えず、状況を見守っていった。

7月、自宅で嘔吐して倒れているところを訪問看護が見つけ、O病院を受診。「脱水症・熱中症」と診断され、点滴治療。主治医より施設入所を勧められるも、A氏は在宅生活を希望。訪問看護の回数を増やして、病状管理や安否確認を強化していく事になった。

11月、A氏より「長男が部屋の合鍵を勝手に作って、夜中に突然来たりするけん、怖い」「銀行の残高を長男のスマホで分かるように登録しているみたい」との話があった。A氏の金銭管理は長男がされており、経済的虐待につながる事が懸念された。そのため、一時的に包括支援センターでお金を預かり管理する事になった。しかし、いざお金を渡す時になってA氏より「自分で管理したい。そのうちお願いしたい」と拒否された。

令和4年

1月、A氏からの依頼があり、配食サービス③を利用する事になった。過去の配食サービス同様にトラブルにならないように事前にきちんと決まり事を作った。

4月、O病院受診。血糖値が低く、院内の検査で53だった。お金がなく、食事をきちんと摂取されていない事が原因。好きなおかずの弁当ではなかった時は、弁当を友人にあげている事もあった。主治医からは「孫さんが可愛いだろうけど、自分のためにお金を使って下さい」と話をされた。

A氏の情報共有のためのケアカンファレンスを開催。保護費や年金を長男に渡されるため、常にお金がない状況で、1日1食（配食弁当）の日も

ある。金銭管理を第三者で行う事も提案しているが、納得→拒否を繰り返されている。長男夫婦は怖いと言われながら、自分から会いに行かされている。施設に入りたいと言われたり、自宅で暮らしたいと言われたり、思いがその時で違うため、支援の方向性がなかなか定まらない状況となっていた。

5月、配食サービス③は、「茶色いおかずばかりで、自分の食べきらんとばかり。捨てるよりいいと思って、友人にあげよったばってん、もう辞めます」とA氏の意向で中止する事になった。

臨時給付金の10万円を生活費にあてる予定が、全て長男に引き下ろされており、手元にお金がない事も一因と思われた。包括支援センターより「長男が預かっていたA氏の通帳は、返してもらいました。残金で光熱費等の支払いをしました。近々長男と会うという事なので、（お金をとられないように）通帳は包括の方で一旦、預かります」という事になった。しかし、すぐにA氏より「通帳や残金を返せ」との訴えがあった。そんな中、長男嫁より包括支援センターに電話があり、「義父がお金を持たないので、預かっているお金を渡してほしい」という内容だった。「決まった曜日に決まった額しか渡せない」と説明すると、「義父も食事があれば何とか生活出来るので、1日三食、配食してほしい」との要望があった。配食サービス④、開始。

A氏がスーパーで万引きをして保護されていると包括支援センターより連絡があった。常習犯で、日頃から店員に目をつけられていたそうである。万引きされた品物の代金を支払う事で収めて頂いたが、スーパーには出禁となってしまった。

6月、A氏と長男が福祉課を訪問され、金銭管理はA氏と長男で管理して頂く事になった。

また、外出中に倒れられているのを発見され、O病院に救急搬送となり、そのまま入院された。しかし、一週間後の7月1日には「保護費をおろさなん」と言われ、本人希望で退院されている。

8月、O病院受診に立ち会う。最近では長男がA氏の前に現れておらず、手持ちのお金があるという事で、A氏の間食が増え、血糖値が高くなっていた。インスリンの摂取量が増えた。今後、成年後見人制度を申請する事を想定し、脳神経外科も合わせて受診した。

A氏より「お弁当屋さんを変えてほしい。鶏肉ばかりで嫌になる」との話があった。逆に配食サービス④からも「鶏肉が多いと言われるため、他の利用者よりも工夫して作っているが、文句ばかり言われる。うちとしてもこれ以上の対応は出来かねる。相談したいが、長男様は全く電話に出られません。いきなりは困るだろうから9月でサービスを終了させていただきます」と言われた。

9月、訪問看護からの報告。「長男様が来られて、

残金を全部持っていかれたそうです。とりあえずお弁当があるので食べる物は困らないと思いますが、そのお弁当も9月末までですもんね…」との事。また8月の電気代の未払いが発覚。金銭管理をされている長男とは連絡が取れなかった。

10月、食事の確保のため、配食サービス⑤に依頼。また長男がA氏の年金を狙っているとの情報があり、包括支援センターと情報共有や今後の対応を協議した。

【その後の経過支援】

結局、長男の行動が、経済的な虐待と認定され、令和4年10月11日よりA氏は措置入院となった。10月21日からは、措置入所に切り替えられている。しかし、A氏が自宅に帰りたく望まれたため、令和5年3月31日に措置は解除され、退所。一旦入院して頂き、支援体制を整えた上で、5月22日に自宅に戻られた。

現在、在宅での一人暮らしを無理なく継続していけるように、金銭管理は後見人、食事は配食サービス、服薬管理は訪問看護、入浴支援はデイサービスで対応している。

【まとめ】

ケアマネや包括支援センターなどの支援者はA氏が望む在宅での暮らしを応援していきたいと思いい、出来るだけ気持ちに寄り添おうとしているが、なかなかその思いはA氏に伝わらず、支援者への不満が大きい。支援者自身が理想としている生活をA氏に押し付けているのだろうか…客観的にみて、それはないと思いたい。そうならないためにも出来るだけA氏と話す機会を設け、A氏が納得いく形になるように努めている。しかし、明日からの食べる物に困る事が分かっているのに配食弁当を断られたり、お金を取られると分かっているのに長男に会いに行かれたり、A氏の行動はなかなか理解しがたい（お金に固執されている事は分かる）。高次脳機能障害も一因にはあると思うが、支援者が一方的に疲弊していく状況となっている。多職種・他機関の協力があって、何とか支援の継続が出来ていると思う。これからもA氏の支援は現在進行形で続いていくが、A氏を含めた関係者同士でしっかり話し合いながら支援を継続していくしかないと思う。

すでに長男と接触を図ろうとされたり、配食弁当を断ろうとされたり、週に2～3回後見人や福祉課に苦情を言いに行かれたりとマイペースな行動は始まっている。それがA氏のしたい事ならば仕方がないし、止めようがない。ケアマネジャーの仕事って何だろうとなかなか答えの出ない問いを抱えながら、A氏の思いと支援者の思いの差を少しでも縮めていけるように、引き続き頑張りたい。

リしー随想

No.61



みなさま、こんにちは。居宅介護支援センターよしのの古賀良樹さんよりバトンを預かりました、介護老人保健施設サンファミリーで現在支援相談員をしている田島美穂です。文章が下手な上に、何を書いていいのか悩みまくり…一瞬断ろうかと思いましたが、入所～在宅復帰と何度もお世話になっている古賀さんからのお願いには、首を横に振るという選択肢はありませんでした。

今回は私が高齢者関係の仕事を目指したきっかけを聞いてもらえたらと思います。まずは「両親共働きによるおばあちゃん子」が根本にあります。末の孫であり溺愛され育てられた為、祖母の家に迎えに来た親の車に乗り事になりかなり抵抗し、とても悲しかったことを覚えています。そんな祖母ですが私が中学生の頃、認知症を発症。同じ話の繰り返しから始まり、家の中が荒れてきて、学校の帰りに数回掃除に通ったりしました。ただ、中学で多感な時期。入院し、便汚染の衣類もよく見る様になり、どんどん自分たちのことが分からなくなってしまう祖母からはちょっと距離を置いてしまい、その後ほとんど会うこともなく数年後静かに息を引き取りました。

その頃、高校生になっていましたが、あんなに愛してくれた祖母に会いにも行っていなかったことをとても後悔し、空から見ているであろう祖母に向かって何度も謝罪したことを覚えています。

そんな後悔から、大切な人の病気から目をそらしてしまっている人が、同じ後悔をしない様にアドバイスが出来る仕事をしたいと漠然と思ったことが、この仕事に就いたきっかけです。

高齢者介護というと、まだまだきつくてつらいという言葉が先に出てくると思います。介護自体はサービスを利用してでも、精神面だけでも何らかの関りを持てるように支援できたらと思います。まだまだ未熟でたくさん失敗もしてきました。落ち込むことも多々ありますが、良い仲間にも恵まれ、皆さんに支えて頂いてこの仕事が出来ていることを感謝しています。

次回は、介護老人保健施設ぷらいえの濱田和代さんにバトンをお渡ししたいと思います。

○ 介護老人保健施設
○ サンファミリー

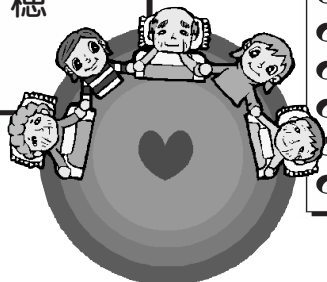
田島美穂

次回は……

○ 介護老人保健施設
○ ぷらいえ

濱田和代さん

です。



大牟田市からのお知らせ

支援者を支援する仕組みづくり (重層的支援体制整備事業)を活用ください

近年、地域や家族などの「つながり」が弱体化していく中で、生活課題を抱えながらも相談する相手がない市民や制度の狭間で孤立してしまい「生きづらさ」を感じている市民が増えているように感じられます。

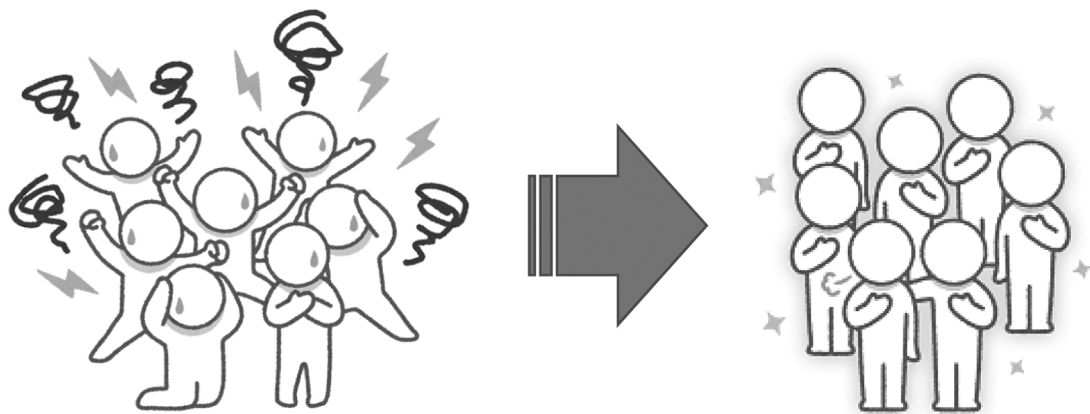
また、家族構成の変化と多様化により、生活課題も複雑化・複合化しており、単一の支援機関だけでは対応が困難なケースも増えています。

ケアマネジャーの方々も当事者支援の延長でその世帯全体の課題に直面し、様々な課題に悩まれるケースもあるかと思えます。

こうした中、国においては、①相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を一体的に行い包括的な支援体制を構築する「重層的支援体制整備事業」を創設し、本市でも令和4年4月より取り組みをスタートしました。

この事業は、「支援者を支援する仕組み」とも言われており、令和4年度は、行政、地域包括支援センター、医療機関、学校、家族等から約150件の相談が寄せられました。内容は生活困窮、居住支援、精神障害、ひきこもり等多岐に渡っていました。これらの相談には必要に応じて、課題解決に関係する機関と会議を開催し、事業を担う「相談支援包括化推進員」がファシリテーターとなって各機関と役割分担しながら支援策を検討しました。

皆さんも介護以外の課題に直面することも多いと思います。一人で抱え込まずに悩んだ時には福祉課総合相談担当内に「相談支援包括化推進員」を3名配置していますので気軽にご相談ください。



【編集後記】

早いもので令和5年は下半期に突入しましたね。時の流れの速さにびっくりです。歳を取るはずだなど季節の移ろいととも実感している毎日です。夏の暑さも年々強くなり、自然災害も増える季節。熱中症対策や大雨台風などの自然災害にどう備えるか考えますね。

厳しい季節を一緒に乗り越えましょう！

編集・発行 大牟田市介護支援専門員連絡協議会 広報事業部会
事務局 大牟田市福祉課内 (TEL: 0944-85-0470 FAX: 0944-41-2662)
大牟田市介護支援専門員連絡協議会ホームページ <http://omuta-cm.net>