平成 26 年度
生活支援コーディネーター
（地域支え合い推進員）に係る
中央研修

平成 26 年 9 月

平成26年度

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に係る中央研修

目　次

次第　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

Ⅰ　介護保険制度の改正について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

Ⅱ　高齢者の生活支援ニーズと生活支援サービスについて　・・・・・・・・29

Ⅲ　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に期待される機能と役割
・・・・・・・43

Ⅳ　多様な主体による多様な生活支援サービス事例について　・・・・・・59

Ⅴ　生活支援コーディネーターの独自の視点で行うべき生活支援ニーズの把握と支援　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・109

Ⅵ　高齢者に係る地域アセスメントの手法について
（地域特性の把握、社会資源の把握、地域の生活支援ニーズの把握）・・113

Ⅶ　サービス開発の方法について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・123

平成 26 年度生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に係る中央研修　次第

〇研修の目的・ねらい

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を平成２７年度から都道府県が養成するにあたり、都道府県が行う養成研修の講師となる人材の育成を目的とし、共通理念の修得を目的とする。

〇研修スケジュール

【１日目】

	時　間	項　目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	10:30-10:35	開会挨拶		厚生労働省
2	10:35-11:30 （55 分）	行政説明	**Ⅰ　介護保険制度の改正について** 1.介護保険制度改正のポイント 2.介護保険制度における生活支援の状況と指摘されている課題 3.生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の定義	厚生労働省
	11:30-12:30	昼休憩		
3	12:30-14:00 （90 分）	講　義	**Ⅱ　高齢者の生活支援ニーズと生活支援サービスについて** 1.高齢者の生活支援ニーズ 2.発達する道具（生活支援用具）と生活支援サービス 3.高齢者の生活支援サービス活用上の課題と支援の方法 4.まとめ～生活支援ニーズに応えるために	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 社会福祉学科 准教授 中村　美安子
	14:00-14:10	休憩		
4	14:10-15:40 （90 分）	講義	**Ⅲ　生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に期待される機能と役割** 1.地域包括ケアシステムにおけるコーディネーター、協議体の位置づけ 2.生活支援サービス整備における市町村の役割 3.都道府県の役割 4.コーディネーターの活動理念 5.コーディネーターの活動	日本大学 文理学部社会福祉学科 教授 諏訪　徹
	15:40-15:50	休憩		
5	15:50-17:50 （120 分）	ワークショップ	**Ⅳ　多様な主体による多様な生活支援サービス事例について** 1.1 日目の研修の総括 2.神奈川県平塚市の事例 3.三重県伊賀市の事例 4.質疑応答 5.意見交換シンポジウム	各自治体 （コーディネーター） ルーテル学院大学大学院 社会福祉学専攻主任教授 和田　敏明

※時間は目安として記載しています。当日の研修の進行状況により変更する場合があります。

【2日目】

	時　間	項　目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	10:00-11:30	講義 演習	**Ⅴ　生活支援コーディネーターの独自の視点で行うべき生活支援ニーズの把握と支援** 1.生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の独自の視点 2.生活支援コーディネーターの独自の役割 3.生活支援コーディネーターの独自の視点で行う生活支援ニーズの把握	ルーテル学院大学大学院 社会福祉学専攻 主任 教授 和田　敏明
	11:30-12:30	昼休憩		
2	12:30-14:00 （90 分）	講義	**Ⅵ　高齢者に係る地域アセスメントの手法について** **（地域特性の把握、社会資源の把握、地域の生活支援ニーズの把握）** 1.地域アセスメントの意義 2.地域アセスメントの方法 3.地域全体の生活ニーズの把握 4.地域アセスメントの留意点	日本社会事業大学 社会福祉学部 福祉計画学科 准教授 菱沼　幹男
	14:00-14:10	休憩		
3	14:10-15:40 （90 分）	講義	**Ⅶ　サービス開発の方法について** 1.サービス開発の意義 2.サービス開発の仕組み 3.サービス開発のプロセスと方法 4.サービス開発の留意点	日本社会事業大学 社会福祉学部 福祉計画学科 准教授 菱沼　幹男
	15:40-15:50	休憩		
4	15:50-16:20 （30 分）	まとめ	**研修の振り返りと全体総括**	ルーテル学院大学大学院 和田　敏明 日本大学 諏訪　徹 神奈川県立保健福祉大学 中村　美安子 日本社会事業大学 菱沼　幹男

※時間は目安として記載しています。当日の研修の進行状況により変更する場合があります。

介護保険制度の改正について

平成26年9月

厚生労働省老健局　振興課

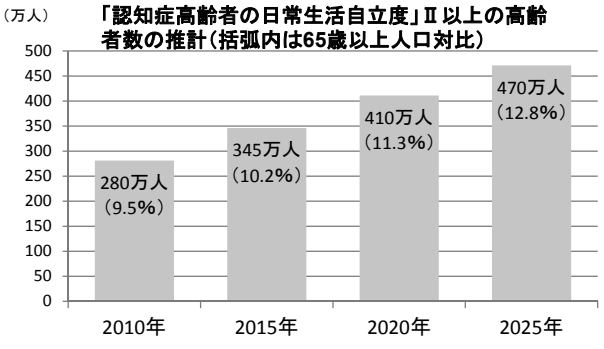
高齢者・介護を取りまく状況

今後の介護保険をとりまく状況

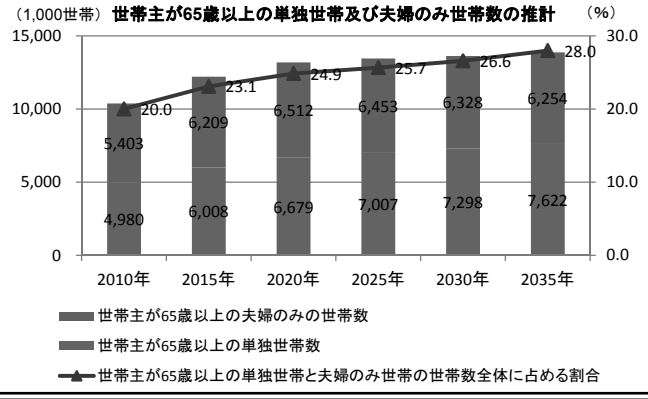
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,058万人（24.0%）	3,395万人（26.8%）	3,657万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,511万人（11.8%）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



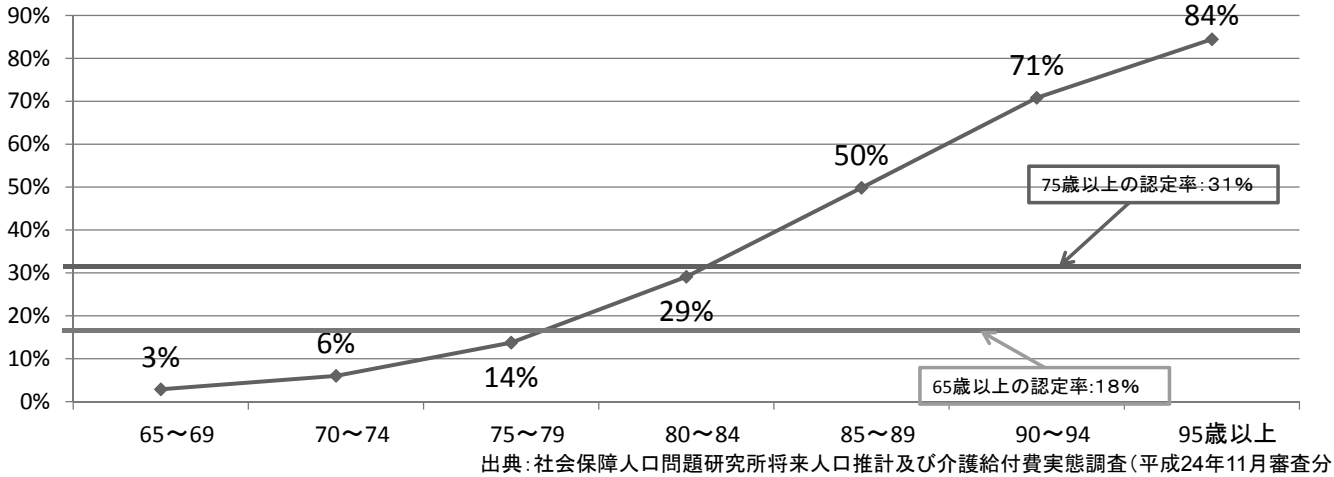
④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 （ ）は倍率	117.7万人 <16.8%> （2.00倍）	108.2万人 <18.1%> （1.92倍）	148.5万人 <16.5%> （1.87倍）	152.8万人 <18.2%> （1.81倍）	116.6万人 <15.9%> （1.77倍）	197.7万人 <15.0%> （1.60倍）		29.5万人 <19.4%> （1.16倍）	13.7万人 <22.1%> （1.15倍）	20.7万人 <20.6%> （1.15倍）	2178.6万人 <18.1%> （1.53倍）

1

年齢階層別の要介護認定率（推計）

○ 要介護（支援）認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
○ 後期高齢者医療での受診率は96．9%であるのに対し、75歳以上の要介護（支援）認定率は31%となっている。



出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）

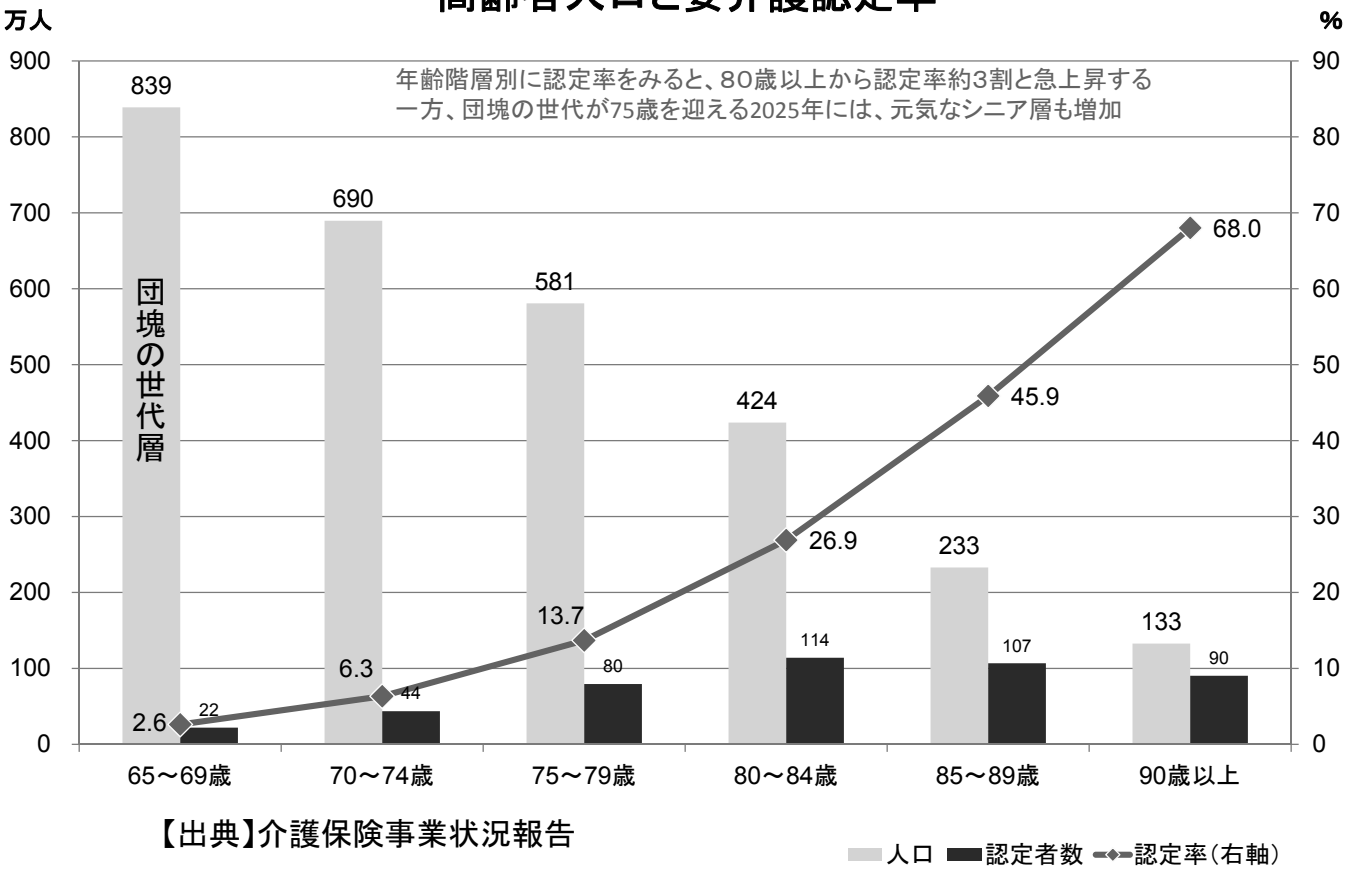
【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者（合計）の割合

協会（一般）	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

（資料）平成22年度　医療給付実態調査

2

高齢者人口と要介護認定率



【出典】介護保険事業状況報告

3

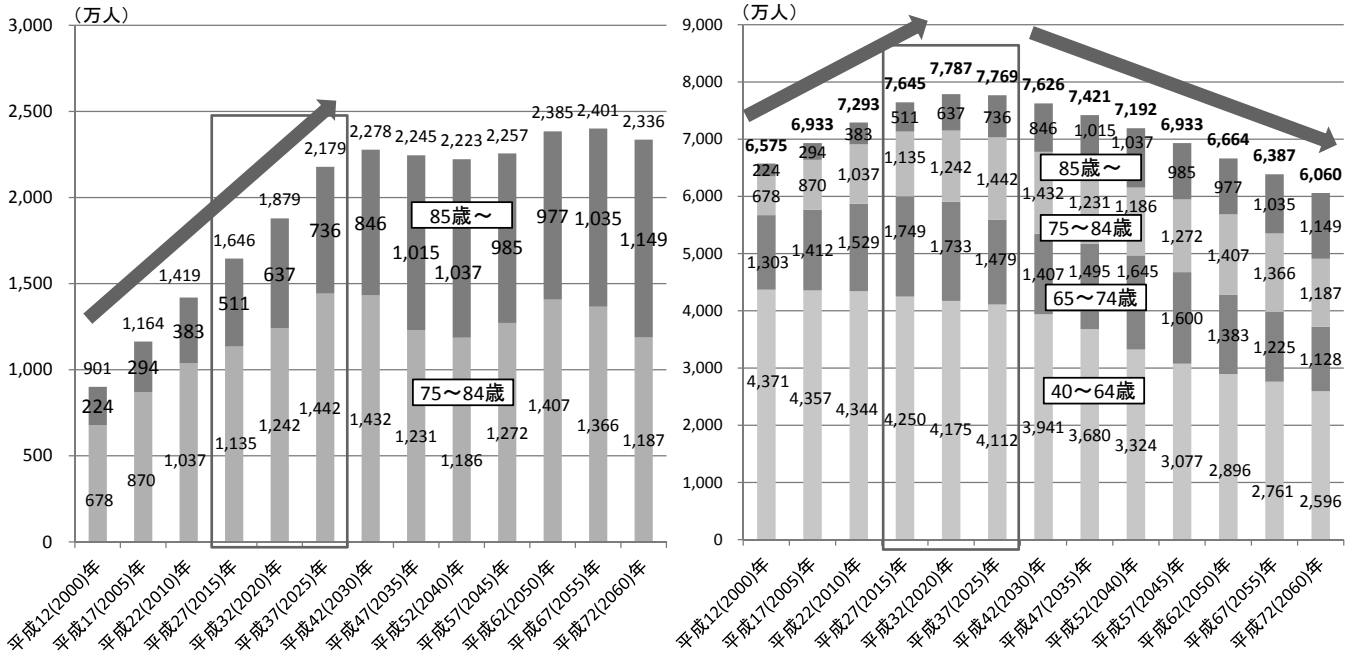
⑤要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。

○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

⑥介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



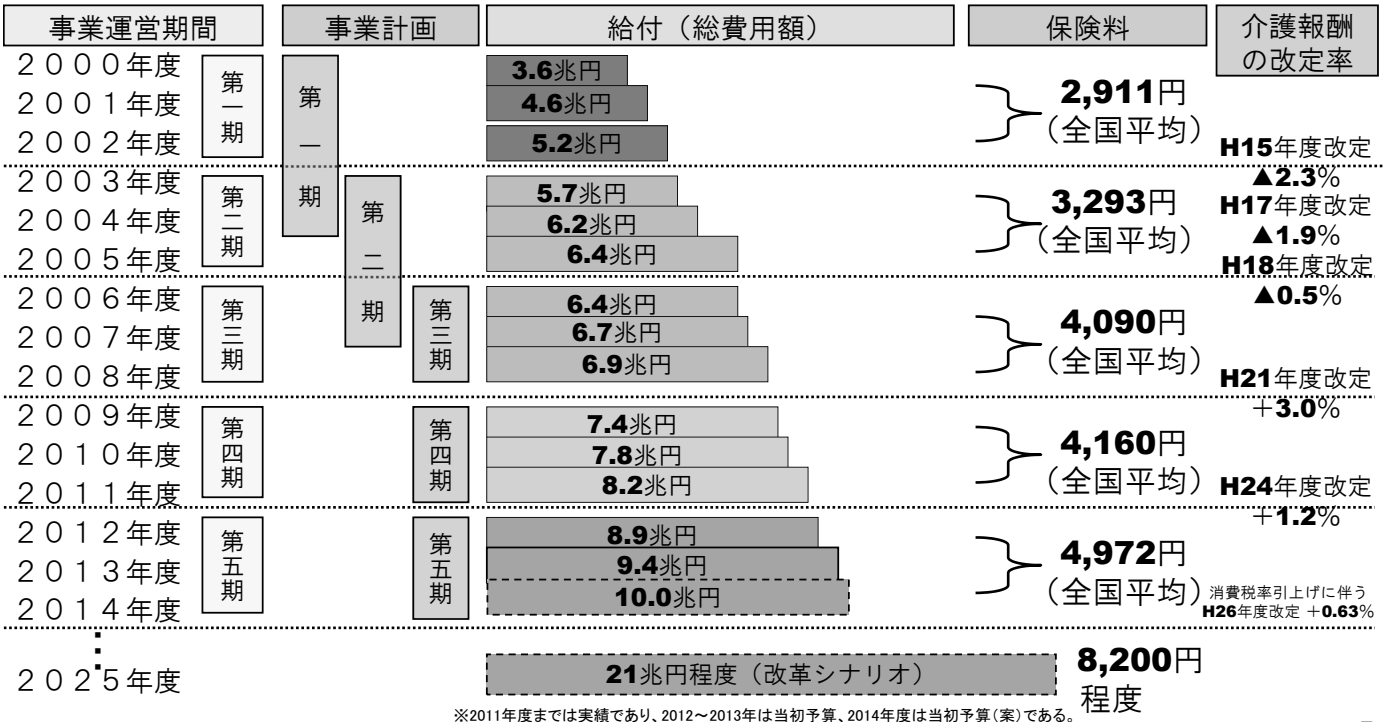
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

4

介護給付と保険料の推移

○ 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。

○ 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



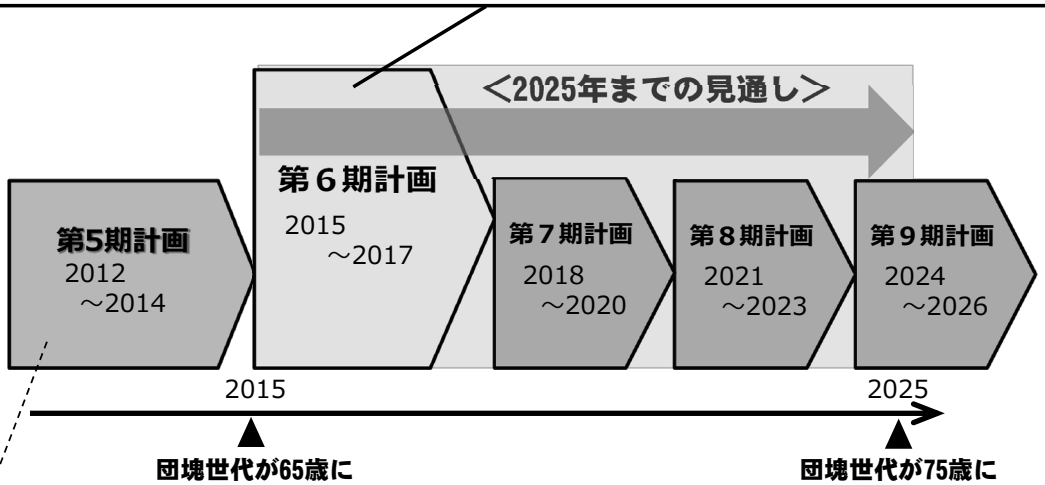
※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算（案）である。
※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について（平成24年3月）
※2012年度の賃金水準に換算した値

5

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

○ **第６期計画以後の計画は、2025年**に向け、第５期で開始した**地域包括ケア実現のための方向性を承継**しつつ、**在宅医療介護連携等の取組を本格化**していくもの。

○ **２０２５年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計**して記載することとし、**中長期的な視野に立った施策の展開を図る。**



（参考）

第５期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、**①認知症支援策の充実 、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項**を、実情に応じて選択して**位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート**

6

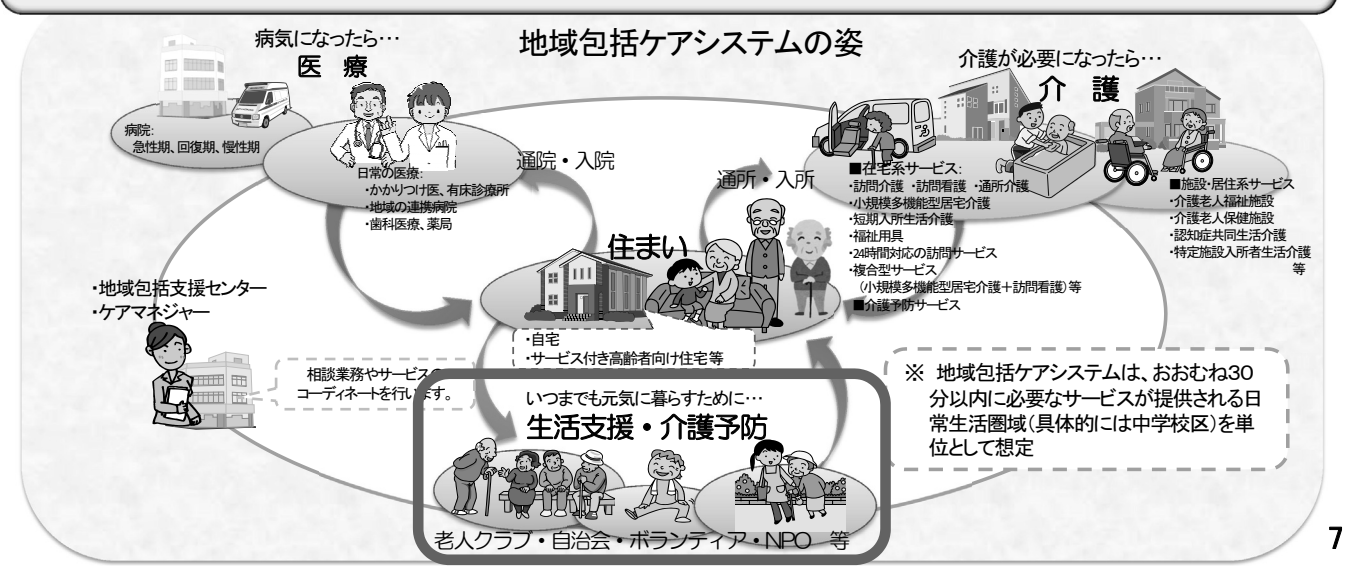
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 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。**

○ 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**ことが必要。



7

支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

○地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
○自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる（体系化・組織化する）役割が必要。
○とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。

自助：
- **介護保険・医療保険の自己負担部分**
- **市場サービスの購入**
- **自身や家族による対応**

互助：
- **費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み**

共助：
- **介護保険・医療保険制度による給付**

公助：
- **介護保険・医療保険の公費（税金）部分**
- **自治体等が提供するサービス**

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成25年3月）より

8

介護保険制度の改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ｹｱｼｽﾃﾑの構築に向けた地域支援事業の充実

①在宅医療・介護連携の推進

②認知症施策の推進

③地域ケア会議の推進

④生活支援サービスの充実・強化

＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進

＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

＊段階的に移行（～29年度）

＊介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。

＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護３以上に限定（既入所者は除く）

＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑える**ため、**所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

＊保険料見通し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度

＊軽減例：年金収入80万円以下　5割軽減　→　7割軽減に拡大

＊軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

・　2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

・　医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から 44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外

・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外

・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案　　＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

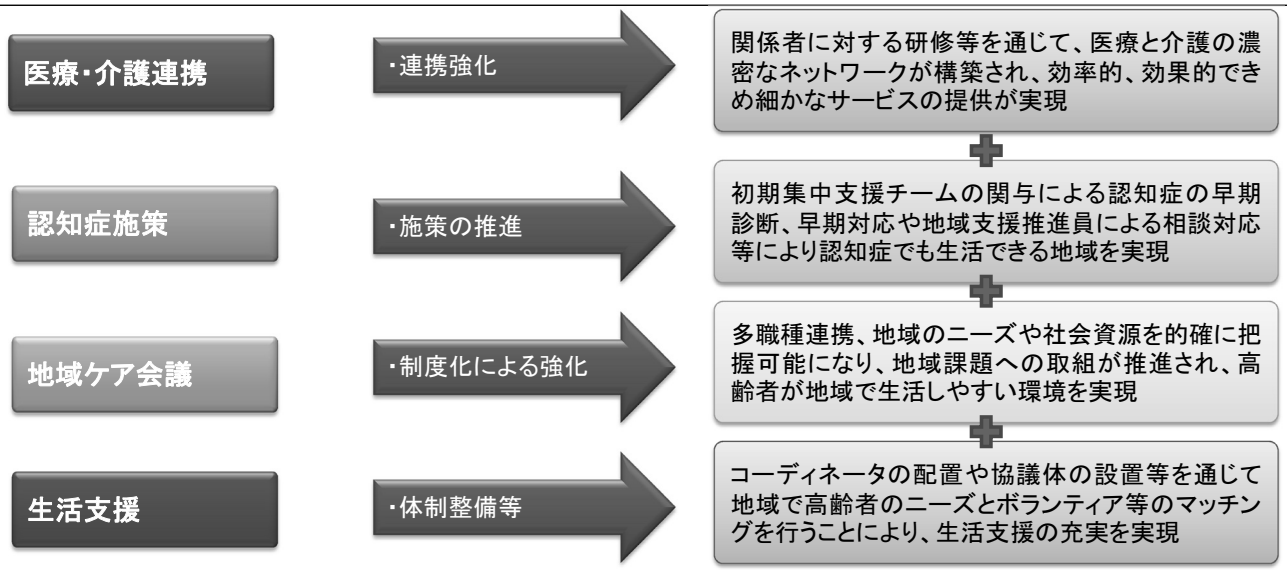
○　このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

9

地域支援事業の充実

医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援の充実・強化

○ 地域包括ケア実現のため、上記の充実・強化の取組を**地域支援事業の枠組みを活用し**、市町村が推進。
○ あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
○ これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能



→→→消費税の増収分を活用し、地域支援事業を充実（制度改正を踏まえ原則平成27年度から実施予定）
※認知症施策の推進及び生活支援の基盤整備については平成26年度から一部前倒して事業化

10

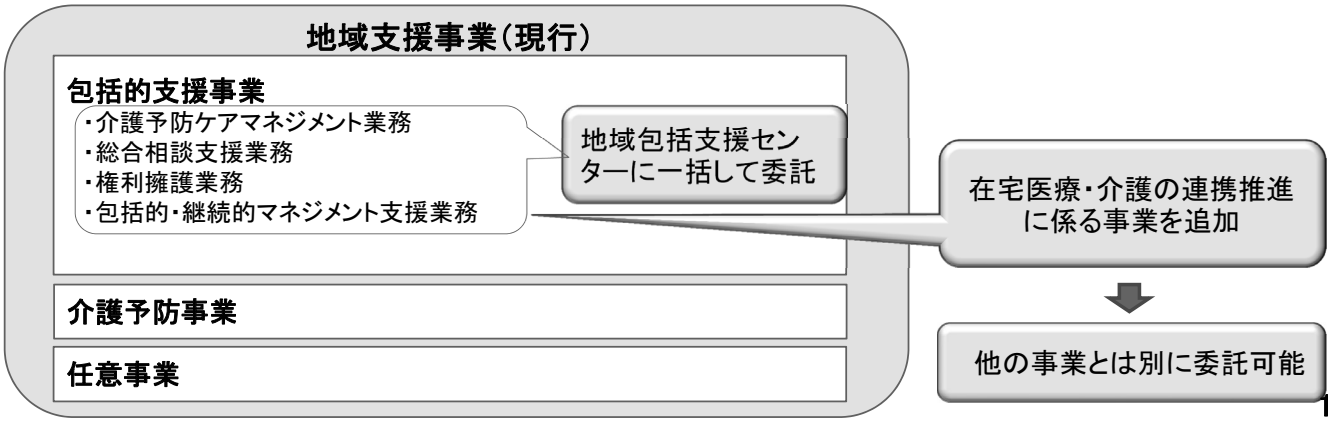
医療・介護連携

在宅医療・介護の連携推進

○ 在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）の成果を踏まえ、在宅医療・介護の連携推進について、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組むこととしてはどうか。

○ 具体的には、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における医療と介護の連携の推進について介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととしてはどうか。

○ その際、現行制度では包括的支援事業を委託する場合、事業の全てにつき一括して行うことと規定されているが、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨に鑑み、在宅医療・介護の連携推進に係る事業については、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要ではないか。



11

在宅医療・介護連携推進事業について（イメージ）

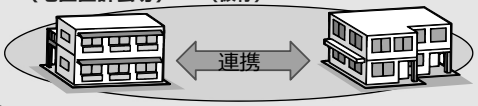
○事業の目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために居宅に関係する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進することを目的とする。

市町村

（地域の現状把握・連絡調整等）

在宅医療・介護連携支援センター（地区医師会等）　地域包括支援センター（仮称）



●可能な市町村は平成27年4月から取組を開始
●すべての市町村で平成30年4月から取組を開始
●複数市町村による共同実施も可能

都道府県

（後方支援・広域調整等）

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
◆ さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表等

（熊本市）

（イ） 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

◆ 地域の医療機関・ケアマネージャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議　等

（ウ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有・支援

◆ 地域連携パス（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む）等の運用により、在宅医療・介護の情報を共有
◆ 在宅での看取り、急変時の情報提供も対応　等

（エ）在宅医療・介護関係者の研修

◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ
◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマで研修会を開催　等

（オ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等

◆ 在宅医療・介護の連携支援の拠点の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを拠点に配置して、ケアマネジャー等から相談受付　等

（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備　等

（キ）地域住民への普及啓発

◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
◆ 在宅での看取りについても普及啓発　等

（鶴岡地区医師会）

（ク）二次医療圏内・関係市区町村の連携

◆二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について検討　等

12

認知症施策

認知症施策の推進

○ 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
○ この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。
○ 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける（「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など）。

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》
認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。

→

《今後目指すべきケア》
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」 に基本を置く。

事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業（任意事業）で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算では300カ所計上
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末　50，000人	平成24年度末　累計35,131人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末　4，000人	平成24年度末　累計2,680人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降　すべての市町村で実施	
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末　700人	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算では地域支援事業（任意事業）で470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末　600万人	平成26年3月末　累計499万人

13

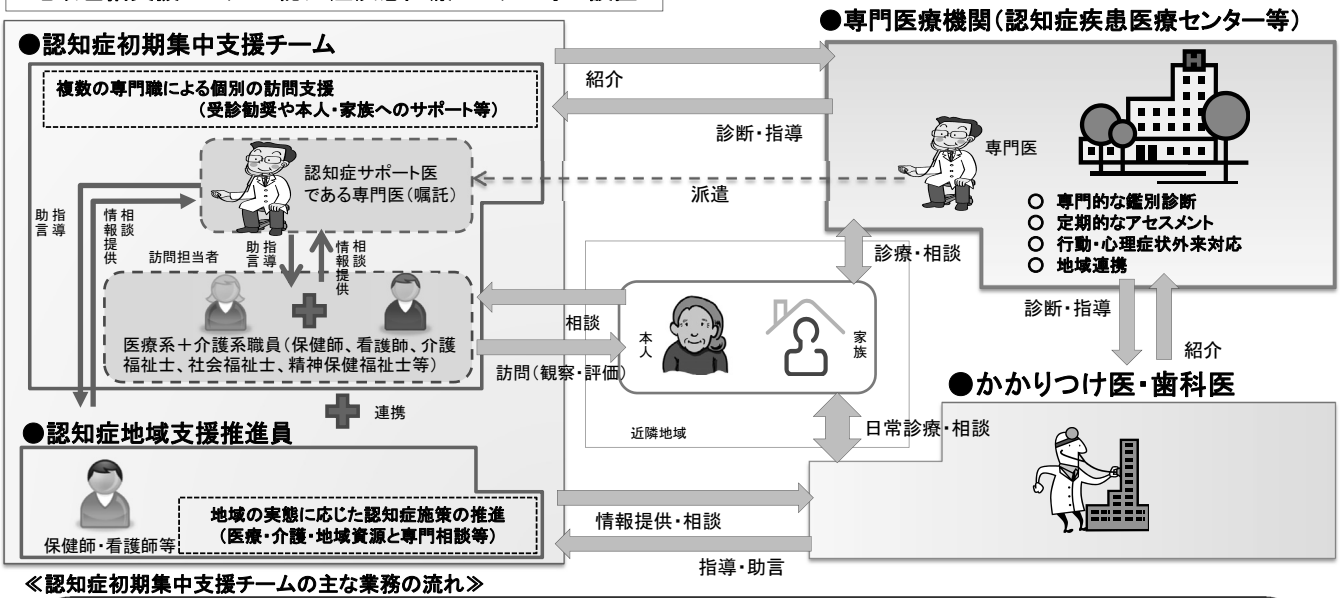
認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下（司令塔機能）に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

○**認知症初期集中支援チーム**（個別の訪問支援）ー複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

○**認知症地域支援推進員**（専任の連携支援・相談等）ー認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



≪認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ≫

①訪問支援対象者の把握、②情報収集（本人の生活情報や家族の状況など）、**③初回訪問時の支援**（認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート）、**④観察・評価**（認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子のチェック）、**⑤専門医を含めたチーム員会議の開催**（観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討）、**⑥初期集中支援の実施**（専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など）、**⑦引き継ぎ後のモニタリング**

14

地域ケア会議

地域ケア会議の推進

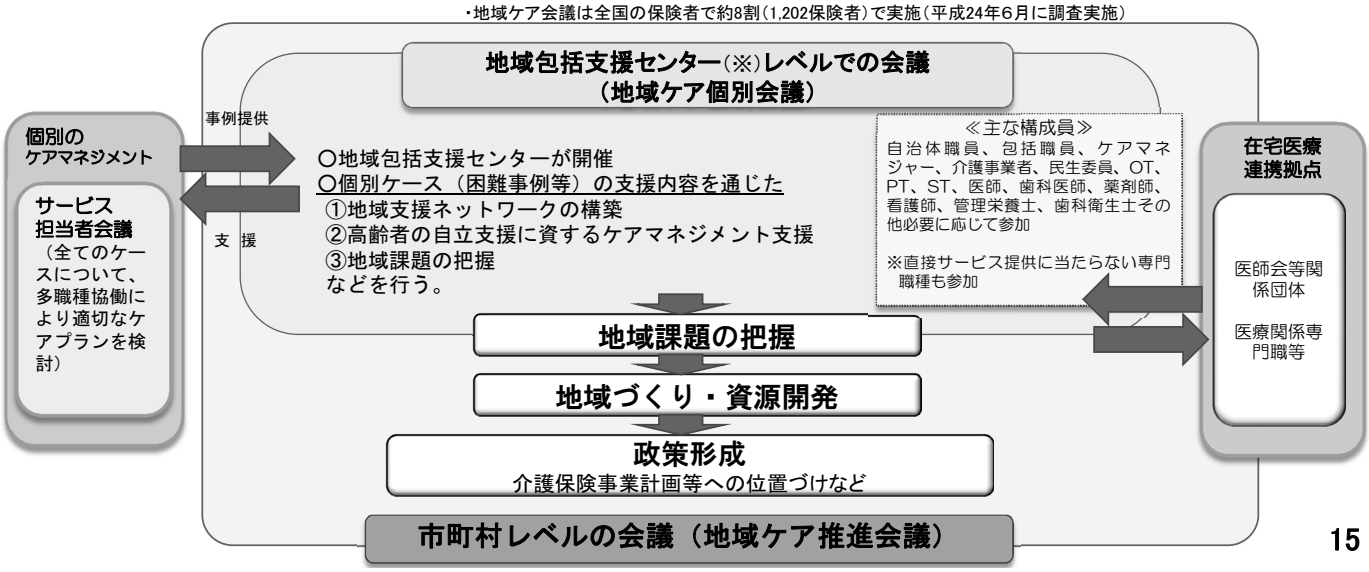
○ 「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。

○ 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。

○ このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

- 適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議に参加した者にする守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数：4,328ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所）（平成24年4月末現在）
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,202保険者）で実施（平成24年6月に調査実施）



15

地域ケア会議に関する厚生労働省の取組

平成24年度

○ 地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業創設（都道府県等事業）

○ 「地域ケア会議運営マニュアル」の作成（平成24年度老人保健健康増進等事業）

（http://www.nenrin.or.jp/regional/manual.html）←閲覧・ダウンロードできます

平成25年度

○ 地域ケア会議活動推進等事業の創設

（自治体実施分）

・地域ケア会議への広域支援員・専門職派遣事業（都道府県事業）

・地域ケア会議立ち上げにかかる事業（市町村事業）

（国実施分）

・全国会議の開催（都道府県、指定都市、中核市、一般市町村担当者を対象）

・「地域ケア会議実践事例集」の作成

（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/）

←閲覧・ダウンロードできます

・地域ケア会議に係る実務者研修の実施（全国7ブロック、12回開催。受講者約1，400人）

平成26年度

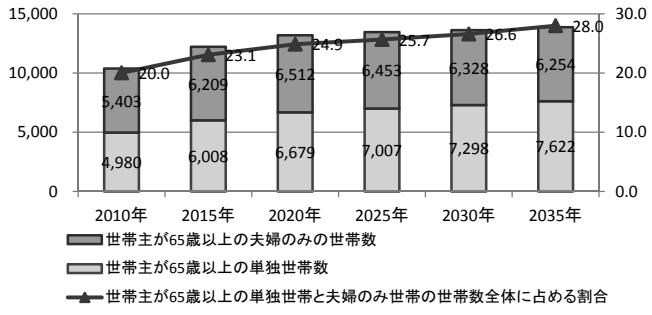
○ 25年度に引き続き、地域ケア会議活用推進等事業を実施。

※全国会議及び実務者研修は秋以降実施予定。なお実務者研修は、平成27年度までを予定しており、全センターでの受講を目標としている。

16

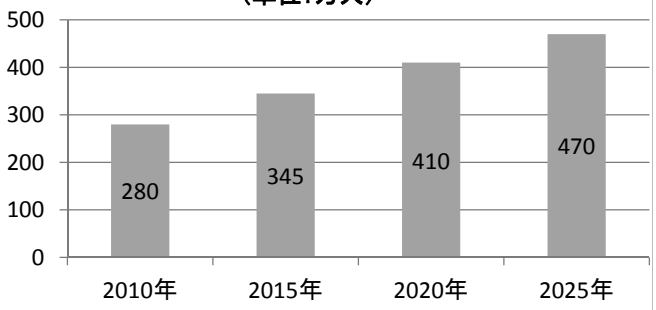
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



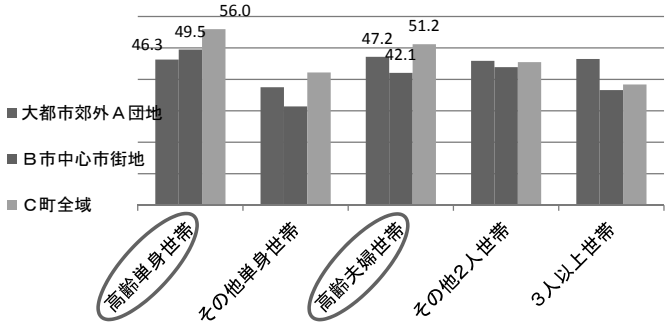
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」

認知症高齢者数の将来推計
（単位：万人）



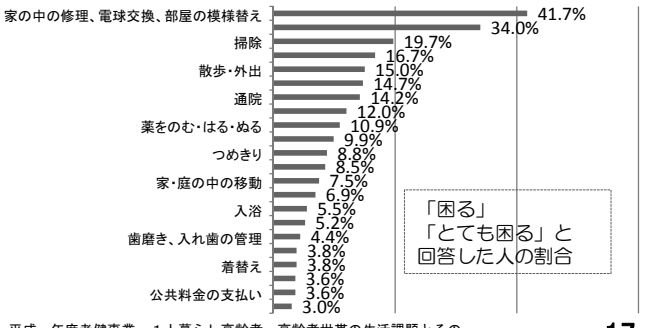
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

買い物で不便や苦労がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること
（愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者　n=379）

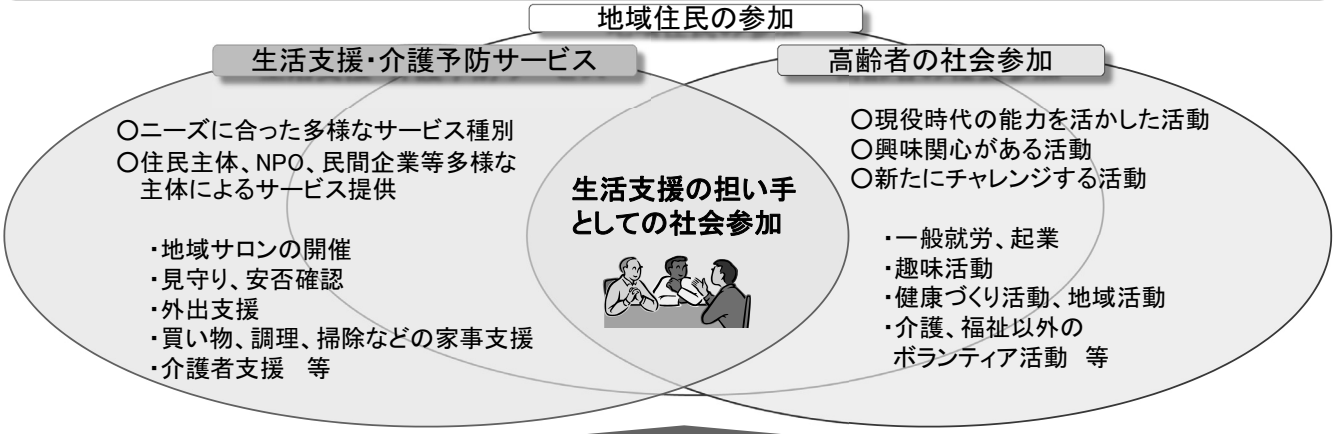


平成23年度老健事業、１人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査（みずほ総研）

17

生活支援 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加 介護予防

○ 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
○ 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
○ 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



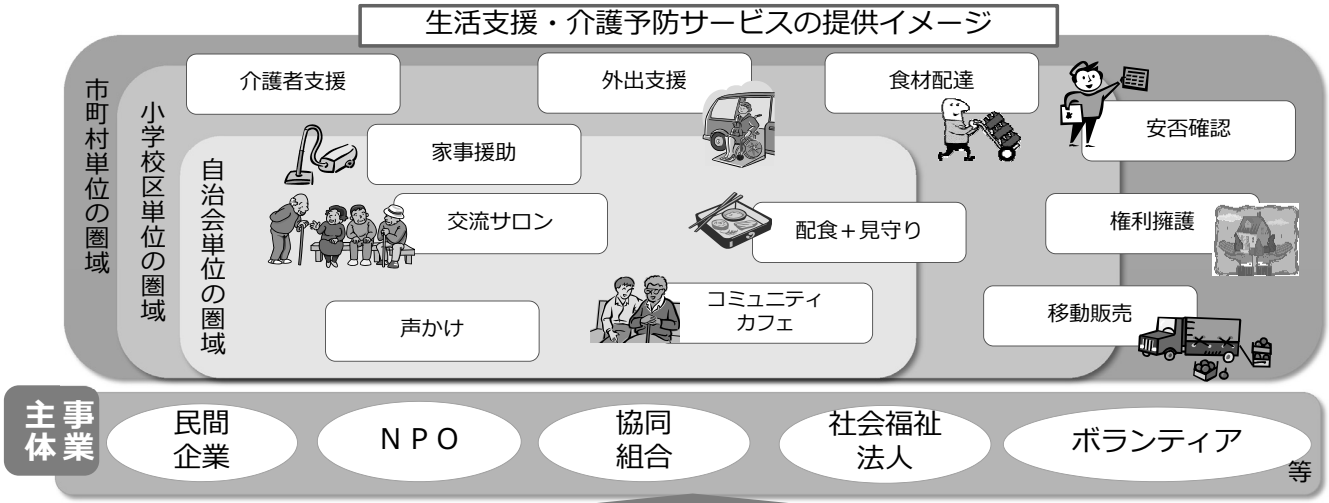
バックアップ
市町村を核とした支援体制の充実・強化
バックアップ
都道府県等による後方支援体制の充実

18

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、ＮＰＯ、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



バックアップ
市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）
➡ 民間とも協働して支援体制を構築

19

生活支援･介護予防の体制整備におけるコーディネーター･協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

（１）**生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置**　⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のＡ～Ｃの機能があるが、当面ＡとＢの機能を中心に充実。

（A）資　源　開　発	（B）ネットワーク構築	（C）ニーズと取組のマッチング
○　地域に不足するサービスの創出 ○　サービスの担い手の養成 ○　元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保　　など	○　関係者間の情報共有 ○　サービス提供主体間の連携の体制づくり など	○　地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第１層の市町村区域、第２層の中学校区域があり、平成26年度は第１層、平成29年度までの間に第２層の充実を目指す。

① 第１層　市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
② 第２層　中学校区域で、第１層の機能の下で具体的な活動を展開
※ コーディネート機能には、第３層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外

＋

（２）**協議体の設置**　⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO　民間企業　協同組合　ボランティア　社会福祉法人　等

※1　これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。
※2　コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

20

コーディネーターの養成について（イメージ）※検討中のもの

（１）コーディネーターの確保に向けた考え方

○　市町村におけるコーディネーターの確保にあたっては、全国的な活動水準の確保や計画的な育成の必要性を踏まえ、国において、研修カリキュラム・テキストの開発や広域的な範囲での養成研修の実施等を通じて、市町村等の取組を支援する。
○　研修テキストについては、平成２６年度内に老健事業にて完成させ、各自治体あて情報提供予定である。
○　コーディネーターは、養成研修を受講した者が望ましいが、必ずしも研修受講を要件とするものではなく、コーディネーター就任後に養成研修を受講することも可能とする。

（２）コーディネーターの育成イメージ

＜①．各主体の役割＞
○　国：研修カリキュラム・テキストの開発、中央研修の実施・運営
○　都道府県：中央研修の受講者の推薦、都道府県単位の研修を実施
○　市町村：都道府県研修の受講者の推薦、研修受講者を活用したコーディネーターの配置

＜②．研修体系＞
○　中央研修（平成２６年度）：全国から受講者を集め、中央で研修を実施
○　都道府県研修（平成２７～２９年度）：中央研修受講者が中心となり、各都道府県の研修を実施

＜③．研修の受講要件＞
○　地域のニーズを踏まえたボランティア養成、サロンの立ち上げ等地域資源開発の実績がある者が望ましい。
○　既に地域でコーディネート業務を担っている者が受講することを想定し、資格要件等は設けない。

21

地域支援事業充実の進め方

	25～26年度	27～29年度	30年度～
医療・介護連携	■25年　地域医療再生基金を活用した事業実施 ■26年　介護保険法改正（在宅医療・介護連携拠点の機能を地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。都道府県による支援等も実施。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
認知症施策	■25年　認知症初期集中支援チームのモデル事業の実施等 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
地域ケア会議	■26年　地域ケア会議の推進（国による好事例周知等を積極的に推進） ■26年　介護保険法改正（法定化、守秘義務等）	■27年4月　改正法施行 ■法定化による地域ケア会議の確実な実施	■地域ケア会議の充実が図られる。
生活支援	■26年　生活支援の基盤整備 ■コーディネーターの研修実施 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■コーディネーターの配置等を順次推進、国による好事例の周知等も積極的に実施。	■コーディネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。

22

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

（　方　向　性　）

人員体制　→　業務量に応じた配置

- ○　高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置。
- ○　さらに、今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化を図ることが必要。

＋

業務内容の見直し

センター間の役割分担・連携強化

- ○　在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図る中で、地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。

＋

行政との役割分担・連携強化

- ○　委託型センターに対して、市町村が提示する委託方針について、より具体的な内容を提示することを推進。
- ○　これにより、市町村との役割分担、それぞれのセンターが担うべき業務内容を明確化。

＋

効果的な運営の継続　→　PDCAを充実

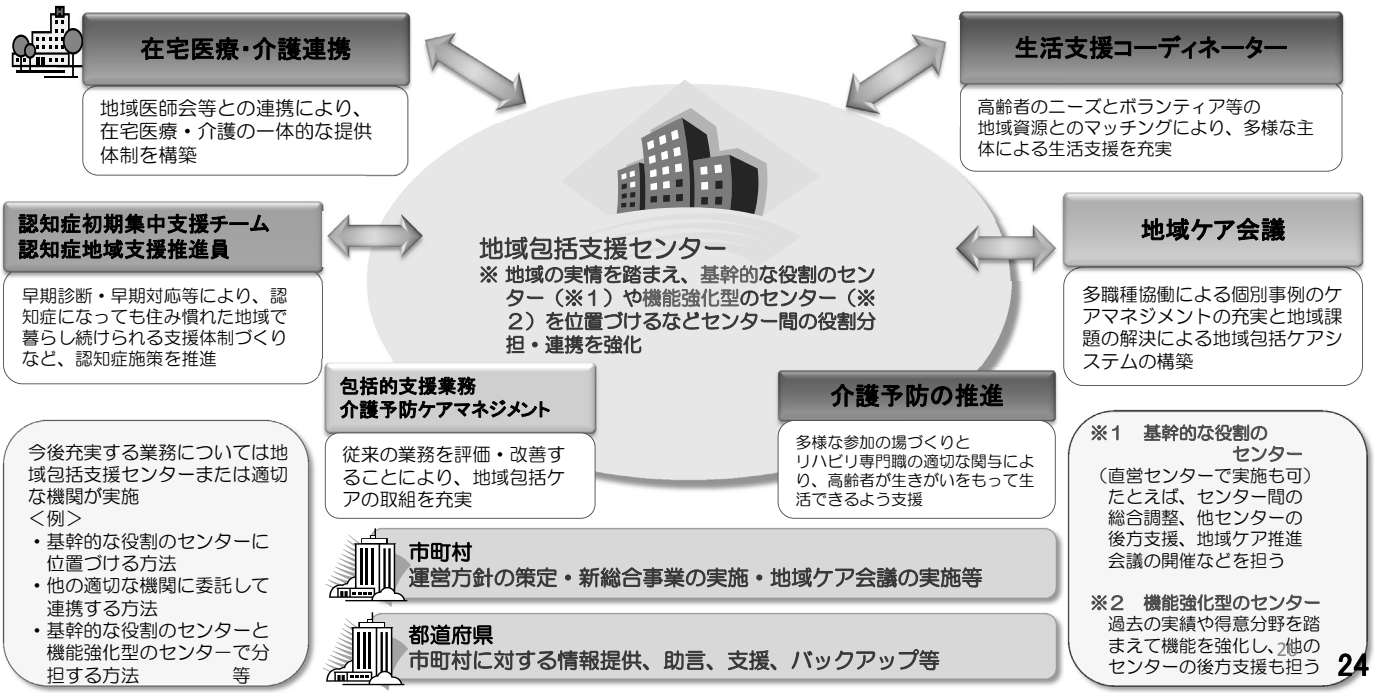
- ○　センターがより充実した機能を果たしていくには、運営に対する評価が必要。（現在、約3割の市町村が評価を実施）
- ○　市町村運営協議会等による評価の取組、PDCAの充実等、継続的な評価・点検の取組を強化。

　併せて、情報公表制度を活用し、センターの取組について周知する。

23

地域包括支援センターの機能強化

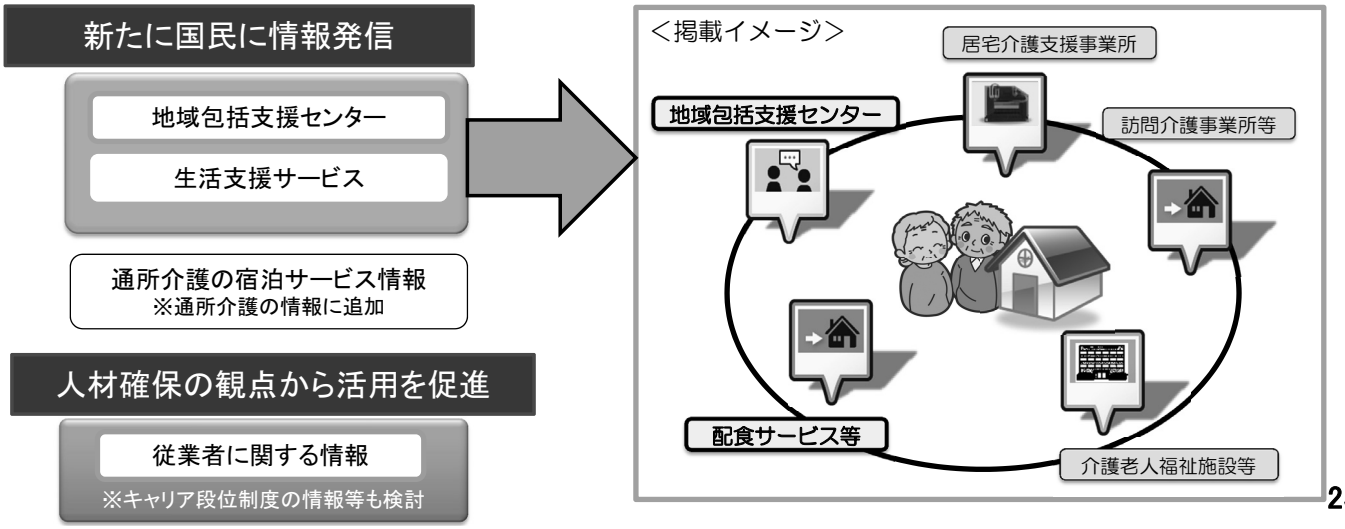
○高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
○市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
○直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
○地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
○地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



24

介護サービス情報公表制度の見直し

○　地域包括ケアシステム構築の観点から、現在公表されている介護サービス事業所の他に、地域包括支援センターと配食や見守り等の生活支援の情報について、本公表制度を活用し、広く国民に情報発信を行う。
　また、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービスの情報も公表。
○　今後、介護人材の確保が重要となる中、各事業所における雇用管理の取組を推進することが重要であり、現行の従業者等に関する情報公表の仕組みについて、円滑に事業所が情報を公表できるよう見直しを行う。
○　インターネットを通じて情報を入手することができない方に対しても、地域包括支援センター等で情報公表システムを活用して分かりやすく情報提供するなどの工夫が必要。



25

予防給付の見直し

地域の実情に応じたサービスの多様化を通じた生活支援・介護予防の体制を強化。
併せて、高齢者の社会参加・介護予防の推進、効率的な事業実施を推進し、結果としての費用の効率化を同時に目指す。

現行の介護保険制度の仕組み

○ 介護保険制度の中には、①要介護者（1～5）に対する介護給付、②要支援者（1・2）に対する予防給付のほか、保険者である市町村が、「事業」という形で、要介護・要支援認定者のみならず、地域の高齢者全般を対象に、地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがある（平成17年改正で導入。平成18年度から施行）。
※介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成は変わらない。

○ 要介護者・要支援者以外の高齢者（2次予防事業対象者など）への介護予防事業は、「地域支援事業」で実施。

○ 市町村の選択により、「地域支援事業」において、要支援者・2次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業（「総合事業」）を創設（平成23年改正で導入。平成24年度から施行）。
※24年度には27保険者（市町村等）が実施。25年度は44保険者が実施予定。

介護保険制度

介護給付（要介護者）
約7兆1000億円（平成23年度）＊

予防給付（要支援者）
約4100億円（平成23年度）＊

地域支援事業
約1570億円（平成23年度）

個別給付	個別給付	介護予防事業・総合事業	包括的支援事業・任意事業
◆法定のサービス類型（特養・訪問介護・通所介護等） ◆全国一律の人員基準・運営基準	◆法定のサービス類型（訪問介護・通所介護等） ◆全国一律の人員基準・運営基準	◆内容は市町村の裁量 ◆全国一律の人員基準・運営基準なし	◆地域包括支援センターの運営等

財源構成 （国）25%：（都道府県/市町村）12.5%:（1号保険料）21%:（2号保険料）29%

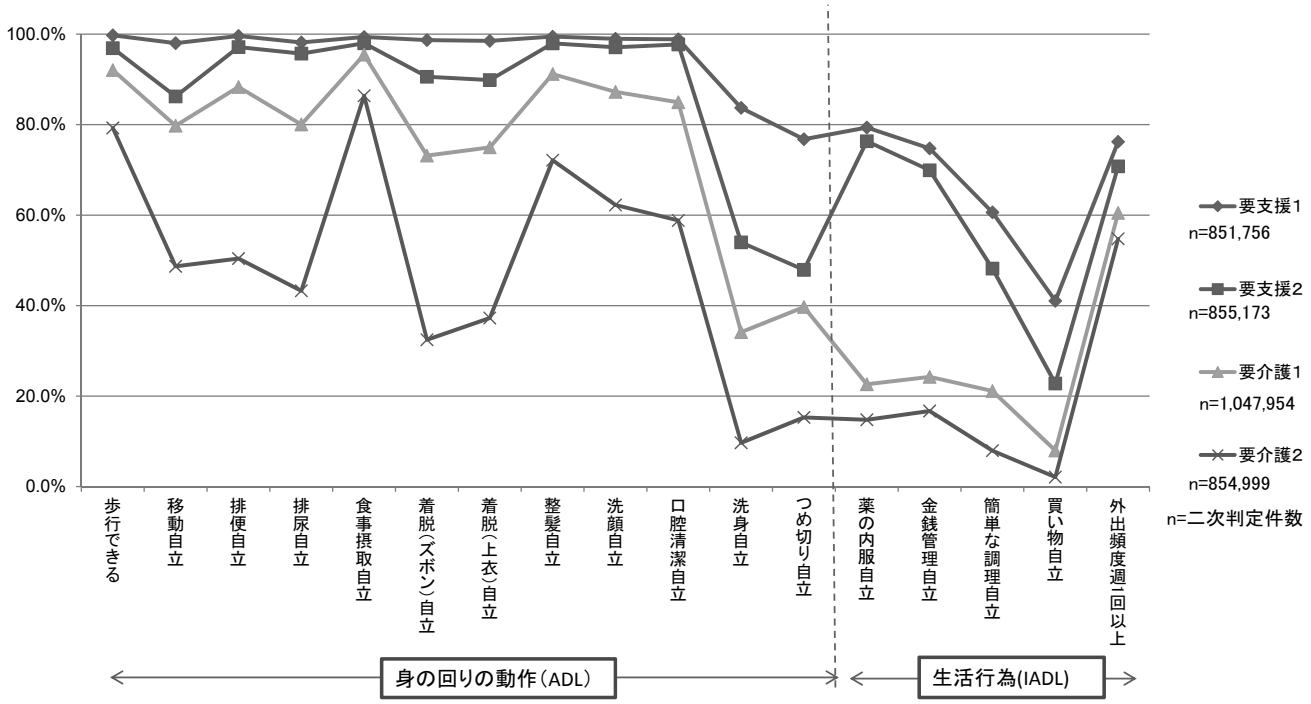
財源構成 （国）39.5%：（都道府県/市町村）19.75%:（1号保険料）21%

＊これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。

26

（参考）要支援１～要介護２の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。
※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果（出典：認定支援ネットワーク（平成24年2月15日集計時点））

27

要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行（介護予防・生活支援サービス事業）

○ 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行（平成29年度末まで）

○その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用

予防給付によるサービス

・訪問介護

・通所介護

訪問介護、通所介護について事業へ移行

新しい総合事業によるサービス（介護予防・生活支援サービス事業）

・訪問型サービス
- ・多様な担い手による生活支援

・通所型サービス
- ・ミニデイなどの通いの場
- ・運動、栄養、口腔ケア等の教室

・生活支援サービス（配食・見守り等）
- ・介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
※総合事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可

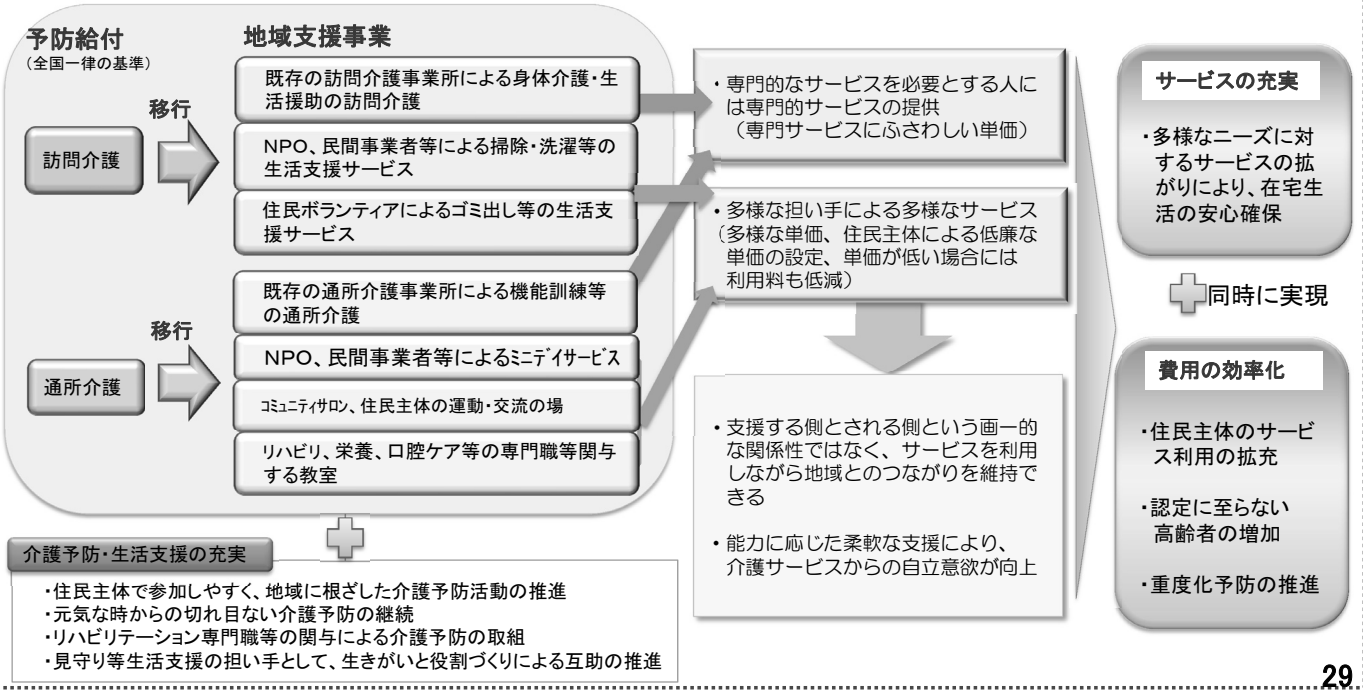
・訪問看護
・訪問リハビリテーション
・通所リハビリテーション
・短期入所療養介護
・居宅療養管理指導
・特定施設入所者生活介護
・短期入所者生活介護
・訪問入浴介護
・認知症対応型通所介護
・小規模多機能型居宅介護
・認知症対応型共同生活介護
・福祉用具貸与
・福祉用具販売
・住宅改修　など

従来通り予防給付で行う

28

予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

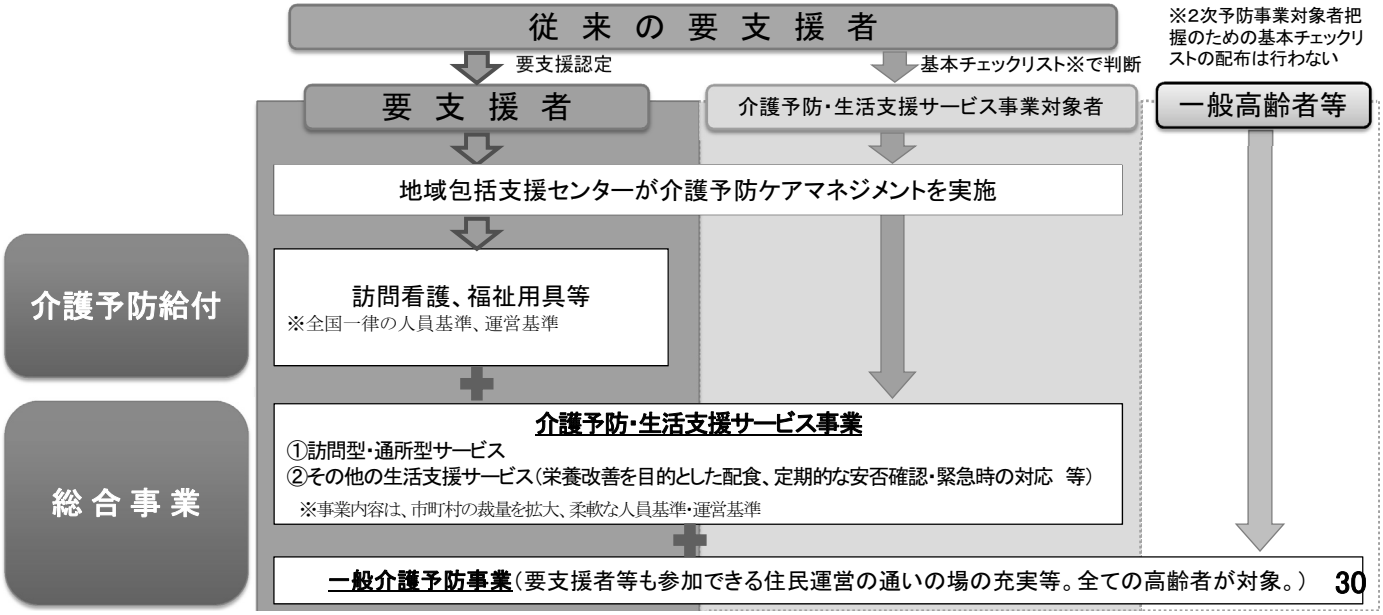
○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



29

総合事業の概要

○ 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
○ 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
○ 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



30

介護予防の推進

介護予防の理念

○ 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。

○ 生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

○ 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。

○ 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。

○ 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

これからの介護予防の考え方

○ 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

○ 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。

○ 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。

○ このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

31

新しい介護予防事業

○機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
○元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
○リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業
- 介護予防普及啓発事業
- 地域介護予防活動支援事業
- 一次予防事業評価事業

二次予防事業
- 二次予防事業対象者の把握事業
- 通所型介護予防事業
- 訪問型介護予防事業
- 二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業
- 介護予防事業対象者の把握事業
  - 地域の実情に応じて収集した情報等（例えば、民生委員等からの情報など）の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応（基本チェックリストを活用することも可能）
- 介護予防普及啓発事業
- 地域介護予防活動支援事業
  - 要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実
- 介護予防事業評価事業
- （新）地域リハビリテーション活動支援事業
  - 「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進

介護予防・生活支援サービス事業
- 従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防・日常生活支援総合事業

32

介護予防・日常生活支援総合事業（長崎県佐々町）

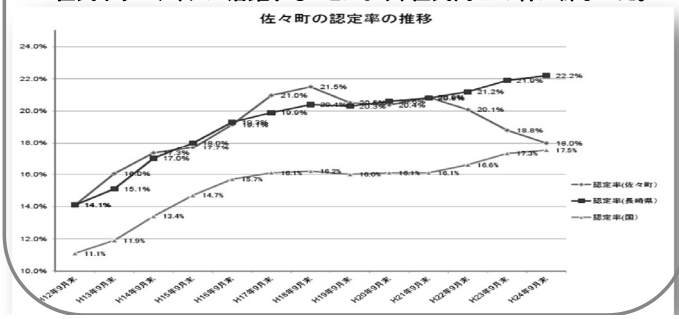
○高齢者を含む 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた地域住民が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
○ 20年度から実施し、24年12月現在45名が登録・活動中。ボランティアの情報交換等のため連絡会も設置。行政担当者等も参加し、町の介護予防の方向性の統一化、個々のケースの切れ目ないケアの実現を図る。

【佐々町の概要】 平成26年1月31日現在

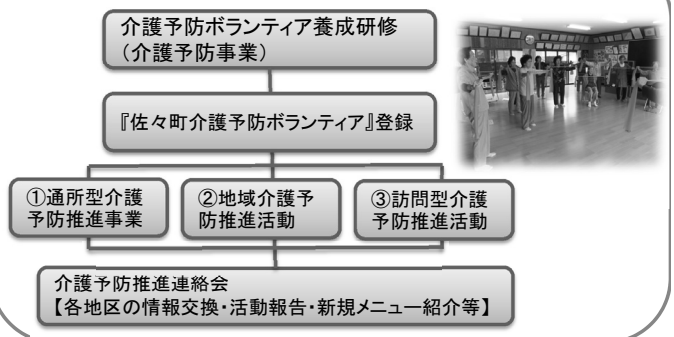
■地域包括支援センター
直営　1カ所
■人　口：13，738人
■高齢者人口：3，280人
■高 齢 化 率：23．8%

【取組の成果】

○できないことの「お手伝い」ではなく、「できていることの継続」と「改善可能なことを増やす」支援により、高齢者の自立度が向上し認定率が低下している。
○身近な会場や地域資源を活かした通いの場、参加の場を作り、住民ボランティアが活躍することにより、住民同士の絆が深まった。



佐々町の介護予防ボランティア組織図



多様な通いの場と生活支援の体制づくり

○はつらつ教室、水中運動教室、男性料理教室、身近な会場での介護予防活動など、多様な通いと参加の場づくり
○介護予防ボランティアの活躍の場と生きがい支援
○シルバー人材センター、介護予防ボランティア等による日常生活上の支援
○地域デイサービスや地区の介護予防活動の開催により、要支援から改善しても通える場の確保

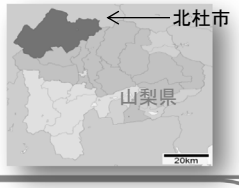
33

介護予防・日常生活支援総合事業（山梨県北杜市）

○ 直営の地域包括支援センターが中心となって、地域づくりを推進。ニーズ調査の結果も活用し、高齢者の外出や交流が少ないといった地域課題を明確化。関係機関との情報交換を行いつつ、多様な通いの場づくり、ボランティア活動等を促進。
○ 介護予防・日常生活支援総合事業では、これまでの取組により生み出された地域の資源等を有効に活用しつつ、①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施。

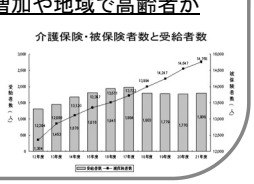
【北杜市の概要】 平成25年10月1日現在

■地域包括支援センター
直営　1カ所
■人　口：48，882人
■高齢者人口：15，966人
■高 齢 化 率：32．7%



【取組の経緯と成果】

○北杜市は、平成18年度の地域包括支援センター設置以降、地域づくりによる介護予防の推進と地域力の向上に取り組んでいる。
○平成22年に住民のニーズ調査を行い、全国との比較により、認知症高齢者が多い傾向にあること、社会参加意欲が低いこと、買い物等外出や交流が少ないこと等、北杜市の特徴や地域課題を明確化
○介護事業者や関係機関との情報交換を行いながら、地域課題の解決に向けて、地域支援事業を充実強化（多様な通いの場づくり、ボランティア活動の促進、地域ケア会議の取組など）した。
○この結果、介護支援ボランティア登録者の増加や地域で高齢者が気軽に集える場を住民主体で立ち上げる等地域の力で高齢者や家庭介護を支えようという意識向上が図れている。
○このような北杜市独自の取組をH24年度から総合事業に位置づけている。



通所型予防サービス（ふれあい処北杜）

○運営（8か所）
NPO、社協、任意団体、介護事業所
○内容
会話、創作、体操、事業所の特性を生かした活動等（週1～2回）
○スタッフは1～2名。他ボランティア等
○ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
○地域の人が誰でも気軽に立ち寄れる場所

生活支援サービス（あんしんお届サービス）

○ 内容
・配食＋安否確認（緊急連絡を含む）
・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
・異状があった時の連絡義務づけ
・弁当業者、任意団体、介護事業所
（4か所の事業者が参入）

介護予防事業

○地域を中心とした自主活動への支援
・いきいき運動教室（骨折・転倒予防のための運動教室）
・筋力元気あっぷ事業（筋力向上トレーニングと運動習慣習得）
・ふれあい広場（体操、レクリエーション、交流会を実施）

34

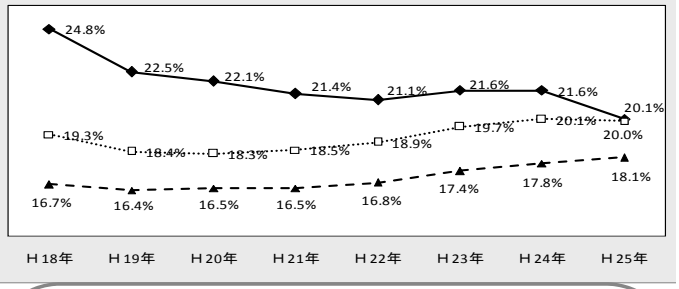
介護予防・日常生活支援総合事業（大分県杵築市）

○ 認定申請の相談時に、地域包括支援センター職員が面接しアセスメントを実施（必要があれば訪問）
○ 高齢者の状態、ニーズ、有効と思われるサービスなどを総合的に判断して、総合事業を紹介
○ 高齢者の選択により総合事業のサービスを利用して、認定申請に至らず過ごしている高齢者が多数
○ 多様な通いの場づくり等を通じた介護予防活動の推進により、要介護・要支援状態から改善するケースもある

【杵築市の概要】 平成25年9月末現在

■地域包括支援センター
　直営　　1カ所
　サブセンター　1カ所
■人　　口　31,224人
■世 帯 数　13,429人
■高齢者人口　10,256人
■高 齢 化 率　32．9%

【認定率の推移】



【これまでの取組等】

・杵築市の要介護認定率は、平成18年で24.8%と高く、全国平均の16.7%や大分県平均の19.3%と比較しても突出していた。
・地域包括支援センターが創設され、ケアマネジメント支援と介護予防を強化するにあたり、関係者の意識改革やアセスメント能力向上などの人材育成を行い、介護保険制度の理念である自立支援の考え方を徹底して追求
・地域ケア会議で、要支援の新規・更新申請者や住宅改修・福祉用具の利用者等に対する支援のあり方を、保険者、地域包括支援センター、ケアマネジャー及び保健・医療等の多職種が一体と なって検討し、自立支援に資するケアマネジメントを推進
・個別ケースの検討から地域課題を発見し、ニーズ量を把握した上で、例えば要支援から改善した高齢者の受け皿づくりや生活支援の整備など、必要とされる社会資源の整備につなげる。

【事業の概要と効果】

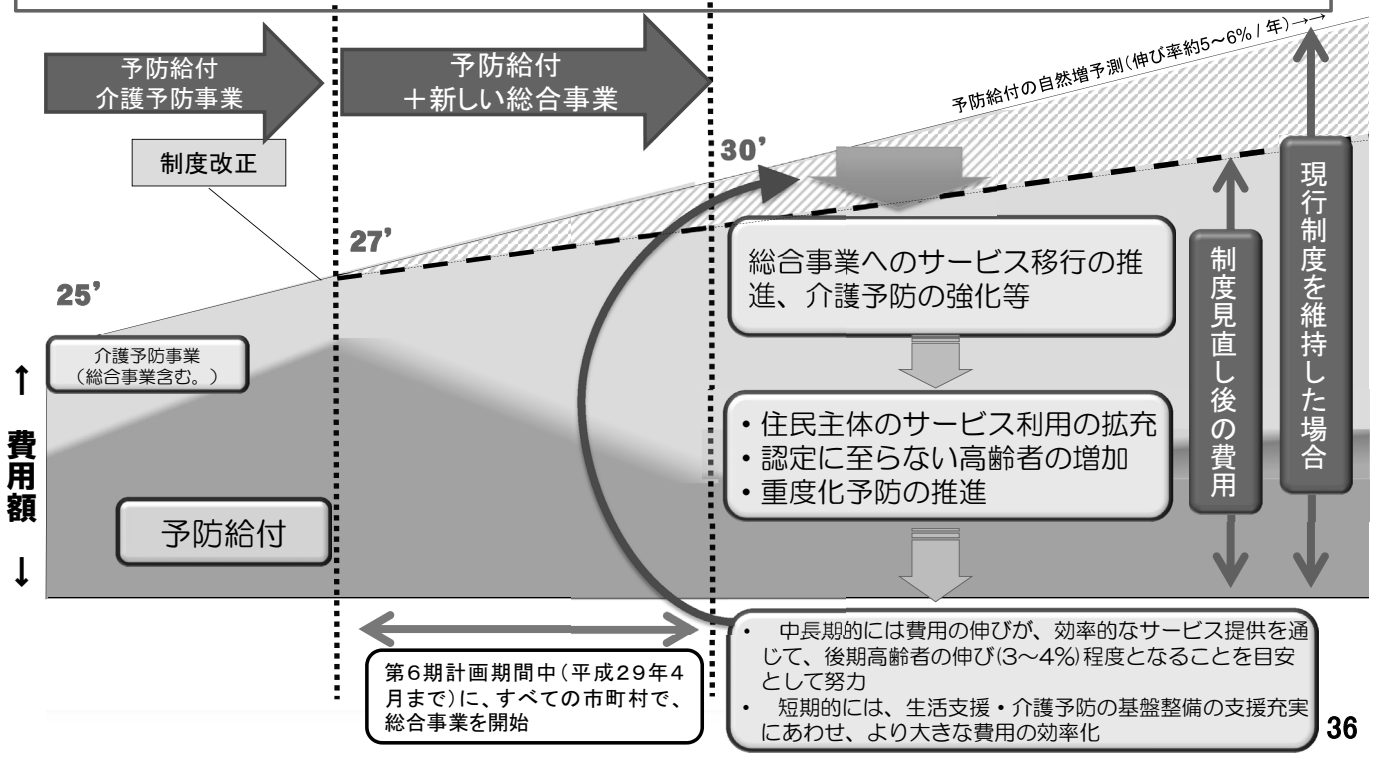
・事業の予防サービス（訪問型・通所型）においても介護予防給付のサービス事業所を活用。利用者の状態に合わせたケアマネジメントによって事業か給付か選択
・事業における委託単価は給付より低めに設定。利用者は同じ事業者を利用する場合であっても、事業を利用することにより自己負担額が軽減
・介護予防拠点を中心に、認知症予防教室、運動教室、高齢者サロン、一般財源による生きがいデイサービスや公民館におけるサークル活動など、多様な通いの場を選択肢として設け、介護予防活動を推進

・上記の活動を支える人材として、介護予
・地域での自立生活をめざして、3ヶ月ごし、給付から事業へ、事業から住民主体の活動へと移行する人もいる

35

総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

○　総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
○　機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
○　リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



36

地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例（まとめ）

地域包括ケアシステムについては、市町村が中心となって、地域の多様な支える力を集結させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく必要があります。特に予防給付を見直し、円滑に地域支援事業へ移行していくためには、市町村が中心となって支え合いの体制づくりを進めることが必要です。厚生労働省では、市町村の好事例を取りまとめました。好事例も参考にしながら、各市町村で取組を進めていただきたいと考えています。

〇市町村介護予防強化推進事業（介護予防モデル事業）に関する事例・・・・・・ ・・・・ ・・・・・P2
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/jitsurei.html
【厚生労働省のHP＞政策について＞分野別の政策一覧＞福祉・介護＞介護・高齢者福祉＞介護予防＞5　市町村介護予防強化推進事業 】

〇介護予防・日常生活支援総合事業に関する事例・・・・・・・・・・・・・・・・ ・・・・ ・・・・・・・・ ・・・・P20

〇介護予防事業に関する事例・・・P28
「地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例」（参考）
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html
【厚生労働省のHP＞＞政策について＞分野別の政策一覧＞福祉・介護＞介護・高齢者福祉＞介護予防
＞4　地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例】

【出典】平成26年3月　地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」

〇生活支援コーディネーターに関する事例・・・・・・・ ・・・・ ・・・ ・・・ ・・・ ・・・・ ・・・・ ・・・・・・・P36
「地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業　報告書」
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000046377.pdf
【厚生労働省のHP>政策について＞分野別の政策一覧＞福祉・介護＞介護・高齢者福祉＞地域包括ケアシステム>５. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加】

〇地域包括ケアシステム構築に関する事例
「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成
～できること探しの素材集～」・・・・・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・・・・ ・・ ・・・・・・・・・・・・・P55
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf
【厚生労働省のHP＞政策について＞分野別の政策一覧＞福祉・介護＞介護・高齢者福祉＞地域包括ケアシステム
＞1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて＞地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例】

【日本地図から全国の事例を検索】をクリックすると、地図から事例の検索ができます。
http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/

「過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書」・・・・・・P60
http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2013tiikihokatsu-shiryo.pdf【社団法人北海道総合研究調査会HP】

〇地域ケア会議に関する事例（参考）
「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf
【厚生労働省のHP＞政策について＞分野別の政策一覧＞福祉・介護＞介護・高齢者福祉＞地域包括ケアシステム＞3. 地域ケア会議について】

37

新しい地域支援事業の全体像

＜現行＞　介護保険制度　＜見直し後＞

【財源構成】	＜現行＞		＜見直し後＞
国 25% 都道府県 12.5% 市町村 12.5% 1号保険料 21% 2号保険料 29%	**介護給付**（要介護1～5）	現行と同様	**介護給付**（要介護1～5）
	介護予防給付（要支援1～2） 訪問看護、福祉用具等	→	**介護予防給付**（要支援1～2）
	訪問介護、通所介護	事業に移行 →	**新しい総合事業**（要支援1～2、それ以外の者） 〇 介護予防・生活支援サービス事業 ・訪問型サービス ・通所型サービス ・生活支援サービス（配食等） ・介護予防支援事業（ケアマネジメント） 〇 一般介護予防事業
	地域支援事業：**介護予防事業** 又は**介護予防・日常生活支援総合事業** 〇 二次予防事業 〇 一次予防事業 （介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。）	→ 多様化	（地域支援事業）
【財源構成】 国 39.5% 都道府県 19.75% 市町村 19.75% 1号保険料 21%	**包括的支援事業** 〇地域包括支援センターの運営 ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援	→ 充実	**包括的支援事業** 〇 地域包括支援センターの運営 （地域ケア会議の充実） 〇 在宅医療・介護の連携推進 〇 認知症施策の推進 （認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等） 〇 生活支援サービスの基盤整備 （コーディネーターの配置、協議体の設置等）
	任意事業 〇 介護給付費適正化事業 〇 家族介護支援事業 〇 その他の事業	→	**任意事業** 〇 介護給付費適正化事業 〇 家族介護支援事業 〇 その他の事業

38

その他制度改正の概要

特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

○　原則、特養への新規入所者を要介護度３以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】

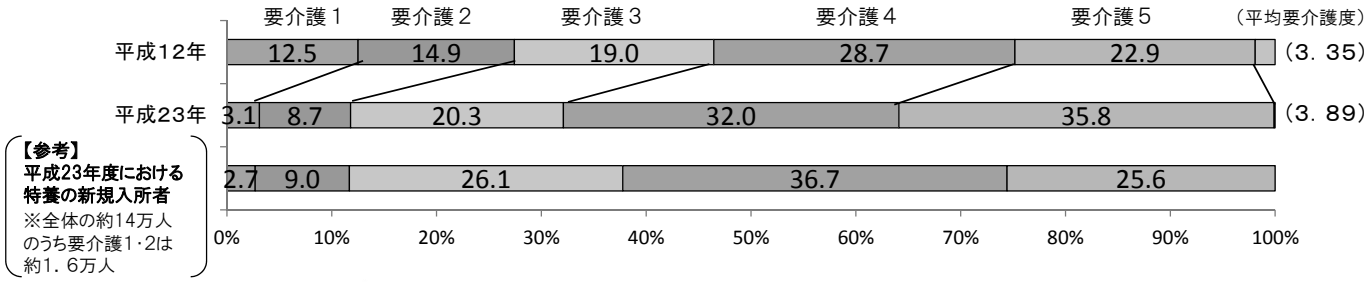
○　他方で、軽度（要介護１・２）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【 参考：要介護１・２であっても特養への入所が必要と考えられる場合（詳細については今後検討） 】

- 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難
- 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠
- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数： 7，831施設　サービス受給者数：51．1万人（平成25年8月）≫



特養の入所申込者の状況

（単位：万人）

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 （31.2%）	11.0 （26.2%）	17．9 （42.4%）	42．1 （100%）
うち在宅の方	7.7 （18.2%）	5.4 （12.9%）	6．7 （16.0%）	19．9 （47.2%）

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。（ 平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

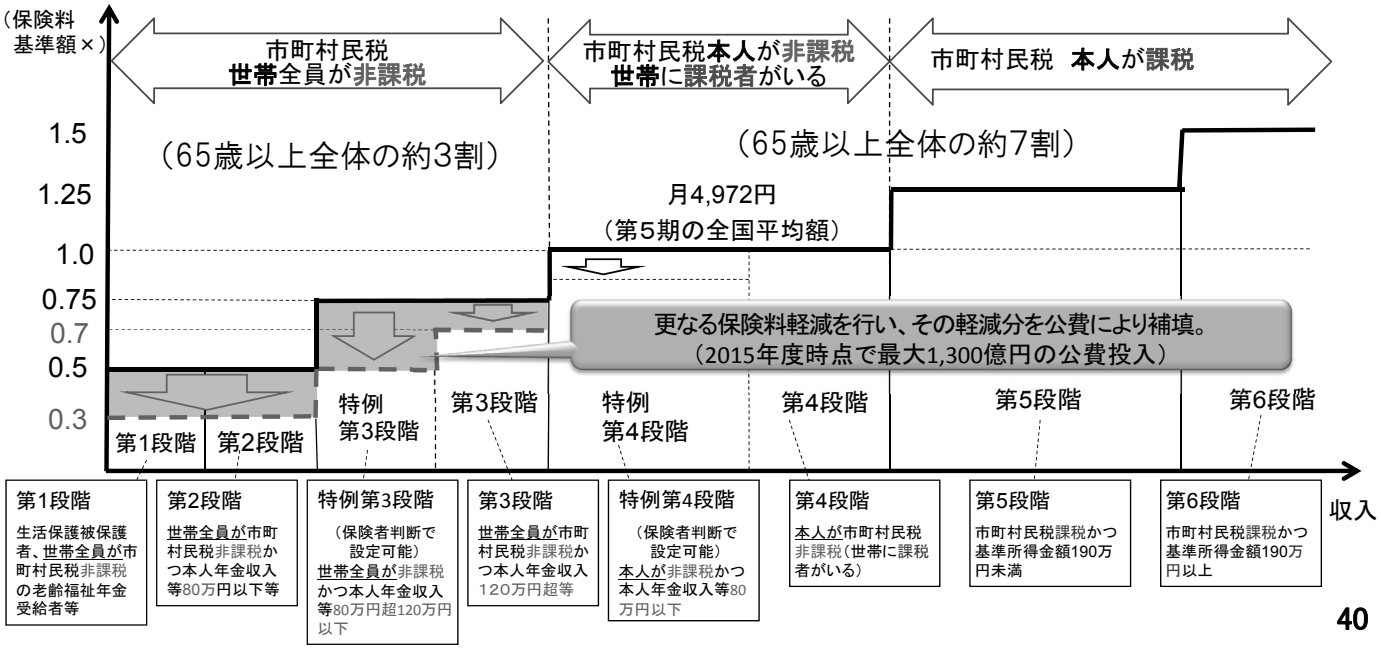
39

低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕
■　給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。

■　平成27年度（第6期介護保険事業計画）から実施。

	現行		27年度～
第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



40

一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

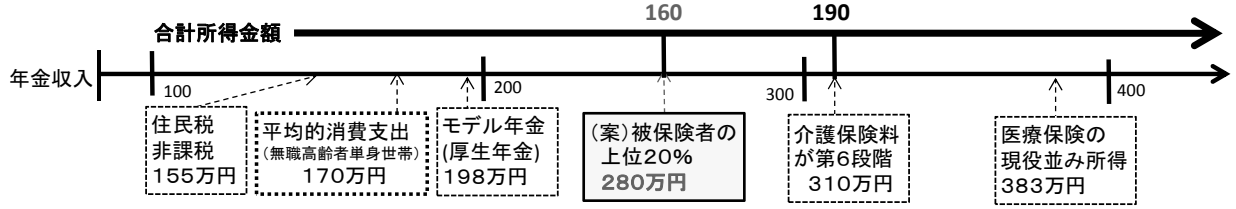
○ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

○ 自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、**被保険者の上位20%**に該当する合計所得金額160万円以上の者（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）

○ 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準（単身で年金収入のみの場合）

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除（基本的に120万円）



負担上限の引き上げ

自己負担限度額（高額介護サービス費）のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉

	自己負担限度額（月額）
一般	37,200円（世帯）
市町村民税世帯非課税等	24,600円（世帯）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）

〈見直し案〉

現役並み所得相当	44,400円
一般	37,200円

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

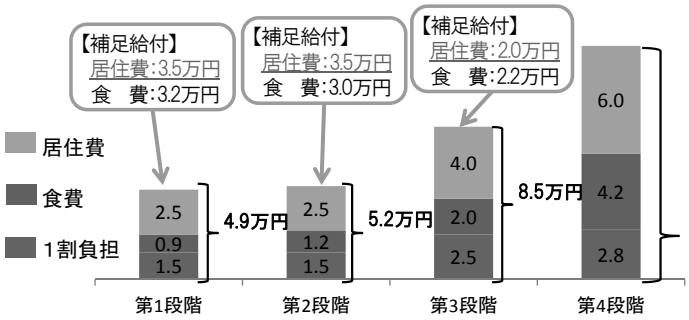
	自己負担限度額（現行／世帯単位）
現役並み所得者	80,100＋医療費1%（多数該当：44,400円）
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15.000円

41

補足給付の見直し（資産等の勘案）

○ 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
○ 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金や不動産を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



負担軽減の対象

第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、 利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

（※）認定者数：103万人、給付費：2844億円［平成23年度］

＜見直し案＞

預貯金等 → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。　→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

※　不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、これを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みを検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

42

ご清聴ありがとうございました

出典：平成25年3月　地域包括ケア研究会報告書より

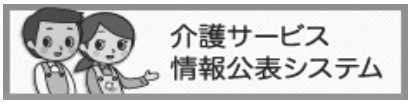
咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」
もぜひご覧ください

地域包括ケアシステム　検索　クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら



Ⅱ．高齢者の生活支援ニーズと生活支援サービス

１．高齢者の生活支援ニーズ

介護保険制度の改正を踏まえ、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に期待される機能と役割について考える前提として、ここでは、高齢者の生活支援ニーズと、それに対応する生活支援サービスには、どのようなものがあるのか、内容や現状、取り組むべき内容について見ていきましょう。＊なお、ここでの高齢者とは、認知症がなく身体介護を必要としない虚弱高齢者です。

（1）日常生活における高齢者の不自由さ

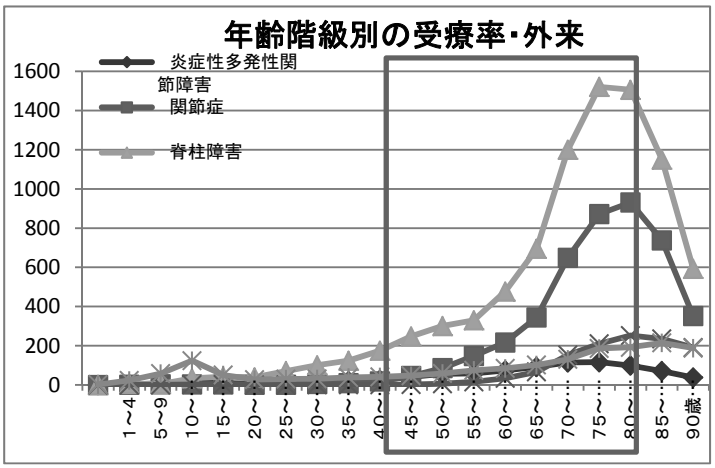
高齢になると、掃除、洗濯、調理、買物など日常生活を営む上で不可欠な家事等に様々な不自由を感じるようになります。

例えば、掃除機をかけられないという声をよく聞きます。掃除機が重くて、おまけに腰を曲げなければかけられないので膝痛と腰痛のある高齢者には大変だからだと言います。調理は、できないわけではないけれど億劫になって簡単なもので済ませるようになった、買物は、店まで歩いていくことはできるが、買ったものを持って帰ることが大変になってしまい週１回しか行けていない、布団干しはずっとしていない、など。

これらは、いずれも加齢に伴う膝痛、腰痛、体力の低下などから生じる症状で、個人差はあるものの、高齢者であればある程度共通にみられる状態です。年齢が上がるにつれ、大変さが増すものでもあります（図 1)。中には、妻任せで調理ができず、妻亡き後は毎日のように弁当を買っているという男性の例もありますが､このような例は､高齢になると、新しいことに取り組むことが難しかったり、消極的になったりしやすいことからくるものだと思われます。どれも、「できない」までではないけれど、「代わってもらえるのなら助かる」というような、つまり「あると助かる」というニーズです。

また、一人暮らしの場合は、壁掛け時計の電池や蛍光灯の交換、家電製品の故障のような時として生じるちょっとしたことに対処できずに困ったり、入浴中にもし何かあったらと不安だとか、話し相手になるような傍らにいる人の存在がないといった心細さを訴える人もいます。

図１



出典：厚生労働省患者調査

（2）生活支援ニーズの内容　～「５つのこと」と「ちょっとしたこと」、「安心」確保の重要性

それでは、高齢者の生活がうまく営まれるためには、どのようなことを満たす必要があるのでしょうか。「安心生活創造事業」（国庫補助事業、現「安心生活基盤整備構築事業」）の整理（図２）を参考に、見ていきたいと思います[1)]。

この整理によると、生活をうまく営むためには、「５つのこと」と「ちょっとしたこと」をこなすことが必要だといいます。「５つのこと」とは、自分の存在を気にかけていてくれる人がいる「安心」の確保、買物や掃除、調理、布団干しなどの「日常的な家事」、通院や買物などの「外出」、友人知人等との「交流」、大掃除や家電製品の買物など「非日常的な家事」のことで、「ちょっとしたこと」とは、蛍光灯の交換や固い蓋の開け閉めなどのような日常生活で不意に起こるようなことです。そして、この「５つのこと」と「ちょっとしたこと」は、どれも生活の上で必要なことですが、その中でも「安心」の確保は基盤であり、最も重要で不可欠なものだと整理されています。

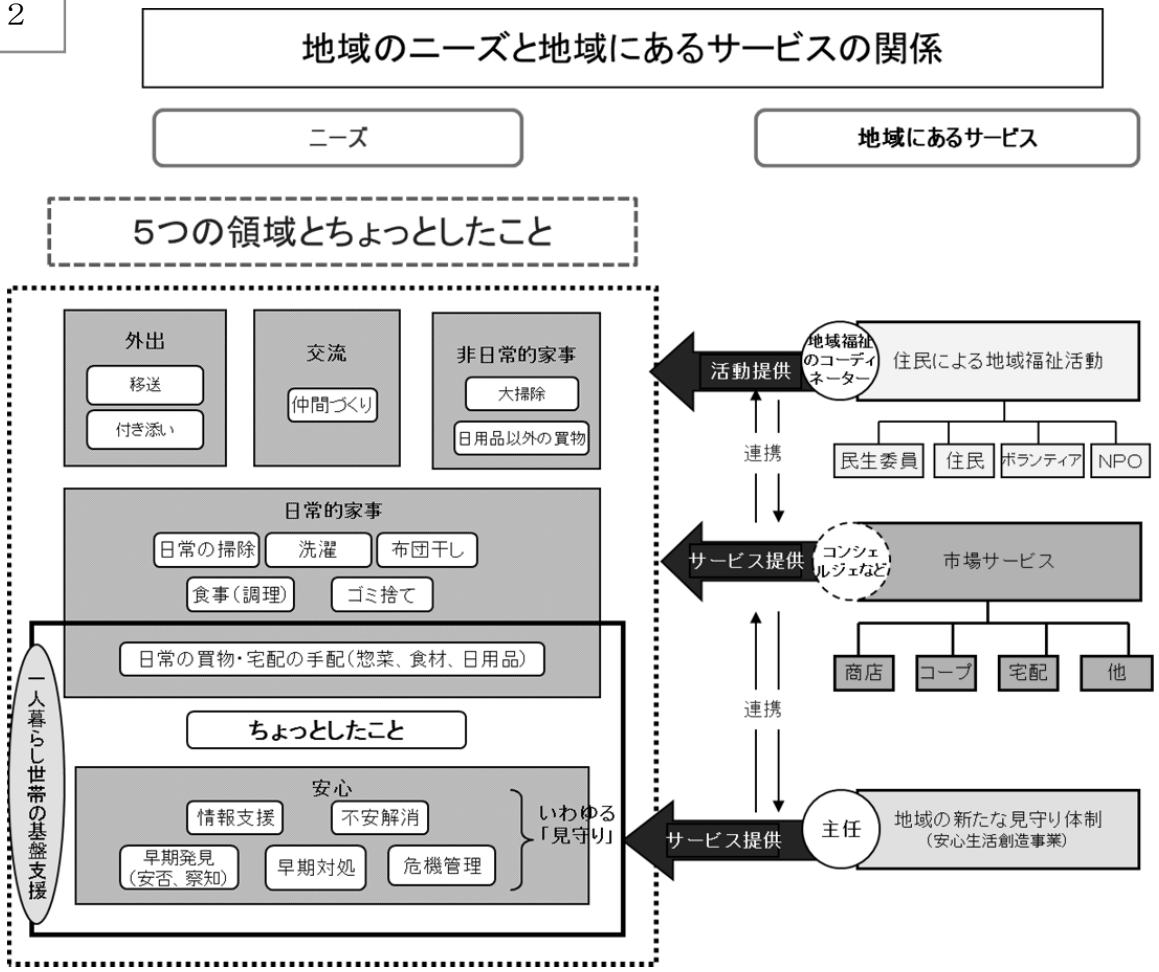
なお、「安心」の確保については、隣近所のさりげない見守りに取り組む地域が増えつつあります。担い手は近隣住民もあれば、ボランティアグループもある、非常勤職員を置く地域もあるなど、その方法は地域により様々ですが、気になる高齢者の自宅を訪問する活動も広がってきています。良く取り組まれている見守り活動・サービスをみると、「早期発見（安否確認・変化の察知）」「早期対処」「危機管理」「情報支援」「不安解消」の要素が、何らかの形で含まれているといわれます。見守り活動・サービスが「安心」の確保にしっかりつながるためには、これらの要素を意識した取り組みにすることが必要だといえます。

生活支援ニーズは、「安心」の確保を基盤とする、「５つのこと」と「ちょっとしたこと」のどこかが、うまくいかなくなったときに生じます。生活支援ニーズに対応するサービスは、少なくともこれらの内容、つまり、「安心」の確保、「日常的な家事」、「外出」、「交流」、「非日常的な家事」「ちょっとしたこと」をメニューとして備えている必要があるといえます[2)]。

（3）親族や行政、専門職のニーズ

高齢者の生活支援ニーズは、高齢者本人の「あると助かる」から生じるものが多いと思われますが、生活支援サービスの提供現場をみると、それだけではない姿が見えてきます。よくみられる例としては、一人暮らしや高齢者夫婦世帯などの場合です。こういった高齢者のみの世帯の場合は、消費者被害にあう心配や急病、火の不始末など、もしも何かあったらという不安がぬぐえません。そしてその心配や不安は、本人以上に、離れて住む親族や近隣住民、行政や専門職などの方がより強く感じている場合も多いと考えられます。そして、これら高齢者の周囲にいる人々が、高齢者の安全確保を担保したいと考えたときに、定期的な接触機会をもつ生活支援サービスを、高齢者の生活に導入したいと希望することがあります。気になる高齢者の見守りを主目的として家事援助を活用するといった利用の仕方は、従来からよくみられた方法です[3)]。高齢者の生活支援サービスの充実は、高齢者本人のみならず、親族や専門職のニーズでもあるのです。つまり、生活支援ニーズは、高齢者の周囲の人々の「あると助かる」から生じる側面も大きいと考えられます。

図２



出典：厚生労働省社会・援護局地域福祉課「安心生活創造事業」資料（一部中村修正）

（４）生活支援ニーズへの対応方法～包括的な方法と単品サービスで対応する方法

このようにみてくると、高齢者の生活支援ニーズは、次の三つのことが組み合わさって生まれていると考えられます。一つ目は、高齢者本人の「あると助かる」状態からくるもの。二つ目は、特に一人暮らしの場合に、傍らにいてくれる存在を望む高齢者の気持ちからくるもの。三つ目は、周囲にいる人々が、高齢者の安全を確保したいと願う気持ちからくるものです。

高齢者の生活支援ニーズは、掃除や買物が大変になったので支援があると助かるというタイプもあれば、一人暮らしで心配だから、週１回ホームヘルパーが訪問してくれるなら安心で、その際に、大変になった掃除や買物もしてもらえるなら助かる、というタイプもあります。前者の場合は、必要なメニューに対応する生活支援サービスを提供できるようにしなければなりません。後者の場合は、生活支援サービスの提供にプラスアルファとして、話し相手や安否確認を付加することが望まれています。

実際、このようなニーズへの対応としては、これまで主に二つの方法がとられてきました。一つは、ホームヘルパーや訪問ボランティアといった人が、１回１時間などのまとまった時間枠の中で家事をしながら話し相手をし、安否確認をする包括的な方法。もう一つ

は、配食、移動、買物サービスなどの単品サービスの形で対応する方法で、そこに必要に応じて話し相手や安否確認を付加させる方法です。

① 包括的な方法

ホームヘルパーや訪問ボランティアといった人が、１回１時間などのまとまった時間枠の中で、家事等をしながら話し相手をし、安否確認をするというような包括的な方法は、決められた時間内に、どのような内容の支援を行うかが、あらかじめ決められている場合が多いものの、状況に応じて内容を変えることも可能なため、その場の必要に即応する柔軟性と補完性にすぐれた方法といえます。

しかし、洗濯ができないという場合、洗濯自体は洗濯機で行うので困らないが、洗濯物を２階の物干しに持って行って、物干し竿に干すことが大変なので手伝ってもらうと助かるというニーズであったりします。生活の不自由さは、このように、できることとできないことが入り組んでいたり、環境次第ではできるようになることも含んで生じることがありますが､包括的な方法の場合は､その行為全てを代行しようと思えばできることから、結局、その行為全体を代行するという形をとりやすい傾向があります。また、浴室の鏡を磨いていかなかった、敷居の隅のホコリを掻き出さずに掃除を済ませたといったことが苦情になるなど、利用者の要求水準に個人差の大きいことや、自身ではしないような水準まで要求が高くなるといったことも起きやすいと言われます[4)]。そのため、支援内容が広がりすぎないように、ここはやりませんと、あらかじめ、範囲を厳格に示さざるを得ないこともあります。

② 単品サービスで対応する方法

配食、移動、買物、掃除サービスなどの単品サービスで対応する方法では、それらサービスを提供することでニーズが充足できる場合もあれば、そこに話し相手や安否確認を付加させる場合もあります。例えば、配食サービスは、もともとは、一人暮らしの高齢者の安否確認のツールとして開発されたものです。食事の配達という形をとる方が、気になる高齢者の生活にも自然に接触でき、加えて、バランスの良い食事と話し相手、安否確認を同時に行えると全国に広がりました。現在は、食事の提供を主とした毎日型、安否確認に主眼のある週１回型など地域によりさまざまな形で発達を遂げています。

このように、単品サービスの場合は、決まったメニューを提供する方式であるため、そこから広がりすぎてトラブルになるというようなことは起こりにくいと思われますが、メニューごとの提供であるために、その都度柔軟に内容を変えるといったことはできないという面もあります。

包括的な方法、単品サービスで対応する方法、いずれも高齢者のニーズに対応するために開発されてきた方法ですが、それぞれに長所短所があります。今後、増加する高齢者世帯への生活支援を、時間派遣の包括的な方法でどこまで対応するのか、単品サービスは現在のメニュー・量・質で足りるのか、職員が一定頻度の定期的な巡回訪問を行う等、安心確保そのものをサービスとして提供する方法の開発など、一人一人の高齢者の生活支援ニーズに対応しうる最適な形を求めての、地域での検討が必要といえます。

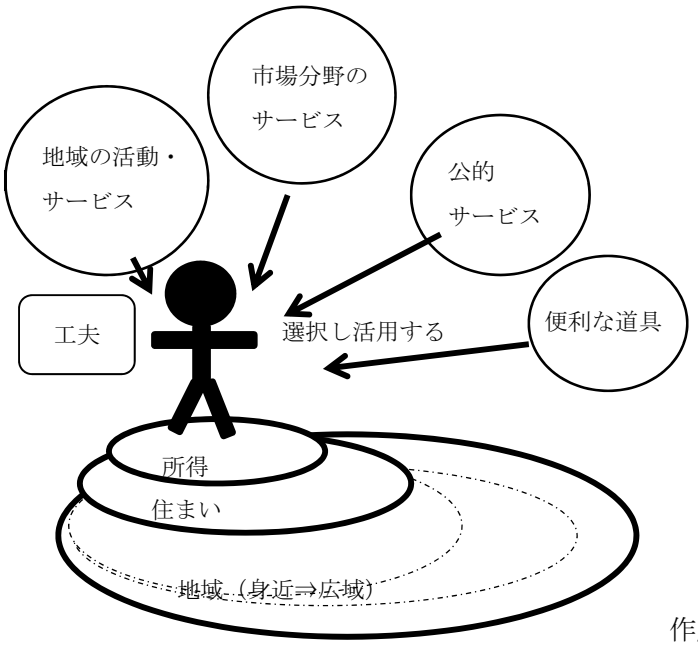
（５）高齢者の生活における自立の姿

ところで、生活の不自由さへの対処の方法は、高齢者により様々です。助けとなるような道具を生活支援用具として上手く活用したり、暮らし方を変えてみるなど、生活に工夫を取り入れてみることもあります。既存のサービスを購入して、できないことを代行してもらう場合もあるでしょう。中には、諦めてそのままにしてしまっていることもあるかもしれないので、その場合は、どこかに工夫の余地がないか、活用できる生活支援用具やサービスはないか、高齢者と一緒に検討してみることが必要です。

例えば、高齢者世帯を訪問すると、掃除機をかけるのは大変だからと、床用ワイパー（参考１）や粘着ロールに代えたり[5)]、洗濯ものを干しやすいよう廊下に低く物干し竿を設置してあったり、買物が大変なので、缶詰やレトルト食品など日持ちのする食料を多めにストックする、食事は、自分で作ったり、配食サービスを利用したり、出来合いの総菜を買ってきたりといった複数の方法を組みあわせて飽きないように確保しているとか、近所の知り合い数人とタクシーに乗り合わせて買物に行きタクシー代を節約しているという例もあります。月に数千円を自分で積み立てて、年に１回便利屋に、床磨きや換気扇掃除など普段できないことを依頼しているという人もいます。これらの工夫は、個々の高齢者

＜図３＞

生活方法の工夫・道具の活用・生活支援サービスの活用のイメージ



作成：中村

（参考１）

床用ワイパー

が主体的に探し出したものであったり、親族などが提案した方法であったりします。

不自由による大変さの感じ方は、人それぞれです。毎日掃除されていないと落ち着かない人もいれば、多少のホコリは気にならない人もいます。頻繁に布団を干さないと嫌だという人もいれば、地域によっては、冬場は布団干しをしないというところもあります[6)]。

こういう、暮らし方の違いや不自由さへの対応の仕方は、人によって千差万別ですから、生活支援では、そのような一人一人の嗜好やスタイルが尊重されることが大切です。高齢者の自立生活の姿は、その人のできる範囲で、生活方法の工夫ができていて、生活支援用具やサービスの活用が、適切に行えている状態だと言えます（図３）。

２．発達する道具（生活支援用具）と生活支援サービス

（１）高齢者と道具（生活支援用具）の活用

それでは、高齢者の不自由をカバーするような生活支援用具とサービスには、現在どのようなものがあるでしょうか。まずは、生活支援用具について見てみましょう。

近年は、生活を便利にする様々な道具の開発が進んでいます。例えば、これまでの普及型掃除機は重く、本体を引きずりながら腰を曲げるような動作を必要とするため高齢者向きではありませんでしたが、最近では、軽量で腰の負担が少ないスタンド型（参考２）など高齢者にも比較的使いやすい形式の掃除機や掃除ロボットも普及し始めています。

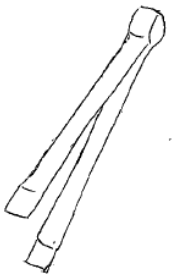
先に挙げたように、床用ワイパーや粘着ロールは、すでにかなりの高齢者に活用されています。日持ちがし電子レンジで温めるだけで済むような惣菜の開発も進んでいます。かがむことが辛いと、火バサミ（参考３）を家の数か所において床の物を拾う時や洗濯物を洗濯機から取り出す時際に使用している人もみかけます。「自分に合った道具を生活支援用具として生活にうまく取り入れる」ことができれば、生活の不便さが一部でも改善される可能性は高いといえます。

生活支援用具の活用は、用具の存在を知る、入手できる、使いこなすことで可能となります。うまく生活支援用具を活用している高齢者をみると、テレビや新聞広告などのほか、

（参考２）

スタンド型掃除機

（参考３）



火バサミ

子や孫、甥姪など年少親族からの情報や、使ってみたらと実物を提供されたことでその存在を知り、活用に至っている例が多くみられます。また、老人クラブや一人暮らしの会に参加した時に、そこのメンバーから使用経験の話を聞いて活用に至る例も少なくありません。マスコミ情報に敏感で、それを取り入れる能力がある高齢者や、親族知人などが豊富

で、口コミが入りやすい環境にいる高齢者は、活用に至る可能性が高いと思われます。一方、そうでない場合には、生活支援用具があったとしても、活用には至らないのではないでしょうか。

（２）高齢者と生活支援サービスの活用

生活支援サービスについてはどうでしょうか。

生活支援サービスは、地縁団体、ＮＰＯ法人、社会福祉協議会、協同組合、シルバー人材センター等の非営利団体を中心に、様々なサービスが開発され広がりを見せてきました。そのサービスは、見守りやちょっとしたことを手助けするボランティア活動もあれば、低額の料金負担で家事支援をするような訪問サービスもあるといったように、地域の有志等の参加によって、幅広いニーズに応えています。

また、近年は、高齢化や単身化を背景に、市場サービスの分野でもハウスクリーニングサービスや食材宅配といった家事支援サービス、警備会社等による高齢者向け見守りサービスなどが急速に発達してきています。

（３）地域の生活支援活動・サービスと市場分野の生活支援サービスの特徴

生活支援サービスは、このように様々な主体によって提供されていますが、大きく分けると、地域の有志などによるもの（地域の生活支援活動・サービス）と市場によるもの（市場分野の生活支援サービス）とがあります。それぞれ特徴があり課題もあります。高齢者の生活に活用していくためにはそれらを踏まえておく必要があります。その点を以下に見ていきたいと思います。

①　地域の生活支援活動・サービス

地域の生活支援活動・サービスには、会食、配食、買物支援、移送、修理、見守りなどがあり、大抵は、無料または低額で提供されています。身近な存在として、困った時に素早く柔軟に対応できる良さがあり、費用負担の低さは、所得の低い人や預貯金の少ない人にも使いやすいものです。また、担い手が住民などであることから、活動・サービスを通して知り合った関係性が、日常の支えあいにつながることもあり、利用者にとって心強い存在となり得るものです。

しかし、その一方、身近であるゆえの遠慮が働いたり、生活を垣間見られることでプライバシーを守れないのではないかなど、利用に心理的な抵抗を感じる人もあります。地域の生活支援活動・サービスは、有志が主体的にできる時にできることを行う活動段階から、ＮＰＯ法人などの組織をつくって、安定性と確実性のある活動・サービスを提供しようとする段階まで様々であり、組織化の度合いによって活動・サービスの確実性や安定性の差も大きいことや、そのような活動やサービスのある地域とない地域があるという、地域差の問題も大きいものがあります。地域の実情は様々ですが、それぞれの地域にあった形での活動・サービス確保の努力が求められます。

②　市場分野の生活支援サービス

市場分野の生活支援サービスは、もともと「便利屋」と呼ばれるものが事業化したもの

で、最近では、「ハウスクリーニングサービス」「在宅・訪問介護サービス」などがあり、主に５つのジャンル「掃除・収納・住宅ケア／洗濯・衣類ケア／炊事・献立／買物／子供・高齢者のケア」があるとされています[7]。近年、その発達は著しく、市場規模は拡大してきています。

市場分野の生活支援サービスは、多様な業者、多様なメニューから必要なサービスを選択し、自由に組み合わせることができ、確実性もあります。意に沿わなければ、別の業者に変更することもしやすいなど、使いやすさがあります。広域展開していることも多いので、自地域内になければ地域外から取り寄せることも可能です。

一方で、利益を含むので価格が高くなりやすく、利用者にとっては負担に思うことがあります。所得が低かったり預貯金が十分でない高齢者には利用が難しいこともあります。まだまだ認知度が低い、利用経験者が少ない、費用負担の面から高所得者の利用に偏りがちであるといった課題も指摘されていますが[8]、このような、市場分野の生活支援サービスの利用は、今後一層の広がりを見せると予測されています[9]。

また、市場分野の生活支援サービスは、収益を直接の目的としたものばかりでなく、企業のイメージアップや社会貢献の観点、あるいは、商店による常連客への特別なサービスとして行われる場合もあります。これらは、本業を圧迫しない範囲で実施されており、必ずしも広く広報されているとは限りません。このような、市場分野にあるインフォーマルサービスも活用できるよう、その存在にもアンテナを張ることが必要でしょう。

３．高齢者の生活支援サービス活用上の課題と支援の方法

（１）生活支援サービスの地域差と情報の散在

生活支援サービスは、高齢者の生活を支えるものとして、今後の充実が期待されています。しかし、今は、まだ、地域でも市場分野でもサービス量の地域差が大きいとか、メニューがそろっていないとか、サービスはあってもその情報が散在していて、アクセスしづらいなど課題もあります。

生活支援サービスが高齢者に活用され、生活を支えるものとなるためには、サービスのメニューがそろい必要量が確保されている状態にしなければなりません。そして、それらサービスの情報が、それを必要とする高齢者のもとに、しっかりと届くようにしなければなりません。

（２）活用力の差

これまで見てきた例のように、高齢者がそれぞれ自分なりの工夫で不自由を補い、生活を維持しているとしても、それらは、たまたま入手した情報と自分の発想の範囲で行う対応であるために、活用の仕方には個人差が大きく、必ずしも効果的に活用できているとは限らないのではないでしょうか。

一般的に、生活支援用具や生活支援サービスの活用は、情報収集に積極的な人が、人のつながりや新聞、雑誌、テレビなど様々な情報媒体を通して把握した情報をもとに活用した経験が、更に口コミで広がっていくというプロセスをたどります。息子、娘、孫など若年親族が身近にいたり、交友関係を広く持っている高齢者の場合には、こんな生活支援用

具がある、こういう方法もある、と助言されたり、実際に使った経験のある人の話を聞く機会が豊富で、自分も試してみようと思える環境にあると思われます。

さらに、本人の判断力が高ければ、自分の必要に最適な生活支援用具をうまく選べるであろうし、所得の高い人であれば失敗を恐れずいろいろ試してからサービスを決めるといったことも積極的に行えるでしょう。しかし、そのような環境のない高齢者は、そもそも、生活支援用具やサービスの存在を知ること自体がなく、それゆえ利用しようと思うこともないのではないでしょうか。このように、生活支援用具やサービスの活用においては、入手可能な情報の量や質、判断力の強弱、所得の大小、サポートの有無など、様々な要素があいまって、高齢者間に活用力の差を生じさせます。

散在している生活支援用具や生活支援サービスの情報を常に把握し、活用力が備わっていない状態にある高齢者にも、必要な情報がうまく届くような環境づくりが必要といえるでしょう。

（3）資源アセスメントの重要性～幅広い把握、開発すべきものを明らかにする

生活支援用具や生活支援サービスの情報を、それを必要とする高齢者に、適切に提供できるようにするためには、まずは、現在活用しうる生活支援サービスをできる限り幅広く把握しておくことが必要になります。そして、それだけでは対応できない生活支援ニーズについては、対応しうる新しいサービスを作り出すようにしなくてはなりません。今後開発すべきものは何かを明らかにするうえでも、生活支援サービスの資源アセスメントに取り組むことが重要です。

生活支援サービスの把握は、地縁団体、ＮＰＯ法人、社会福祉協議会、協同組合、シルバー人材センターなどの非営利団体によるものとともに、企業や商店が提供している家事支援、見守りなどの生活支援サービスの情報も積極的に収集するようにすべきでしょう。企業が提供するサービスは広域対応する場合が多いので、地元エリアにこだわることなく情報を求めることも必要です。また、市場分野の生活支援サービスは、収益を直接の目的としたものばかりでなく、企業のイメージアップや社会貢献の観点、あるいは、商店による常連客への特別なサービスとして行われる場合もあります。

サービスを必要とする高齢者にとって、利用しうるものであるか、生活に役立つものであるかどうかを基準に、できる限り幅広くアセスメントすべきといえます。

（4）生活支援用具と生活支援サービスの活用環境の整備

①　高齢者に配慮された活用支援

これまで見てきたように、生活支援用具や生活支援サービスは、それらに関する情報を束ねる仕組みがないために、情報が散在していてアクセスしづらく、高齢者に必要な情報がうまく届く状況にはありません。また、利用イメージが浸透していないこともあり、新しいことに消極的になりやすい高齢者が活用に至らない状態にあるといえます。更に、高齢者は、選択肢が多すぎると何を選択したらよいのか迷ってしまい、かえってうまく使えないという指摘もあります[10)]。活用支援に当たっては、このような高齢者の特性への配慮

も必要となります。

たとえば、地域や市場分野の生活支援サービスに馴染みのない高齢者が、利用イメージをもてるように、利用経験のある高齢者の感想や助言を紹介したり、週単位、月単位、年単位での生活支援サービスの組み合わせモデルを例示してみる、サービス提供者に、試し利用の制度をつくってもらい一度利用経験してもらうといった支援も、高齢者の心理的な抵抗感を軽減する工夫として考えられるかもしれません。インターネットを使っての商品購入も普及しつつあります。自分で一から操作できる高齢者はまだ少ないと思われるので、この面での支援も求められるでしょう。生活支援サービス提供事業所等や利用条件を一覧にしたパンフレットを作成して配布する、老人クラブや一人暮らし高齢者の会等に情報提供するといったこともあるでしょう。高齢者向けだけでなく、高齢者に一番届く口コミルートである子や孫などの層に生活支援用具や生活支援サービスの情報を提供することも有効だと思われます。

いずれにしても、あそこに行けば情報がもらえる、よりよい利用ができるような助言がもらえると高齢者や家族、専門職にも頼りにされるような場所・人の存在が必要だといえます。

②　条件整備としてのあたらしい活動、サービス開発

既存の生活支援サービスでは、うまく対応できないような生活支援ニーズについては、新たな活動やサービス開発への取り組みが必要です。生活支援を必要とする高齢者にとっては、サービスが利用できるようになるまでに何年もかかるということでは安心できません。じっくり時間をかけながら育てていくサービスもあれば、今すぐにでも対応できる即応性をもったサービスまで、開発については幅広くイメージすべきでしょう。

例えば、研修会を開催して、参加者の中の意欲のある人を核にして、一定エリアをカバーする生活支援ボランティアチームを育てていく方法もあります。高齢者に女性が多いことを考えると、ちょっとした修理や力仕事のニーズは高いと思われるので、そういうことの得意な男性を担い手とする活動づくりを進めてもいいでしょう。近隣の人に数日間対応してもらうように話してみる、近所の商店やスーパーに、一人用の惣菜を配達してもらうよう交渉するといったことも開発です。いずれ、それが地域の取り組みに発展する可能性があります。また、市場分野でも、企業のイメージアップや社会貢献の観点、あるいは、商店による常連客への特別なサービスとして行われるものもあり、それが生活支援サービスの役割を担っている例もあります。生活支援サービスに関わる団体や企業・商店などの事業者と地域包括支援センターの職員や地域の民生委員など高齢者のニーズに詳しい人との情報交換会を開催したり、高齢者へのニーズ調査を実施してその情報を提供するなど、事業者がサービスを更に開発していく端緒となるような場をつくるといったこともあるでしょう。

生活支援サービスの量の地域差を埋めるためには、自発性に左右される民間サービスだけでなく、自治体独自の生活支援サービス開発も検討される必要があるでしょう。基盤となる「安心」の確保については、身近で主体的な地域活動型だけでなく、職員が定期巡回するような訪問型サービスのニーズも高いのではないかと思われます。サービスの開発には、様々なレベルとそれに応じた方法があるといえます。

様々な働きかけや場づくりを通して、生活支援サービスが、必要な高齢者にもらさず届くような条件整備が求められます。

４．まとめ　～生活支援ニーズに応えるために

高齢者の生活支援ニーズは、高齢者本人さらには、親族、近隣、専門職など周囲の人々にも「あると助かる」と求められているものです。そのようなニーズに対して生活支援をどのように整備すべきか、これまで見てきたことをまとめると、概ね以下のようなことがいえると思われます。

① 生活支援サービスは、「安心」を基盤に「日常的家事」「外出」「交流」「非日常的家事」と「ちょっとしたこと」（「5つのこと」と「ちょっとしたこと」）をメニューとして備えることが必要。

② 生活支援サービスは、包括的な方法と単品サービスで対応する方法があり、それぞれの特徴を踏まえて整備する。

③ 一人暮らしや高齢者のみ世帯の場合は、一定頻度の定期的な巡回訪問など安心確保そのものをサービスとして提供することも必要。

④ まずは、高齢者の生活に活用できる生活支援用具や生活支援サービスに関する資源アセスメントを行い、幅広く把握することが重要。

⑤ 不足するサービスは、地域、市場分野、市町村等による開発を進めなければならない。

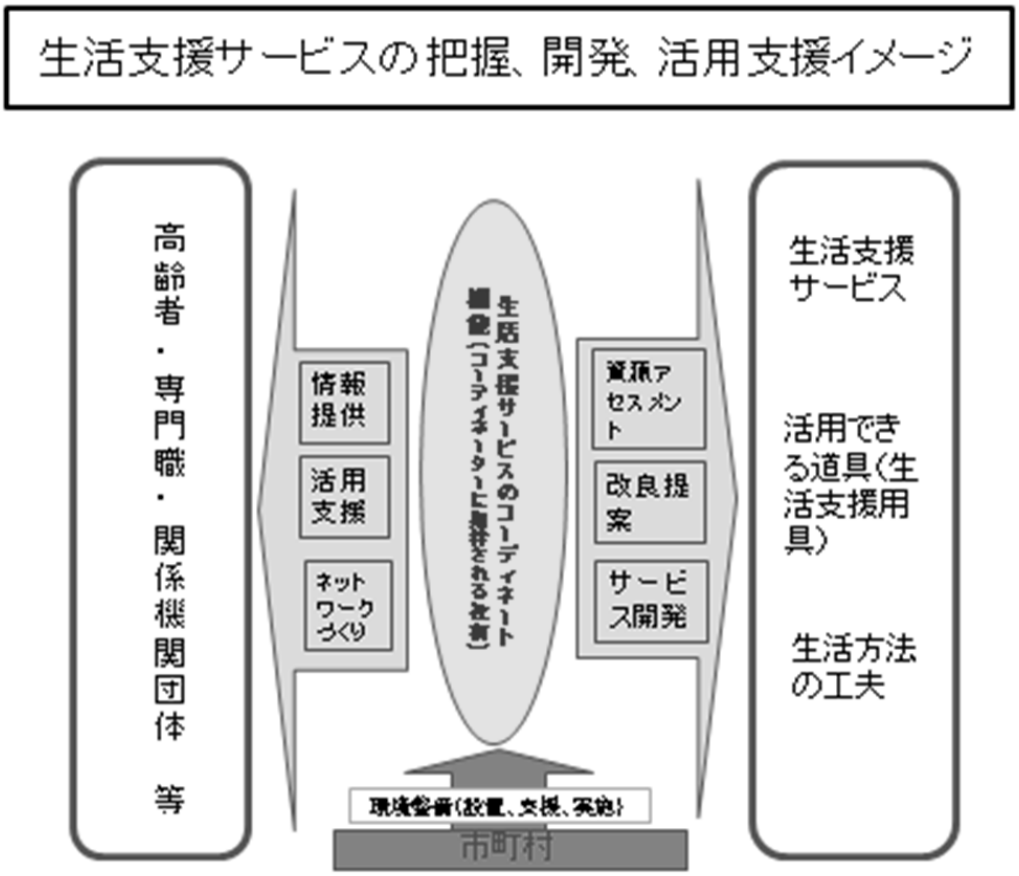
⑥ 高齢者の自立生活支援は、その人のできる範囲で、生活方法の工夫ができていて、生活支援用具や生活支援サービスをうまく活用できている状態を支えることである。

⑦ 高齢者の生活支援サービス活用の課題には、サービスの質・量の地域差や不足、情報の散在によるアクセスしづらさ、高齢者個々の活用力の差がある。

⑧ 生活方法の工夫、生活支援用具や生活支援サービス情報が必要な高齢者にもらさず届くような環境整備が必要。

高齢者が、地域での生活を円滑に行えるようにするためには、現在の生活支援サービスの課題（サービスの質・量の地域差や不足、情報の散在、高齢者個々の活用力の差）を解決し、その人の状態に最適な生活支援サービスの活用を支援する役割を、地域に確保する必要があります。生活支援コーディネーターは、その役割を担う人として期待されています。

＜参考４＞



作成：中村

注

1）厚生労働省社会・援護局地域福祉課　地域福祉推進市町村連絡会議（平成 21 年 4 月 24 日）資料（p9）では、「基盤領域」「日常領域」「移動」「交流」「非日常領域」「ちょっとしたこと」としているが、ここでは、本文との関連から、それぞれ「安心」「日常的な家事」「外出」「交流」「非日常的な家事」「ちょっとしたこと」と表記した。安心生活創造事業については、例えば、厚生労働省社会・援護局地域福祉課　安心生活創造事業推進検討会（2012）『見直しませんか　支援のあり方・あなたのまち～安心生活を創造するための孤立防止と基盤整備（安心生活創造事業成果報告書）』に概要が記載されている。

2）「安心生活創造事業」では、「５つのこと」と「ちょっとしたこと」に対応するサポート（生活支援サービス）を提供するものとしては、現在、「地域による地域福祉活動」「市場サービス」があり、このうち「地域による地域福祉活動」がこれに応えられるよう更なる充実が必要なこと、現状のサポートでは不十分な場合には、「地域の新たな見守り体制」をつくることが必要であること、発達しつつある市場サービスの活用が必要であることも併せて指摘されています。「地域の新たな見守り体制」については、コーディネーター（安心生活創造事業では「主任（チーフ）」としている）のもと、職

員が一定頻度の定期的な巡回訪問を行うサービスをつくるなど、安心確保そのものをサービスとして提供することが必要ではないかとの提案もされています。(前掲　平成21年4月24日厚生労働省資料ｐ20－33)

3）中村美安子（2004）ｐ 66、ｐ70－71

4）中村美安子（2004）ｐ 65

5）鈴木晃、阪東美智子、大越扶貴、中村美安子（2012）p39

6）鈴木晃、阪東美智子、大越扶貴、中村美安子（2012）p40

7）(株）矢野経済研究所「住まいと生活支援サービスに関する調査結果2013」p386

8）経済産業省資料「家事支援サービスについて」（平成26年3月14日）より

9）経済産業省資料「家事支援サービスについて」（平成26年3月14日）によれば、家事代行サービスの市場規模は、2011年度811億円、2012年度980億円（矢野経済研究所『住まいと生活支援サービスに関する調査結果2013』）で、将来の市場規模は約6000億円と推計されている。

10）経済産業省商務情報政策局サービス産業室『安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の 創出に向けて ～新たな「絆」と生活に寄り添う「ライフエンディング産業」の構築～報告書 』（平成23年8月）より

参考文献　（五十音順）

鈴木晃、阪東美智子、大越扶貴、中村美安子（2012)『平成21年度～平成23年度科学研究費補助金（基盤研究Ｃ）報告書．高齢後期における在宅生活の遂行モデルの検討と加齢対応住宅の基本性能に関する研究』

中村美安子（2004)「ホームヘルプサービス提供現場の事象～利用傾向と生活管理力の関連」『神奈川県立保健福祉大学誌　第1巻第1号』ｐ63‐71

Ⅲ．生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）に期待される機能と役割

１．地域包括ケアシステムにおけるコーディネーター、協議体の位置づけ

（１） ガイドラインにおけるコーディネーター、協議体について位置づけ

厚生労働省が市町村に対して示したガイドライン（以下「ガイドライン」）では、コーディネーターと協議体は次のように位置づけられています。

（生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員））
○　高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者を「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」（以下「コーディネーター」という。）とする。

（協議体）
○　市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防の提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを「協議体」とする。

（コーディネーターと協議体によるコーディネート機能の考え方）
○　日常生活ニーズ調査や地域ケア会議（個別レベル）等により、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握した上で、地域における以下の取組を総合的に支援・推進。
①　地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
②　地縁団体等多様な主体への協力依頼などの働きかけ
③　関係者のネットワーク化
④　目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一（規範的統合）
⑤　生活支援の担い手の養成やサービスの開発（プロモート、プロデュース機能（担い手を組織化し活動を広げていく、担い手をサービスにつなげる機能 ））
⑥　ニーズとサービスのマッチング

○　コーディネート機能は、概ね以下の３層で展開。当面は第１層・第２層の機能を充実し、基盤整備を推進していくことが重要。
・第１層　市町村区域で①～⑤を中心に行う機能
・第２層　小中学校区域で、第１層の機能の下、①～⑥を行う機能
・第３層　個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能

これによると、コーディネーターと協議体は一体で活動してコーディネート機能を発揮すること、コーディネート機能は３層で展開されることが想定されています。

また、ガイドラインは、コーディネーターの目的・役割・配置について次のように示しており、一定の区域において、地域包括支援センターとの連携を前提に配置するという考え方であることがわかります。

（２）　コーディネーターの目的・役割等
①　コーディネーターの設置目的
市町村が定める活動区域ごとに、関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、上記のコーディネート業務を実施することにより、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進することを目的とする。
②　コーディネーターの役割等
○生活支援の担い手の養成、サービスの開発（第１層、第２層）
○関係者のネットワーク化（第１層、第２層）
○ニーズとサービスのマッチング（第２層）
③　配置
地域包括支援センターとの連携を前提とした上で、配置先や市町村ごとの配置人数等は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。
④　コーディネーターの資格・要件
地域における助け合いや生活支援サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者。

（２）コーディネーターの配置と基本的な役割

①３層のコーディネーターの役割・活動の違い

以上のガイドラインの考え方を踏まえつつ、ここでは３層のコーディネーターの役割を次のように整理します。

○第１層のコーディネーター（広域開発型）…市町村レベルにおいて市町村全域への生活支援サービスの開発・普及や基盤整備を推進する役割

○第２層のコーディネーター（圏域調整型）…中学校区や日常生活圏域等において圏域の生活支援サービス提供団体間の連携協働を促進する役割

○第３層のコーディネーター（サービス提供型）…生活支援サービスの提供組織（以下「サービス提供組織」）において利用者へのサービスの提供を行う役割

第１層のコーディネーターの機能と、第２層のコーディネーターの機能は基本的には共通する部分が多いですが、第１層は市町村全体に置かれ、第２層は中学校区や日常生活圏域に置かれる点が異なります。このため、活動の重点や対象も異なってきます。

第３層のコーディネーターは、サービス提供組織に置かれます。第１層、第２層に比べ

て活動範囲は狭く、当該組織でのサービス提供にかかわる調整という役割に特化されます。

なお、第１層と第２層は、第１層が広く第２層がその一部という関係にありますが、第３層は必ずしも第２層の一部であるとは限りません。活動圏域が広いＮＰＯ等の場合は、複数の第２層の圏域にまたがって活動が行われます。一方、地縁組織の助け合い活動の場合には、小学校区や自治会等の単位で活動が行われます。

また、規模が小さい町村の場合には、第１層と第２層を区別する意味に乏しく、コーディネーターが町村全域をカバーして活動することもあり得ます。

②第１層のコーディネーター（広域開発型）の役割

第１層のコーディネーターの活動は、市町村全域での生活支援サービスが行われるように、サービスや資源の開発や基盤整備を進めることに重点が置かれます。活動の対象としては、サービスを提供する組織（「サービス提供組織」とする）、第２層のコーディネーター、ボランティアや市民活動の中間支援組織（ＮＰＯ支援センターや社会福祉協議会のボランティア・市民活動センターなど）、地域ケア推進会議、市町村等が挙げられます。

具体的には、地域ケア推進会議や協議会での協議を通じて、サービスが不足していることが明らかにされたならば、第２層のコーディネーターや中間支援組織と連携して、既存の組織にサービスを開始するよう働きかけたり、新たな組織の設立を支援する（立ち上げ支援）といった活動を行います。

また、サービス提供組織の活動が安定的に継続・発展できるように、複数のサービス提供組織が協働してボランティアの養成やスキルアップの研修を行ったり、行政による委託や支援のあり方を検討する場を設けたりして、活動が継続できる基盤整備を進めます。

こうした活動全体を通じて、行政との調整や橋渡しを行うことも重要な役割となります。

市町村全域（すなわち広域）でのサービスや資源の開発、プロデュース・プロモート機能が中心となるため、第１層のコーディネーターは「広域開発型」ということができます。

③第２層のコーディネーター（圏域調整型）の役割

第２層のコーディネーターの活動は、サービスを必要とする人（利用者）に確実に生活支援サービスが提供されるように、一定の圏域を活動範囲として日常的に具体的な調整を行うことに重点が置かれます。活動の対象としては、生活支援サービスの利用を希望する人、サービス提供団体（第３層のコーディネーター）、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等が挙げられます。

具体的には、圏域内にあるサービス提供組織を把握し、生活支援サービスの利用を希望する人や居宅介護支援事業所に情報を提供したり、サービス提供組織につなぐといった活動を行います。また、複数のサービス提供組織が連携して利用者の生活を支えるという場合には、各組織の第３層のコーディネーターとともに生活支援プランを作って生活支援にあたったり、介護サービス事業所と協働する場合には地域ケア個別会議やサービス担当者会議に出席したりといった役割も求められます。

このように、一定の圏域において、関係者のネットワーク化を図りサービス利用にかかる具体的な調整を行うという意味で、第２層のコーディネーターは「圏域調整型」ということができます。

とりわけ地域住民による自発的な活動は、同じ住民としての共感に基づいて活動が行われているため、単にサービスを活用するといった感覚で利用者や事業所が認識すると、担い手の活動意欲が損なわれかねません。このため、サービス利用を調整する場面において、利用者や事業者・専門職等が住民による活動の意義や特性をよく理解できるように啓発し、橋渡しする役割も重要となります。

なお、その圏域に生活支援サービスが不足していれば、第１層のコーディネーターや中間支援組織と協働して、サービスや資源を開発する役割を担うことも求められます。

④第３層のコーディネーター（サービス提供型）の役割

第３層のコーディネーターは、ボランティア団体やNPO等のサービス提供組織に所属し、利用者が当該組織のサービスを利用する際に、日時・支援内容などを具体的に調整する役割が主となります。活動の対象は、利用者、自組織の担い手（ボランティア等）、第２層のコーディネーター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等が挙げられます。

具体的にはサービス利用についての利用者の意向を把握し、担い手を手配するといった活動を行います。この際、必要であれば、第２層のコーディネーター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所との調整も行います。また、担い手がスキルを身につけることが必要であれば、担い手の研修も実施します。

サービス提供組織において、サービス提供にかかる個別的・具体的な調整を行うという意味で、第３層のコーディネーターは「サービス提供型」ということができます。

⑤コーディネーターの配置の考え方

ガイドラインでは、「（市町村は）コーディネーターを特定する」「既存の取組・組織等も活用する」など、今あるものを活かすという視点に言及しています。この視点にあるように、地域でこれまで生活支援サービスを提供してきた団体や、住民の活動を支援してきた中間支援組織等の役割は重要です。それらと無関係に、行政が縦割りのトップダウンで新たに独自な推進の仕組みを作ることは望ましくありません。

同時にガイドラインでは、協議体について「特定の事業者が主導すると他の事業者の反発等も想定される」と指摘しています。どこか特定の団体だけに行政が丸投げでお任せして特別な地位を与えることも避ける必要があります。確かに、これから求められる自発的な活動と企業等によるサービスを両方開発し、生活支援サービスをどの地域にも面的に整備するような取り組みは、中間支援組織や地域包括支援センターにとっても新しい取り組みであり、特定の人や団体が単体で推進できることではありません。だからこそ、協議体という仕組みが位置づけられているのです。

このことから、特に第１層・第２層のコーディネーターについては、地域づくりや住民による自発的な活動への支援等に実績のある複数の人々をコーディネーターとして任用し、所属の団体の立場ではなく地域全体のために協働しながら役割を果たすようにしていくこと、そのために公的な位置づけを付与していくことが現実的です。複数のコーディネーターがネットワークで協働しながら活動することによって、団体間の協働を促進し、単体の人や組織では難しいサービス開発等を進めることがポイントになると考えられます。

（3）協議体の役割

①ガイドラインの考え方

ガイドラインでは、協議体について次のように示しています。

（3）協議体の目的・役割等
① 協議体の設置目的
生活支援等の基盤整備に向けて、多様な主体の参画が求められることから、市町村が主体となって、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として設置することにより、多様な主体間の情報共有及び連携･協働によるサービスや資源開発等を推進することを目的とする。

② 協議体の役割等
○コーディネーターの組織的な補完
○地域ニーズの把握（アンケート調査やマッピング等の実施）
○情報の見える化の推進
○企画、立案、方針策定を行う場
○地域づくりにおける規範的統合（意識の共有）を図る場
○情報交換の場
○働きかけの場
（例）
・地域の課題についての問題提起
・課題に対する取組の具体的協力依頼
・他団体の参加依頼（A団体単独では不可能な事もB団体が協力することで可能になることも）

③ 協議体の設置主体
市町村と第1層のコーディネーターが協力して地域の関係者のネットワーク化を図り、協議体を設置する。
※ 地域の実情に応じた様々なネットワーク化の手法が考えられるため、既に類似の目的を持ったネットワーク会議等が開催されている場合は､その枠組みを活用することも可能。
※ 特定の事業者が主導すると他事業者の反発等も想定されることから、当面は、市町村が中心となって協議の場を設けるなどし、関係者間の情報共有を目的とした緩やかな連携の場を設置することも一つの方法。

④ 協議体の構成団体等
・行政機関（市町村、地域包括支援センター等）
・コーディネーター
・地域の関係者（ＮＰＯ、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁団体、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者等）
※ この他にも地域の実情に応じて適宜参画者を募ることが望ましい。

このように協議体は、様々な主体の参画を得て、地域の課題やニーズを共有し、地域づくりの目的や方針の共通認識を作り（規範的統合）、協働してサービスや資源開発等を進める場であり、コーディネーターの活動に組織的な裏付けを与えるものと位置づけられています。

また、ガイドラインでは、協議体を、第１層の市町村レベルと、第２層の日常生活圏域等のレベルに置くことが想定されています。

②第１層の協議体

第１層の協議体には、サービス提供組織のネットワーク、地域包括支援センターの連絡組織、中間支援組織、自治会連合会、民生委員・児童委員協議会、介護サービス事業所の協議会、経済・商工団体、行政関係部局等の参画を得ることが考えられます。

第１層のコーディネーターについて言及したように、第１層レベルに期待される機能は、サービス・資源の開発や基盤整備です。このため、地域ケア推進会議や市町村、中間支援組織との密接な連携のもと、地域のニーズや課題を共有し、サービスや資源開発の具体的な取り組みを企画・立案し、市町村全域でのサービスの開発に取り組みます。また、サービス提供組織の活動が維持・発展できるよう、活動基盤の支援策等を協議することも必要です。

また、生活支援サービスを提供する協同組合や企業には、市町村を超えた範囲を活動圏域としている場合もあることから、近隣の市町村と協働してサービス開発を行うことも考えられます。

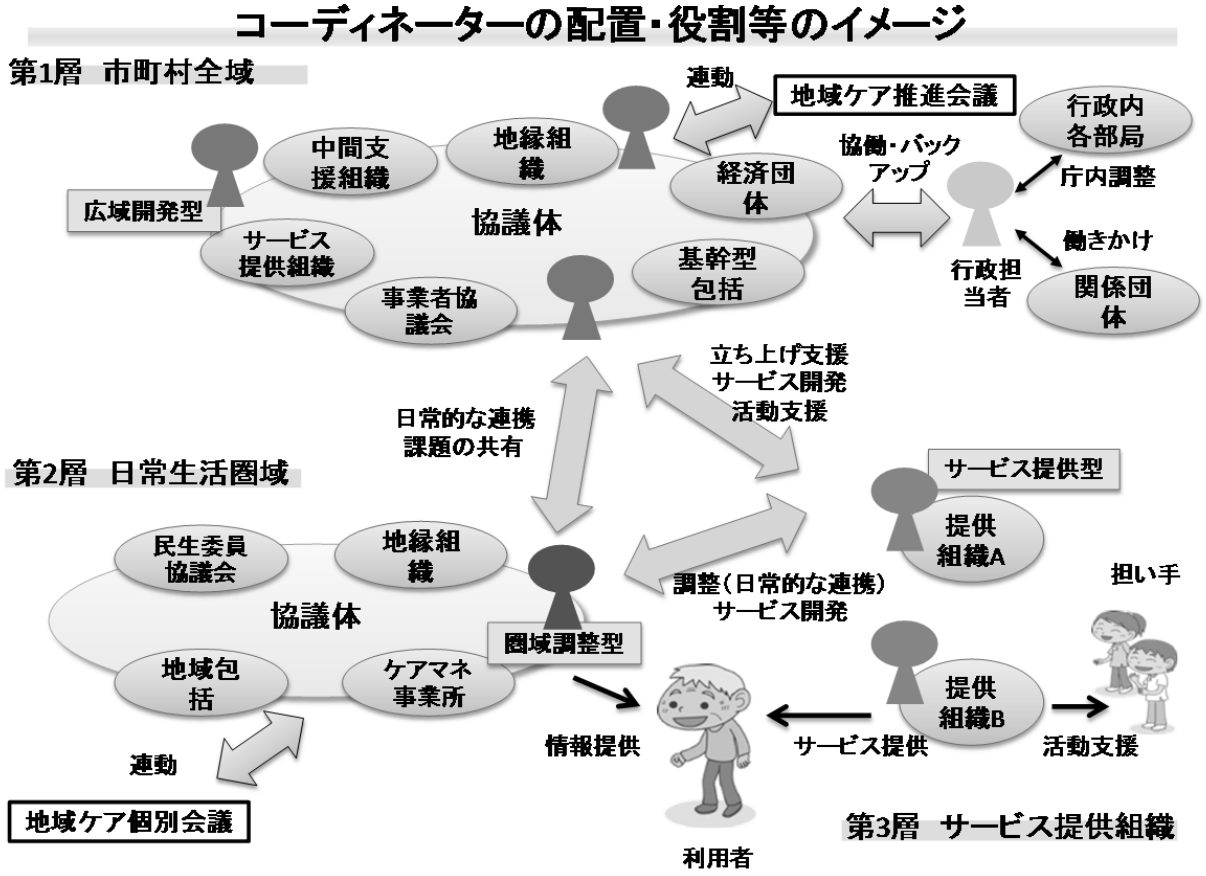
第１層のコーディネーターは、協議体での団体間の合意形成を促進するとともに、合意された方向に基づいてサービス開発等の活動を行うことになります。

③第２層の協議体

第２層の協議体には、圏域内のサービス提供組織、町内会・自治会の連合会、民生委員協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の参画を得ることが考えられます。

第２層のコーディネーターについて言及したように、第２層レベルに期待される機能は、サービスを提供するための日常的な連携や調整を行うことです。このため、地域ケア個別会議との密接な連携のもと、圏域内での生活支援ニーズを関係者で共有し、必要な活動を協働して作り出したり、日頃から顔の見える関係を形成して、サービス提供時に地域包括支援センター、生活支援サービス提供組織間や介護サービス事業所等と連携していく際のルールを協議します。特に、住民主体の活動を介護予防ケアマネジメトに位置付ける際の情報共有や地域ケア個別会議への参加等のあり方についてのルールなどは、住民組織やNPO 等とよく協議し、第一層のコーディネーターの支援を得て、必要に応じて全市町村内共通のルールづくりを行うことが求められます。

第２層のコーディネーターは、協議体を活用してサービス提供における団体間の関係形成を行っていきます。



２．生活支援サービス整備における市町村の役割

ガイドラインでは市町村の役割について次のように言及しています。

① 市町村は、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握した上で、それらの見える化や問題提起、地縁団体等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、目指す地域の姿・方針の決定、共有、意識の統一（規範的統合）を行う。また、地域の実情に応じた生活支援等サービスの基盤整備の推進に向けて、「コーディネーター」を特定するとともに協議体を設置する。

生活支援サービスに限らず、地域包括ケアシステムを構築していくにあたって、市町村は、介護サービス需要や財政等についての現状、見通しなどについての情報を積極的に住民に提供し、めざす地域づくりの方向性を住民と一緒に考えていくことが求められています。見える化、問題提起、規範的統合といった言葉は、こうした市町村の役割を説明したものです。

生活支援サービスについても、この役割に立った上で、基盤整備を推進していく必要があります。コーディネーターや協議体を設置（特定）するとともに、サービス開発や基盤整備の方向性を介護保険事業計画や地域福祉計画にも位置づけて、計画的に推進体制や基

盤を整備します。

コーディネーターに対して、都道府県が行う研修への派遣、サービス開発や活動支援等についての事例検討等を通じたコーディネーターの相互研鑽の機会づくりなど、資質向上を支援する必要があります。また、生活支援サービスについての行政側の担当者を明確にして、協議体等の場を通じて日常的にコーディネーターと意見交換を行い、その提案等を受け止めて行政庁内や関係団体の調整を行うなど、コーディネーターを孤立させず、行政として活動をバックアップする必要があります。

住民による自発的な組織に対しては、遊休の公共施設等を活用した活動拠点の提供やサービス提供型コーディネーターの配置の促進など、効果的な活動支援策を講ずることも求められます。その際、「(住民主体の支援に対する) 補助 (助成) の対象や額等については、立ち上げ支援や、活動場所の借り上げ費用、間接経費 (高熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等) 等、さまざまな経費を、市町村がその裁量により対象とすることも可能とする」とのガイドラインの記載を踏まえ、活動の自発性を損ねないことに配慮しながら、活動拠点や間接経費等を含む支援のあり方を活動団体とよく協議する必要があります。

また、自発的な住民活動は本来介護分野だけに特化して活動しているわけではないため、介護施策の枠組みの範囲内で、そのためだけに都合よく活用しようとしてもうまくいきません。ガイドラインでも、「(地域のニーズが要支援者等のみに限定されるものではないことから) 高齢者、障害者、児童等も含めた対象を限定しない豊かな地域づくりを心がけることが重要」「総合事業の実施にあたっては柔軟な事業実施に心がけるとともに、子育て支援施策や障害者施策等と連携した対応が重要」とされています。地域で発見された複合的な生活課題に対応できる包括的なケアシステムを他の福祉施策も含めて整備したり、行政としての庁内調整体制の明確化等、横断的な協働・支援体制づくりを進めたり、生涯学習部局と連携して住民の学習活動やまちづくりの参加を推進するなど、総合的な施策の展開が必要です。

３．都道府県の役割

ガイドラインでは都道府県の役割について次のように言及しています。都道府県には、人材育成、市町村への調整支援の役割が期待されています。

②　都道府県は、国が作成したコーディネーター養成カリキュラム、テキストを活用し、市町村で配置を予定している人材の研修を実施する。更に県内のコーディネーターの配置状況の偏在や地域事情等に配慮し、適宜市町村と調整する。

地域の諸団体と協力してサービスを開発していくコーディネーターとしての技量は、数日間の研修をすれば身につくものではありません。都道府県内各地での先進的な活動例を収集し研修で提供したり、活動開発等のプロセスや手法等について事例検討会を行うなど、任用時の研修だけではなく、継続的・体系的な研修を整備することが求められます。特に第１層のコーディネーターは、市町村では第２層・第３層のコーディネーターの活動を支

援する役割を担うため、第１層の相互研鑽や相談の場・仕組みを広域で設け、そのスキルアップや活動支援を行うことは都道府県の重要な役割です。

また、市町村の職員は異動が頻繁であるため、生活支援サービスの意義やコーディネーター等を支援する市町村職員の役割、他市町村の取り組み状況等について情報提供や研修等の支援を行うことが大切です。

４．コーディネーターの活動理念

コーディネーターが生活支援サービスの開発や提供にあたって、大切にすべき活動の理念があります。これらは、どのレベルで活動するコーディネーターも共有することが大切です。同時に、サービスの利用者、介護サービス事業所の従事者、介護支援専門員、行政職員など、生活支援サービスを活用・推進する立場の人々にも共通に理解されるように、コーディネーターとして働きかける必要があります。

コーディネーターとしての活動理念は、利用者への支援やサービスの質に関するもの、地域の福祉力の形成に関するもの、地域社会の持続性に関するものがあり、これらは相互に関係しています。

■利用者への支援やサービスの質に関する理念
○地域のあらゆる主体の参加を得てサービスが提供できる体制を整える。
○高齢者が、地域での生活を円滑に行えるように、その人の状態に最適な生活支援サービスの活用を支援する
○生活支援サービスの質を担保する（役立つ、使いやすい、信頼がおける、自立や社会参加に資する、ソーシャルサポートを維持する）

■地域の福祉力の形成に関する理念
○支え上手、支えられ上手を増やす
○地域の参加を広げ、地域の力量を高める
○地域とともにサービスや活動を作り出し、一緒に運営していく

■地域社会の持続可能性に関する理念
○皆で資源をもちより、賢く・効率的に財源を使う
○地域社会の持続可能性を高める

■利用者への支援やサービスの質

まず、支援を必要とする利用者に最適なサービスをきちんと提供できるように、地域のあらゆる主体の参加を得て生活支援サービスが提供できる体制や基盤を作っていくことが基本です。

このために何よりも高齢者や地域のニーズをきちんと把握し､非営利･営利を問わず様々

な主体に働きかけて、求められるサービスが提供される体制を作ります。市場のサービスも上手に使いながら広くサービスが普及することと同時に、低所得の高齢者もきちんとサービスが利用できるようにしていく必要があります。

また、役に立ち使いやすいサービス、自立や社会参加を促進する、地域との関係を切らずにソーシャルサポートを維持するなど、高齢者が地域で自立して暮らし続けることに資する質を担保することが大切です。

■地域の福祉力の形成

生活支援サービスには、介護サービス事業者への指定等によって提供される予防訪問介護や通所介護､企業によって市場を通じて提供されるサービスもありますが､それ以外は、主に地域住民による活動となります。地域住民による活動を支えるものは、同じ住民としての共感やお互い様という意識であったり、自分たちの地域を自分たちで支えようという自治の意思であったりします。そうした意識や行動を作り出していくために、住民に介護の問題を積極的になげかけ、住民自身で何をしていくか話し合い、活動を生み出すことができるよう、コーディネーターは場づくり・仲間づくり・組織づくりを支援し、活動の運営についても一緒に考えていく必要があります。それが地域の福祉力となります。

行政に頼まれたから協力してやっているだけという意識での活動、自発性や仲間関係、自分たちの企画に基づかない活動は長続きしませんし、地域からの参加や支援の広がりも期待できません。

利用者も、住民による活動の支援を受ける時には、消費者としてお客様のようにサービスを利用するのではなく、担い手のそのような意識を十分理解して助けられ上手になれるよう、コーディネーターも活動の意義についてよく伝えていくことが必要です。利用者自身も、例えばサロンなどの場に参加しながら、他の利用者を支える担い手としての役割を担うこともできます。

介護サービス事業者や専門職も、住民の活動を資源の一つとだけ考えて、してほしいことを伝えるだけという形では住民活動との協働はできません。制度的サービスでは対応できない柔軟な支援、支えられる側・支える側の区別があまりないことで豊かな関係性や役割が持てることなど、住民による活動の意義を十分理解することが必要です。また、地域ケア会議等の場に住民に参画してもらい、何ができるか一緒に考える場を重ねるよう、コーディネーターは地域包括支援センター等に働きかけていく必要があります。

■地域社会の持続可能性

生活支援サービス、介護保険サービスは地域社会の持続性に深く関わります。まずサービスが存在することで高齢者の生活が成り立ち、それによって地域社会が維持されるという面です。同時に、地域社会の人的・財政的な資源の制約のなかで、生活支援サービス、介護保険サービスが持続可能なものとなることも､地域社会の持続性に大きく影響します。このことは、まさに住民が自分たち自身の問題として受け止め、自分たちにできることを考えてもらうべき事柄です。

生活支援サービスに参画することをきっかけに、時間や労力を持ち寄ってできることは自分たちで行い、同時に、公的な財源や制度を上手に使いこなすことができる住民の力が

高まっていくよう取り組みたいものです。

５．コーディネーターの活動

（１） 第１層（広域開発型）のコーディネーターの活動

①市町村全域でのサービスの開発

第１層のコーディネーターの役割は、市町村全域で生活支援サービスが利用できるようにしていくことです。このためにまず、現に生活支援サービスをしている、ないしは今後行う可能性のある活動主体を把握することが大切です。活動主体は、非営利の住民組織だけでなく、営利法人も積極的に活用する必要があります。良質で利用しやすい生活支援サービスが市場を通じて提供されれば、住民にとって有益だからです。

サービスの開発にあたっては、既存の活動主体に新たに生活支援サービスを実施するよう働きかける、既存サービスが高齢者に使いやすくなるよう改善を働きかける、サービスを実施する活動主体の立ち上げを支援するといった方法があります。

また、第２層、第３層のコーディネーターとの定期的な情報・意見交換を通じて、サービスへのニーズを把握し、協働してサービス開発に取り組むことが求められます。

②住民による組織への活動支援

中間支援組織や行政等と協働して、住民による組織への活動支援策を講じます。

まず、ボランティアの呼びかけやサービスの案内等の広報の支援、養成研修、スキルアップの研修を、住民による組織と協働して行うことが考えられます。単体の団体は広報力や住民への信用が十分ではないためこうした支援は非常に有効です。

また、自発的な活動は意外とバラバラに行われて相互の連携がないことがあるので、同種の活動を行っている団体の情報交換や連絡の場を設けたり、協働を促進します。

専門機関や民間企業等との接点は一団体では作りにくい、そもそも相手が団体を知らないことが多いため、協議の場への参画を橋渡しするなど支援を行います。

事務所の確保、サービスを調整するコーディネーターの確保については、継続的な活動を行う住民組織の多くが苦労しています。遊休の公共施設等を共用の事務スペースとして安価に貸与したり、サービスの補助（助成）等に活動場所の借り上げ費用、関節経費等を位置づけるなど、支援策の検討が望まれます。

③行政との連携の促進

生活支援サービスの開発や提供は行政施策として行われるものです。行政からの施策等に関する情報がコーディネーターやサービス提供組織に行き渡ったり、定期的な意見交換の場を設けるなど、行政との連携を促進する役割があります。

こうした活動の中で、中長期的なサービス開発の方針や、団体の活動基盤整備に必要な支援策を検討し、介護保険事業計画や地域福祉計画等に位置づけるなど、計画的な推進を促進します。

（２）第２層（圏域調整型）のコーディネーターの活動

第２層のコーディネーターの役割は、その担当する圏域で、サービスを必要とする人（利用者）に確実に生活支援サービスが提供されるように活動することです。具体的には、第１層のコーディネーターと協働しながら生活支援サービスへのニーズの把握、活動団体の把握、サービスや活動の開発を通じて、必要とされるサービスを用意すること、これらの情報を利用者や地域に提供してサービスの利用に結び付けること、サービス提供開始時の検討や開始後のケース検討等を通じて生活支援サービスと介護サービス等との役割分担や連携についてのルールを関係者と作っていくこと、といった活動を行います。

以下、この流れに沿って活動内容を説明します。

①生活支援サービスについてのニーズ把握

担当圏域のなかでも、地域（例えば小学校区・集落や団地など）ごとに生活環境や資源、人口の構成や動向は異なるため、地域ごとにニーズを明らかにしていきます。既に、その圏域の地域包括支援センターの活動や日常生活ニーズ調査などを通じて、地域ごとの状況についての様々な情報があるため、新たに何か調査をするというよりも地域包括支援センター等と協働して既存の情報を活用することでニーズを整理していくことができます。

また、その地域にある住民組織（自治会や地区社協等）で活動している人、地区を受け持つ民生委員、ボランティアグループやＮＰＯの人たちと、日常的に情報交換ができる関係・場を作ります。具体的には協議会機能の活用、ケース検討会、定期的な相談会や勉強会などです。住民が気になっていることや人についての情報が表出され、課題が共有できるチャンネルを作ることで、生活支援のニーズが見えてきます。

こうした活動は、一人で行うのではなく、住民や他のコーディネーター、関係する専門職等と話し合い、アイディアを交換し、共通認識を形成しながら進めていきます。

② 圏域の活動団体・社会資源の把握

圏域で生活支援サービスを行っている団体、サロン活動の拠点など社会資源を把握します。既にある程度情報やリストは整理されているはずですが、そのレベルだけではなく、会合に出かけたり情報交換を重ねる中で、活動の中心となっている人、組織の構成や会員の参加の状況、活動についての思い、負担感、課題などを話してもらえる顔の見える信頼関係を形成して、地域のニーズや団体の支援ニーズを個別的につかんでいくことが大切です。

また、特に住民による自発的な活動の場合には、網羅的に面をカバーすることは困難なため、支援から漏れている人々や地域が生じがちです。今の活動でどこまでのことができているか／どこが漏れているか、という目で活動の状況を把握していくことも必要となります。

同時に、今は活動をしていないが、今後資源になりうる団体等を探し続けることも必要です。普段、高齢者がよく買い物にいく商店街、地域に密着したビジネスを行っている企業、介護サービスの拠点などが考えられます。地域のニーズを満たすことのできる潜在的

な担い手の組み合わせや担い手にとって活動する動機やメリットを考え続け、そのアイディアを発信し、他者と交換する中で、ニーズと資源との新しい組み合わせが、創造的に発見されていきます。

③圏域に必要なサービスや活動（社会参加・活動の場・居場所等）の開発

開発の視点は第１層のコーディネーターの活動で上述した内容と同様です。

特に、日常的に活動の担い手と協働している第２層のコーディネーターには、住民がニーズに気づくように働きかけたり、住民自身が何ができるかを考える過程に関わり続けたり、サービス提供組織のリーダー等とともに組織の運営や活動上の課題を解決することを支援しながら活動を広げていく方策を一緒に考えていくといった、活動の支援と開発を一体的に進めていく活動が期待されます。

住民による自発的な組織が単体では、新しい活動に取り組むことはしばしば困難です。リーダー層やメンバーの高齢化や固定化、人間関係といった活動・運営上の問題があるからです。地域外の人材も含む新しい活動者との接点を創りだしたり、グループ間での協働を持ちかけるなど、違う組み合わせでの活動から活動が拡充することもあります。

④地域への情報提供と利用者のサービスへの結び付け

生活支援サービスについての情報をリストや小冊子にまとめ、利用者、地域の支援者・活動者（自治会・地区社協、民生委員、ボランティア・ＮＰＯ等）、居宅介護支援事業所等に提供します。

自治会のチラシや地域のミニコミ誌で取り上げてもらったり、公民館での講座やサロン等でサービス提供団体の人に話してもらうように働きかけるなど、さまざまな機会に知ってもらうように働きかけます。

このように地域社会の認知を高めていくことは地域からの評価につながるため、自発的な組織や活動者の活動意欲や誇りを高める支援としても有効です。

⑤サービス提供団体、地域の諸団体、居宅介護支援・介護サービス事業所間の日常的な連携・協働の促進

介護サービス事業者が委託によって行う予防訪問介護や通所介護、企業によって市場を通じて提供されるサービス以外の、住民による生活支援サービスについては、どこまでのことができるのか、どのように公的サービスと役割分担し、連携していくことが適切なのか、まだ社会的な合意はありません。

住民の活動を事業者のように使ったり、過大な負担をかけると活動意欲が損なわれ、活動が持続しなくなってしまうため、公的サービスとの役割分担や連携の在り方についての合意を各地域で作っていく必要があります。

また、公的なサービスが入ることで、それまでその人を支えていた地域の支援が一気に後退してしまったり、地域での役割やソーシャルサポートが断ち切られてしまうことがしばしば見られます。このような地域の支援か公的サービス丸抱えか、あれかこれかという状況も変えていく必要があります。

このため、個別の生活支援プランを策定する段階から、またサービス開始後も、ケース

検討会へのサービス提供組織の調整担当者（第３層のコーディネーター）や住民組織のリーダー等の参画を求め、住民がどこまでのことを担うのか、介護サービス事業所や専門職はどのように関与するのかを話し合うことが大切です。特に、住民が関わることによる地域づくりにおける意義について、住民だけでなく専門職もよく学んでいくことが求められます。

（３）第３層（サービス提供型）のコーディネーターの活動

第３層のコーディネーターは、サービス提供組織において、その組織のサービス提供にかかる個別的・具体的な調整を行う役割を担います。

特に、住民による自発的なサービス提供組織に所属するコーディネーターの場合は、調整活動を行う中で、同じ市民としての立場から、利用者と担い手のどちらもよりよい地域づくりに参画しているという意識や関係を形成していく活動が重要です。

①支援を必要とする人のアセスメントと生活支援プランづくりのお手伝い

生活支援サービスを地域が担うのであれば、利用者をもっぱらサービスの受け手として支援されるだけの立場と考える､従来の介護サービスにありがちな支援計画の発想からは、脱却する必要があります。

サービスの利用者は部分的に他者の手助けが必要ですが、まだ元気で、自分でできることがたくさんある人達です。地域の人々が支援に関わることで、地域のさまざまな場にでかけ、これまでの地域との関係を維持し続けられるように、そのために自分自身でできることは頑張るというセルフケアの意欲や力も同時に高められるように関わる可能性があることが、利用者として受けるだけの、あるいは消費者として買って消費するだけのサービスにはない、地域による支援の独自の積極的な意義です。

コーディネーターは、利用者が、地域の支援を得ながら、これまでの地域との関係を切らずに、どうすれば地域で自分らしい生活を続けていくことができるのかという生活支援プランを、利用者と一緒に考えていくことが求められます。また地域の居場所や地域活動の中で担える役割を見出して、生活支援プランに積極的に位置付けていきます。イベントなどハレの場も日常に刺激を与えるうえでは大切です。

こうした過程を通じて、利用者のセルフケアの意欲や力を高め、上手に地域から支えられながら、地域に参加し続ける流儀を身につけてもらうことを大切にします。

②サービスの担い手への支援

担い手が、不安なく、意欲を持って活動し続けることができるように、技能習得のための研修などを行います。

また、学習会やケース検討会を開催して、担い手が活動で気づいた様々なことを表出・共有し、自分たちの活動の効果や地域にとっての意義を意味づけることができるように、このことによって活動への動機づけが高まったり、新しい活動への企画が生まれていくように支援していきます。

③サービス提供時の関係機関との調整

ここでの内容は、第２層のコーディネーターの活動の⑤で述べたことと重なります。

特に、第３層のコーディネーターには、利用者の生活ニーズを代弁し橋渡しするとともに、活動の担い手の側に立って担い手の声や課題を専門職等に対して代弁する役割があります。

Ⅳ　多様な主体による
多様な生活支援サービス事例について

町内福祉村事業

神奈川県平塚市

1

平塚市町内福祉村

町内福祉村は、各地区に拠点を設置し、活動を行っています。拠点には、コーディネーターが配置され、地域の皆さんからの相談を受けたり、福祉村のボランティアに身近な生活支援活動を依頼します。福祉村で対応が難しい場合には、行政や関係機関などにつなげていきます。また、拠点では、地域の皆さんが気軽に立ち寄れる「居場所」として、ふれあい交流活動を行っています。

平塚市の概要

H26.1.1現在

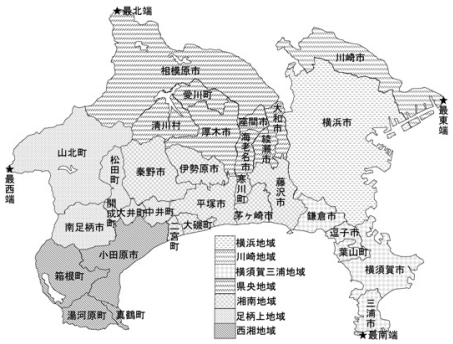
■市域　面積　67.88㎢
　　市街化区域　30.86㎢
　　市街化調整区域　37.02㎢

■人口　257,169人
　世帯　105,773世帯

■高齢化率　24.1%

■財政　一般会計（H26年度）
　816億6,000万円（前比 △ 1.2%）

■産業　第1次産業　2%
　　第2次産業　32%
　　第3次産業　66%



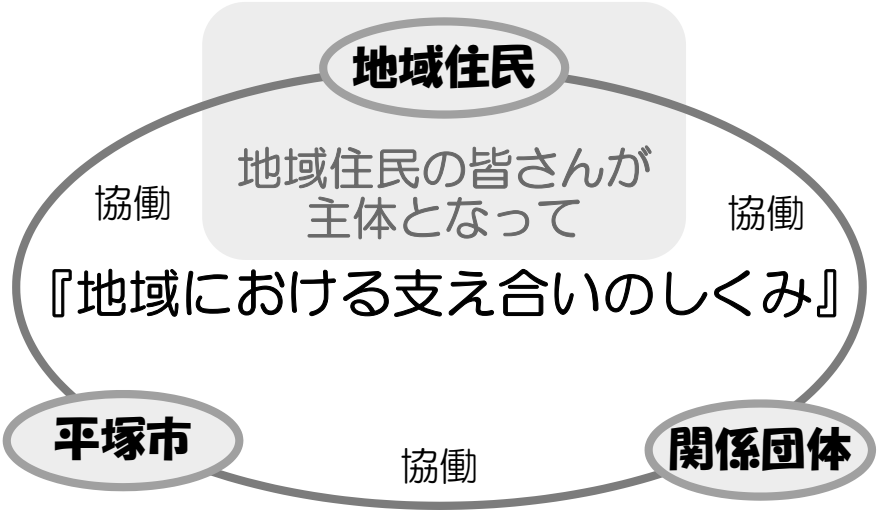
神奈川県

3

4

現在、福祉村はどの地区にあるの？

町内福祉村とは



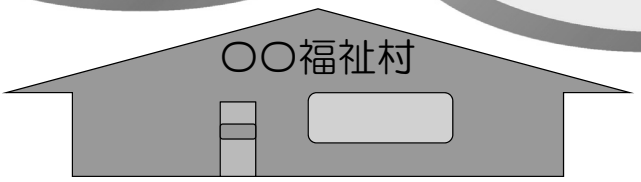
6

町内福祉村―2本の柱と拠点施設

活動の内容や方法は、
地域の皆さんが話し合いを重ね、
地域の状況に合ったものを創っていきます。

身近な生活支援活動
(地域ボランティア)

ふれあい交流活動
（居場所サロン）



7

身近な生活支援活動とは

外出の付き添い

インフォーマル

話し相手

地域に住む援助を
必要としている人が対象です。
①ひとり暮らしの高齢者
②子育て中の人
③障がいのある人

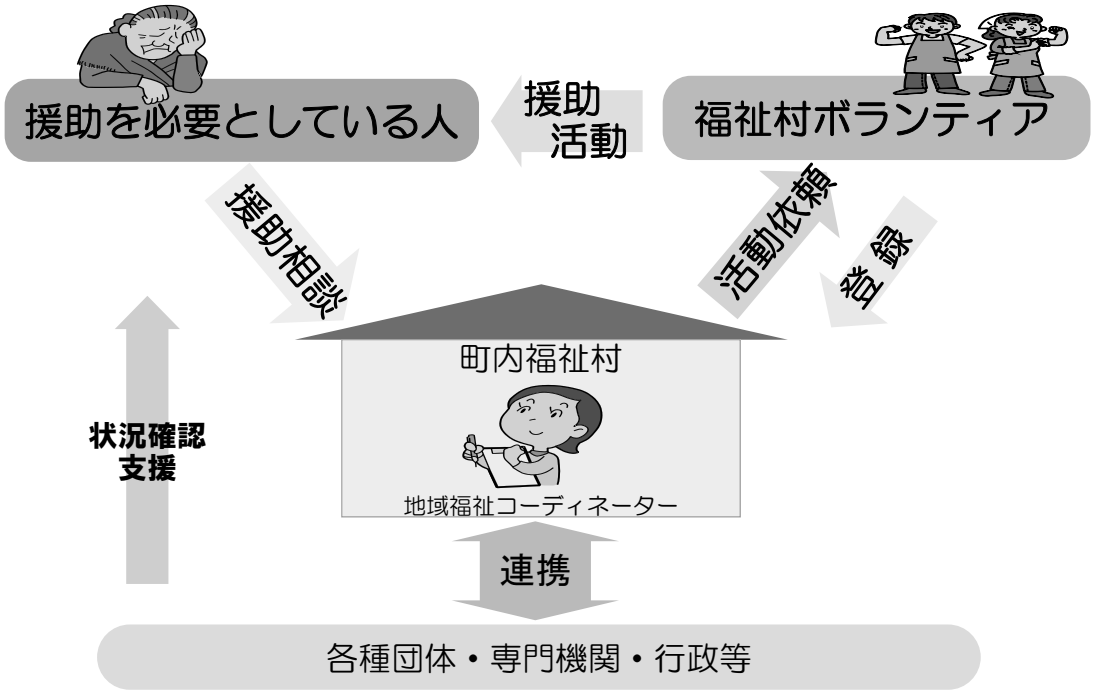
買い物

ごみ出しの手伝い、
電球交換など

［制度によるサービスでは解決できない
『ちょっとしたお手伝い』］

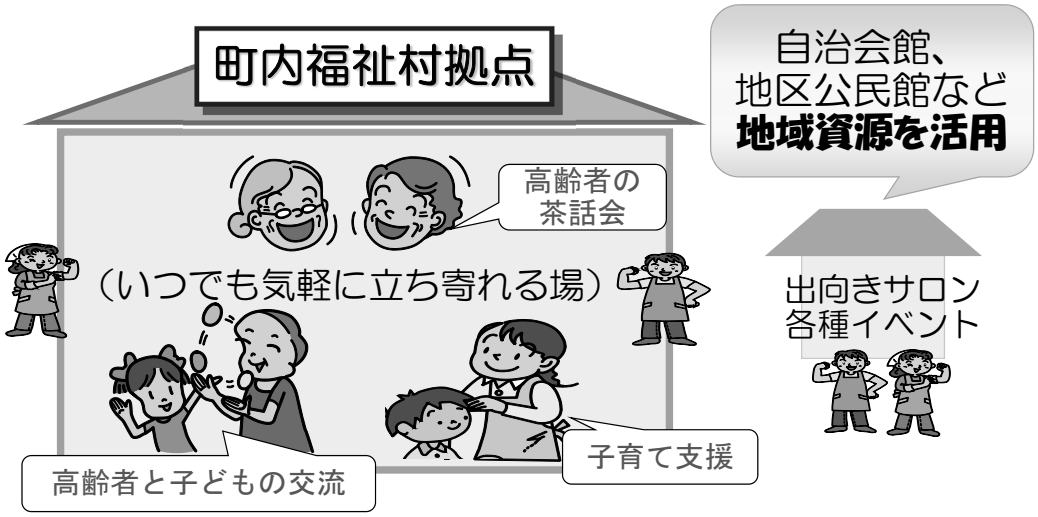
8

☆身近な生活支援活動のしくみ



9

ふれあい交流活動とは



『地域のつながり』を企画！

10

地区社協と福祉村の違い

地区社協	町内福祉村
構成 地域の各種団体役員を 中心に構成された協議体	**構成** 個人参加を中心に構成された ボランティア団体
資金 地域からの賛助会費による 事業運営	**資金** 市からの委託金による事業運営
拠点施設 なし （公民館等を利用して活動）	**拠点施設** あり （市が負担）
役割 敬老祝賀会・ふれあい給食会など 地区全体を対象とした 行事的な事業	**役割** ごみ出し、話し相手、茶話会、 子育てサロンなど ピンポイントで行う支援活動 日常的なサロン活動 新たな人材の確保

11

松原地区；活動スペース（いてふの会）

12

松原地区；事務室

13

花水地区；花水ミニディ

14

港地区；福祉体験講習会（太洋中学校）

15

金田地区いちごの会；出向きサロン

16

岡崎地区鈴の里;地下歩道の壁画

17

原画を募集します、皆さんご応募下さい。

前回４月には、ゆうかり保育園、平岡幼稚園の皆さんの応募作品を中心に構成し、子供の視点で画いたさまざまな牛が好評でした。今回は下記の要綱です。

- **テーマ**　“おかざきの自然”秋から冬のイメージ
  動物、昆虫、樹木、草花など構図に関する案などもお寄せ下さい。
- **応募用紙**　A4 サイズの白紙（裏紙も可）何枚でも応募できます。一枚ごとに右下に「住所、氏名、連絡先、一般又は学年」をご記入ください。
- **提出先**　おかざき鈴の里、公民館、又は自分の所属する自治会長さん宅。

この壁画制作は、落書き消しのボランティア活動を行っている「平塚をみがく会」の皆様のご協力の下、塗料は関西ペイント㈱様から無償で提供されています。

主催： おかざき鈴の里　岡崎地区自治会連合会
後援： 平塚をみがく会　平塚市土木部土木補修課

お問い合わせは”おかざき鈴の里”0463-58-8789 へ

18

町内福祉村のコーディネーター

地域福祉コーディネーターとは？

- <u>コーディネーターの役割</u>

  地域住民からの相談を受け、ボランティアに援助活動の依頼をする。内容によっては包括や行政などへ繋ぐ。
- 専門的な資格や知識は不要
- 拠点に常駐（1人）

19

生活支援コーディネーター

生活支援コーディネーターの役割

- ①地域のニーズと資源の見える化、問題提起
- ②地縁団体等多様な主体への協力依頼、PR
- ③関係者のネットワーク化
- ④目指す地域の姿、方針の共有、意識の統一
- ⑤担い手養成やサービスの開発
- ⑥ニーズとサービスのマッチング

20

生活支援コーディネーター

3層構造 ガイドラインP31～34

- 第1層　市町村区域で①～⑤を中心に行う機能
- 第2層　中学校区域で、第1層の機能の下、
  ①～⑥を行う機能
- 第3層　個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能

町内福祉村のコーディネーター

第1～3層の担い手

町内福祉村に置き換えると

- 1層＝市の職員
- 2層＝村長
- 3層＝地域福祉コーディネーター

村　　長	地福コーディネーター
• 村の責任者 • 他団体との調整役 • 組織の統括	• 福祉村の拠点に常駐 • 相談の窓口役 • 相談案件の振り分け

第3層コーディネーター

現場でのたたき上げ

- 資格は不要
- 元民生委員、元自治会長、元行政職員
- 研修・経験・人脈

研　修	経験・人脈
・福祉部局の担当者の講義 ・施設や他市取組の見学 ・他団体との交流	・OJTでのスキルアップ ・ケース対応 ・地域で顔の見える存在 ・気軽に話せる関係性 ・楽しみを提供

23

コーディネーターの仕事

認知症本人と家族のことを考えて

- 福祉村でこども向け書道教室の先生（86）
  - ・家族と同居で家では大声をあげたり、怒ったりする
  - ・奥さんにびっくりするほど強く当たる
  - ・家族は何とか施設に入れたいらしい
  - ・習字教室でのストレスが原因？それで家では？
  - ・習字教室のときは、まったくその素振りが見えない
  - ・ただ忘れ物をしたり、教室の日程を間違えたりする

★福祉村のコーディネーターがしたこと

・本人の尊厳を尊重　・活躍の場を確保してあげる

24

町内福祉村と協議体

福祉村が中心の情報共有、連携

- 市営団地に住む高齢女性、認知がうかがえる
  - ・出戻りの息子から虐待を受けていたらしい
  - ・息子は外から母親への支援を拒否し続けていた
  - ・普段からこの女性に関して包括、民生委員と連携
  - ・日常、母親は福祉村に立ち寄っては話をしていた

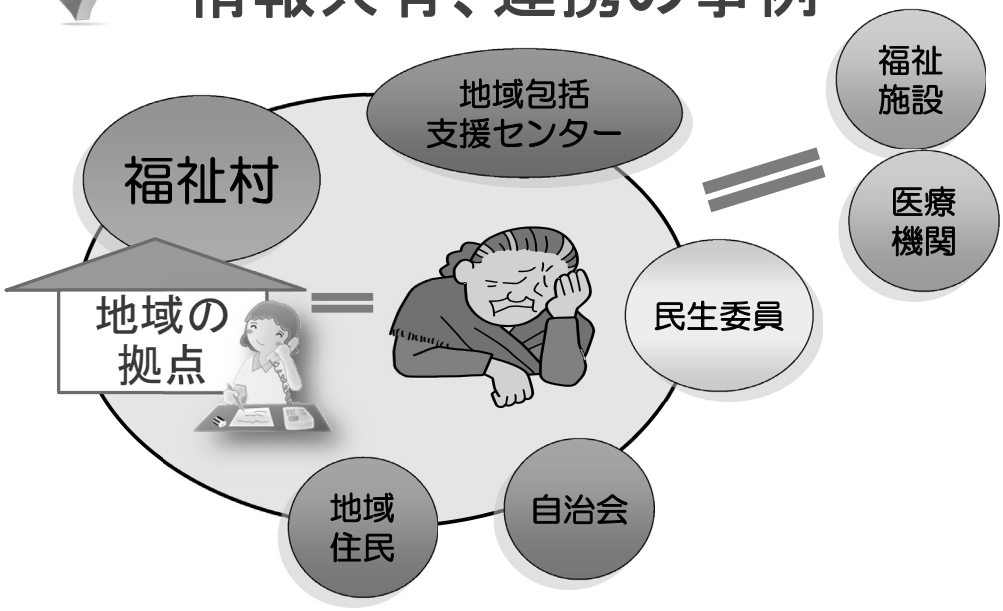
★福祉村のコーディネーターがしたこと

- ・ある夜、公園にいたところを地域の人に発見され、村長に連絡が入り、救急車を手配。
- ・病院に搬送され、後に特養に頼んで入れてもらった

25

町内福祉村と協議体

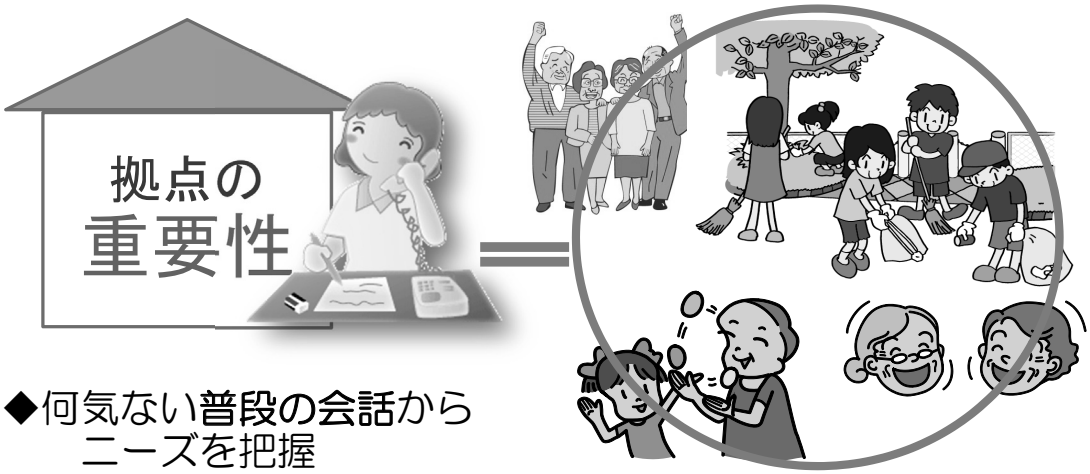
情報共有、連携の事例



26

常設拠点とコーディネーター

住民同士による支えあいの「わ」



◆何気ない普段の会話から
ニーズを把握
↓
マッチング⇒◆課題が見える位置からサービス提供

27

町内福祉村は、ここがスゴい！

今までの繋がり		福祉村の繋がり
やらされ感	⇒	やりがい感
し　ば　り	⇒	自由選択
義　務　感	⇒	満　足　感

行政主導のまちづくり ⇒ 住民自らのまちづくり

28

ありがとうございました。

神奈川県平塚市

29

平成26年度　厚生労働省中央研修

自治体の覚悟

～地域包括ケアシステムの構築とは？～

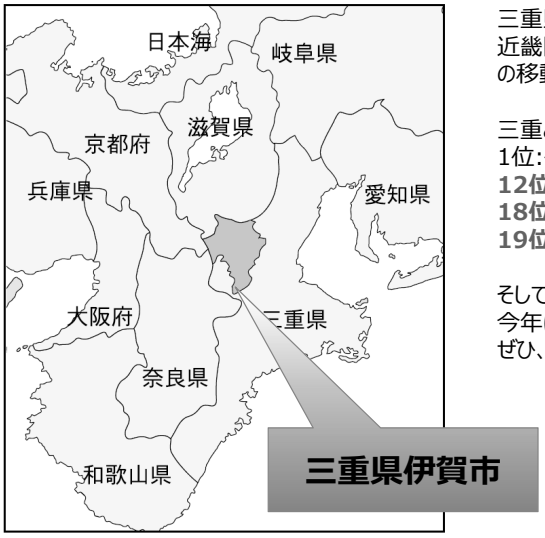
2014年(平成26年)9月
三重県伊賀市 健康福祉部 医療福祉政策課　植田充芳

1

“三重県伊賀市”を知ってください

2

三重県伊賀市って？（1）



三重県の北西部にあります。
近畿圏、中部圏の2大都市圏の中間に位置し、約1時間の移動距離となっています。

三重と言えば･･･　（ネットのランキングでは）
1位:伊勢神宮　2位:松阪牛　3位:鈴鹿サーキット･･･
12位：伊賀流（忍術）
18位：伊賀牛
19位：伊賀の里モクモク手作りファーム

そして、伊賀と言えば･･･俳聖松尾芭蕉の生誕地！
今年は、松尾芭蕉生誕370年の年です。
ぜひ、伊賀市へお越しください。

旅しよう。
芭蕉さんのこころ　ふるさとの想い
松尾芭蕉翁　生誕370年　三重県伊賀市

3

三重県伊賀市って？（2）

東西約30キロメートル、南北約40キロメートルの縦長で、面積は約558平方キロメートル

＜2014年6月末現在＞
総人口：96,140人
高齢化率：29.50%

＜2025年には･･･＞
総人口：84,509人（推測）
高齢化率：34.5%（推測）

4

本日お伝えする内容（ポイント）

伊賀市における“協議体”は、**地域ケアネットワーク会議**

伊賀市のまちづくりに深く関わる　→　“伊賀市のまちづくり”の視点からお伝えします。

伊賀市における“コーディネーター”は、**社会福祉協議会（エリア担当）**

地域福祉の推進に深く関わる　→　“伊賀市地域福祉計画”や“地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み”の視点からお伝えします。

その上で、**協議体づくりのプロセス、具体的な取り組み、地域課題把握に向けた新たな取り組み**をお伝えします。

5

伊賀市の“まちづくり”

6

伊賀市の“まちづくり”の特徴

伊賀市は、2004年(平成16年)11月、1市3町2村が合併し誕生しました。

合併時に**「自治基本条例」**を制定

条例で、自治会、ボランティア、市民活動団体や地域の事業者などが主体となったまちづくりを行う“住民自治”が位置づけられ、おおむね小学校区単位に**「住民自治協議会」が自発的に設置**されました。

地域包括ケアシステム構築に向けた**“協議体”となる「地域ケアネットワーク会議」**は、自治会や地区社協ではなく、住民自治協議会を基盤に構築しています。

市町村合併により、“新たな協議体づくり”の基盤がつくられた

7

“自治基本条例、住民自治”とは？

伊賀市自治基本条例とは？

1）伊賀市の最高規範
2）伊賀市ならではのまちづくりをめざすための条例
3）市民、市議会、市それぞれが、できること、しなければならないことを定めた条例

住民自治とは？

1）ひとつの共同体としてのまとまりが意識できる一定の地域で、市民がその地域を取り巻くさまざまな課題に取り組み、市民が主役となったまちづくりを行う活動
2）自治会、ボランティア、市民活動団体、事業者などのほか、まちづくり活動に参加する個人が主体となる

住民自治の実践　自治会（277）→　住民自治協議会（38）

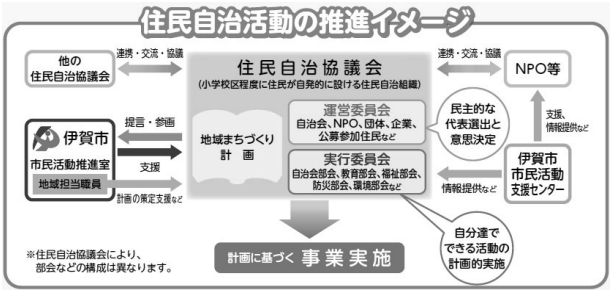
8

“住民自治協議会”とは？

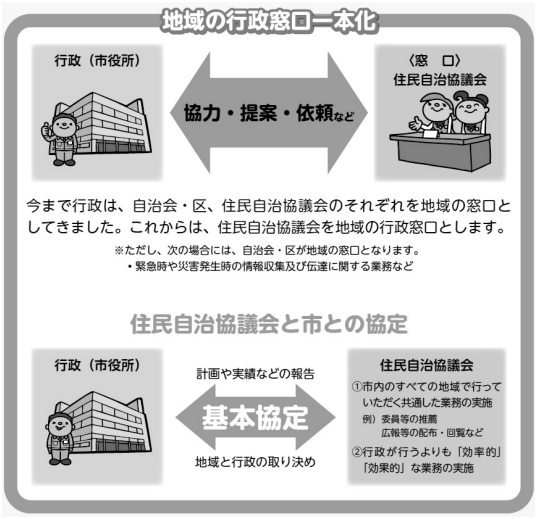
住民自治協議会（自治協）とは？

1）地域を良くするために、地域住民により自発的に設置される組織（38自治協）
2）規約をつくり、代表者を民主的に選ぶなどの要件がある
3）市長の諮問機関、市の重要事項に関する当該地域の同意・決定機関に位置づけ
4）諮問権、提案権、同意権、受託決定権が付与されている
5）自由に参加できるが、とりわけ自治会が中心的な役割を果たすことが期待されている

市は、自治協が自ら取り組む活動方針や内容を定めた**「地域まちづくり計画」**を尊重

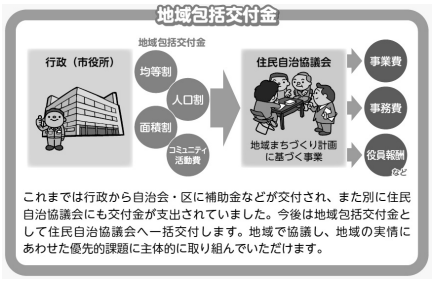


住民自治協議会の今



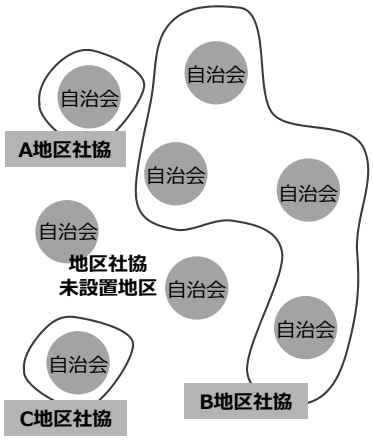
市町村合併当時　→自治会･区、住民自治協議会は**“地域の窓口”**

平成23年度から　→住民自治協議会は**“地域の行政窓口”**へ

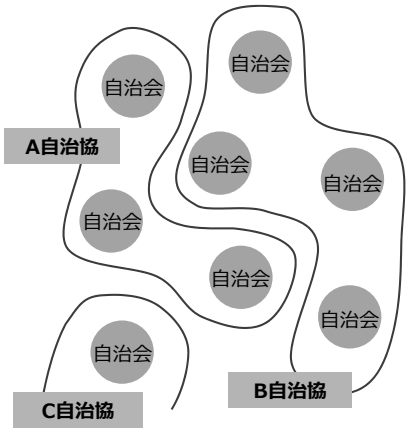


市町村合併による社協の支援地域（基盤）の変化

市町村合併前・・・
それぞれ異なる地域の活動基盤に合わせて地域支援を行っていました。
※自治会、自治会(単独地区社協)、地区社協



市町村合併後・・・
住民自治協議会を単位とした地域支援、地域福祉活動支援を行うこととしました。



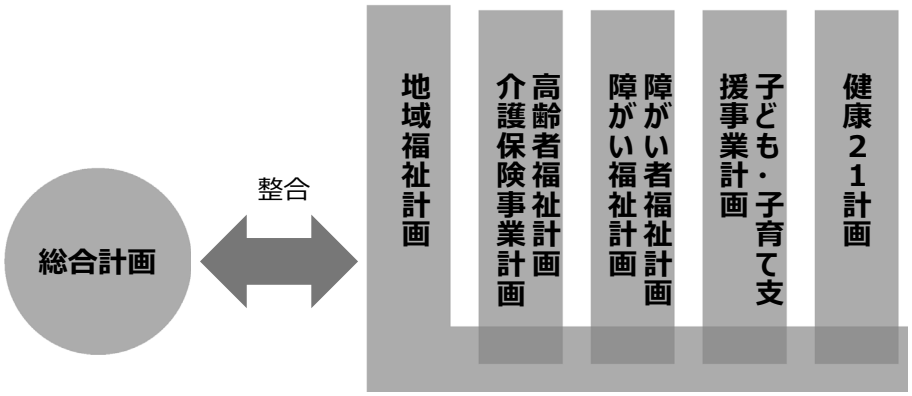
11

伊賀市の“地域福祉”

12

地域福祉計画と関係計画との関係

地域福祉計画は、健康福祉分野の横断的・総合的計画の位置づけ



13

伊賀市地域福祉計画

“伊賀市地域福祉計画”の特徴　第2次地域福祉計画　平成23年度～27年度

・行政の施策計画、社協の活動計画の**合冊版計画**

・市民の生活形態にあわせた適切な支援・サービスを提供するための**圏域（層）の設定**
→次のページで詳しく説明します。

・行政、社協、事業者、地域の**役割を明記**

・5つの理念、11の基本方針とあわせて、**6つの「地域福祉の共通課題」**を明記

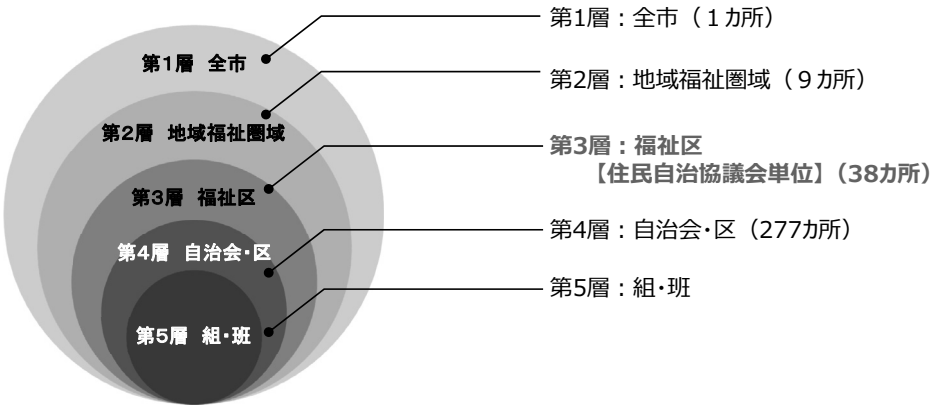
6つの地域福祉の共通課題

1）総合相談支援のしくみづくり
2）一生涯を通じた生活支援システムの確立
3）地域生活・在宅生活の支援
4）保健・医療・福祉分野の連携体制の強化
5）体系的な人材育成のしくみづくり／福祉教育の実践
6）情報共有の推進

14

“層”の設定と“協議体”の位置づけ

地域福祉計画では、補完性の原則を取り入れた住民自治を基に、**第3層**となる住民自治協議会の範囲において、地域課題の検討の場となる**“新たな協議体（地域ケアネットワーク会議）”**を設置することを明記しています。



15

“地域ケアネットワーク会議”とは？

“地域ケアネットワーク会議”とは・・・

地域には、公的な制度では対応できない日常生活上の多様なニーズがある中で、**地域の生活課題、ニーズを把握し共有し、地域の生活課題を解決し、地域全体で支えるしくみ**をつくっていくことが求められています。

そのような中、「伊賀市地域福祉計画」において、課題解決に向け検討する場として、**住民自治協議会を単位**として、住民自治協議会、自治会、地域企業、民生委員児童委員、福祉サービス事業所、地区市民センター、ボランティア、市社会福祉協議会などで構成する会議を、**「地域ケアネットワーク会議」と位置づけ、全ての住民自治協議会への設置を目標**としています。

1）地域包括ケアシステム構築に向けた**“新たな協議体”**

2）住民自治を行う**住民自治協議会（38ヶ所）の範囲を基盤に構築**

16

“地域ケアネットワーク会議”のイメージ

第3層

【住民自治協議会単位】

地域ケアネットワーク会議（住民自治協議会が設置）

＜構成員＞
住民自治協議会、自治会、地域企業、民生委員児童委員、福祉サービス事業所、地区市民センター、ボランティア、市社会福祉協議会など

課題共有

第4層

【自治会単位】

地域会議（自治会単位に設置）

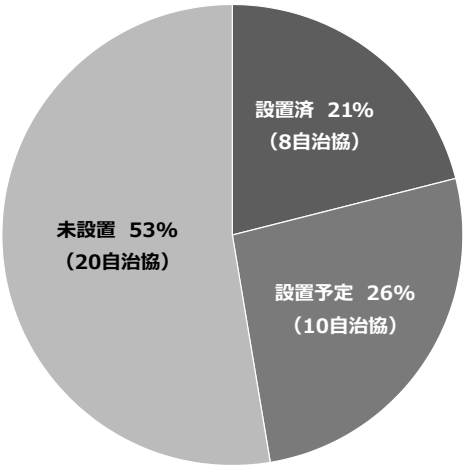
＜構成員＞
自治会長、民生委員児童委員、住民自治協議会福祉部会委員など

地域ケアネットワーク会議との課題共有を行う中で、第4層（自治会単位）での活動を行うための検討の場の設置もあわせてすすめています。

17

“地域ケアネットワーク会議”の現状

地域ケアネットワーク会議の設置状況　（平成26年6月末現在）



◆平成26年8月現在、38自治協のうち、**8自治協で“協議体”が設置**されています。

◆“協議体”設置に向けては、第1ステップ【社協による地域アセスメント】、第2ステップ【地域におけるアンケート調査等】ですすめています。

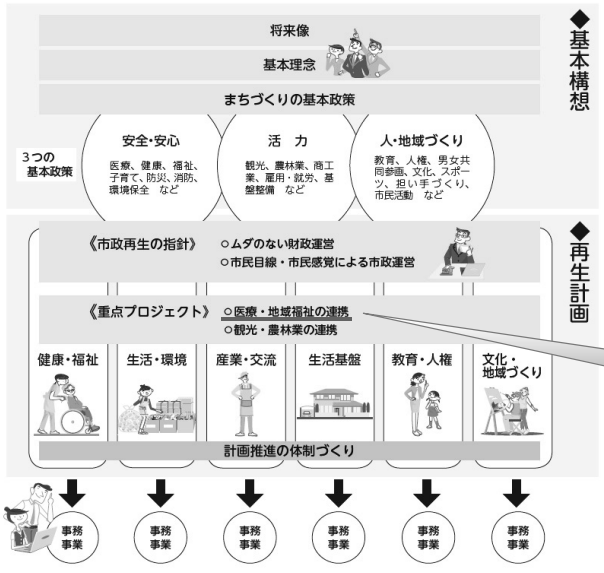
◆設置予定の10自治協のうち、全ての地域が第1ステップを終え、6つの地域で第2ステップとなる地域でのアンケート調査を実施しています。

18

伊賀市の“地域包括ケアシステム構築”に向けた取り組み

19

伊賀市総合計画での位置づけ（重点プロジェクト）



総合計画

基本構想
平成26年度～おおむね10年

第一次再生計画
平成26年度～28年度（市長任期）
第二次再生計画
平成29年度～32年度（市長任期）

医療・地域福祉の連携が重点プロジェクトになっています

分野別計画

20

重点プロジェクトで何をするのか？

“医療・地域福祉連携プロジェクト”でめざす成果

・期間　平成26年度～28年度（3年間）
・めざす成果
　①市民が求める安全・安心な救急医療体制の確立
　②地域完結型医療体制の構築
　③伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの姿の提示

◆具体的な取り組み◆
【平成26年度】複合的な相談内容へも迅速対応できる福祉総合相談のしくみの実践
【平成27年度】新たな地域課題を施策検討につなげるしくみをつくり、個人、地域の課題に応じた支援基盤を検討
【平成28年度】伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの姿の提示

※“医療・地域福祉連携プロジェクト”（重点プロジェクト）は 、厳しい財政状況のもと、市長の任期中に特に力を入れて実施していく重点取り組みとして位置づけられています。

21

これまでは取り組んでこなかったのか？
→いいえ、そうではありません

これまでも、伊賀市地域福祉計画に基づいて、また安心生活創造事業（国モデル事業／平成21年度～23年度）の経験を踏まえ、“地域包括ケアシステム構築”に向けた機能づくりをすすめてきました。

では、何をしてきたのか？

22

地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

地域包括ケアシステム構築に向けた**「伊賀市の考え」**を示しました

現在
1）伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの検討

平成26年度
1）新しい福祉総合相談体制の実践
2）新しい地域福祉推進体制の実践

平成25年度
1）自助・互助・共助のしくみづくり
2）行政・社協・法人の役割整理

平成24年度
1）保健・医療・福祉分野の連携
検討会の立ち上げ

伊賀市が示したものとは？（施策編）

平成25年度・・・
福祉総合相談体制の検討にあたり、地域包括ケアシステムの構築を見据え、市として**3つの機能づくり（施策）**を重点的にすすめることを示しました。

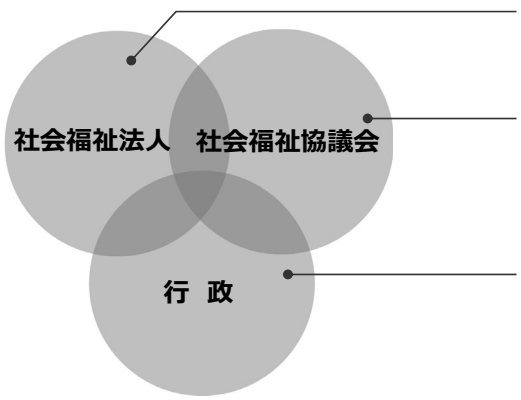
平成24年度～

平成25年度：検討
平成26年度～運用

平成25年度～

伊賀市が示したものとは？（役割・連携編）

地域包括ケアシステム構築に向け、行政、社会福祉協議会、社会福祉法人の役割を示しました。



社会福祉法人の役割
1）地域福祉活動への参画
2）地域貢献

社会福祉協議会の役割
1）地域福祉活動推進
2）地域活動支援
3）人材育成
4）市民生活セーフティネット機能

行政の役割
1）福祉政策
2）福祉施策の企画・立案

“行政が政策を示し、社協が地域福祉の推進母体として地域支援を積極的に行い、その上で、社会福祉法人との連携強化をすすめる”ことを伝えました。

25

平成24年度からの、具体的な施策（取り組み）を紹介します

26

保健・医療・福祉分野の連携
「専門機関の力」を高める施策

保健・医療・福祉分野の連携 ※2012(平成24)年度～

平成25年3月、地域福祉計画に関する諮問機関（伊賀市地域福祉計画推進委員会）が設置する「テーマ別部会」として、**“保健・医療・福祉分野の連携検討会”**を立ち上げました。

1）設置目的
医療ニーズのある人が住み慣れた地域で生活し続けることができるしくみづくり
2）構成メンバー
医師会、歯科医師会、薬剤師会、総合病院、ケアマネ協会、社会福祉法人、社会福祉協議会
3）会議開催
毎月１回
4）主な検討内容
平成25年度　終末期、在宅での看取り、ケアマネの役割
平成26年度　訪問看護の役割
※今年9月から、保健・医療・福祉分野の連携検討会主催の「事例検討会」を実施

27

自助・互助・共助のしくみづくり
「地域の力」を高める施策

自助・互助・共助のしくみづくり ※2013(平成25)年度～

地域における個人や地域の課題に対して、地域の中での支えあいのしくみにより、**課題解決を図るための組織（新たな協議体＝地域ケアネットワーク会議）づくり** をすすめています。

国のモデル事業（安心生活創造事業／平成21年度～23年度）や県の補助事業（地域支え合い体制づくり事業／平成23年度～）で得たノウハウを活かし、平成25年度から、住民自治協議会単位での組織づくりに向け、市が社会福祉協議会に委託し、市内全地域での計画的な協議体づくり支援に着手しています。

1）事業名　伊賀市地域福祉体制づくり事業（委託）
2）委託先　伊賀市社会福祉協議会
3）委託料　9,660,000円／年
4）委託内容
①地域ケアネットワーク会議及びその機能を有する地域の把握、一覧作成
②地域ケアネットワーク会議設置に向けた長期支援地域計画の作成（年間6地域を基本）
③長期支援地域計画に基づく支援地域の課題把握調査、地域ケアネットワーク会議設置支援

28

新しい福祉総合相談体制の構築 ※2014(平成26)年度～

高齢化がすすむ中で、2025年問題への対応や、複雑化する市民の抱える生活上の課題への対応を行うため、生活圏での相談支援体制の充実や、各相談センターの一元化を行い、平成26年度から総合相談体制の実施しています。

あわせて、国のモデル事業を活用し、生活困窮者自立支援のしくみづくりにも取り組んでいます。

新しい福祉総合相談体制での主な取り組み

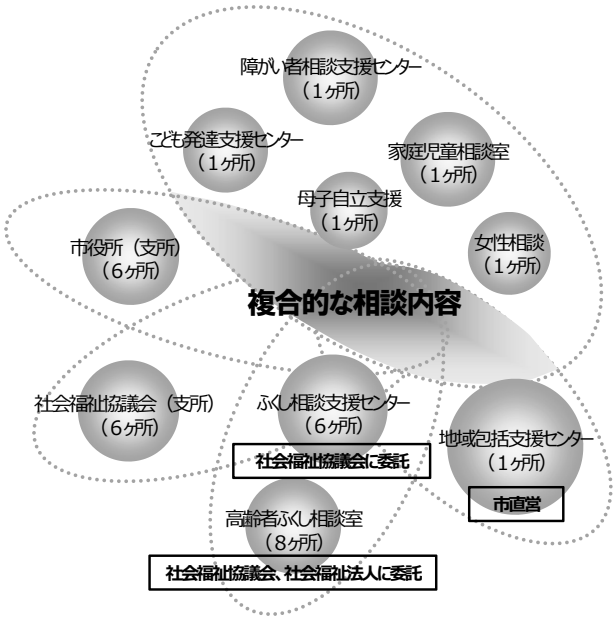
1）地域包括支援センターの増設（1→3） → 地域包括ケアシステム構築も見据えた福祉相談窓口の強化
※個人情報の取り扱い、相談調整機能の強化のため、地域包括支援センターは全て市直営

2）福祉相談調整課の設置 → 複合的課題に対する調整機能として、調整担当2名を配置 【横断的な機能】

3）医療福祉政策課の設置 → 医療政策、福祉政策を一体的に行う担当課 【横断的な機能】

4）行政と社協の役割の整理 → 個別支援と地域支援の機能整理と連携強化

29



平成25年度、2025年問題への対応など、地域包括ケアシステム構築に向けた機能づくりとして、福祉総合相談体制づくりに取り組みました。

これまでの相談体制の課題

1）**相談内容が複雑化**し、旧体制での解決が困難になってきている

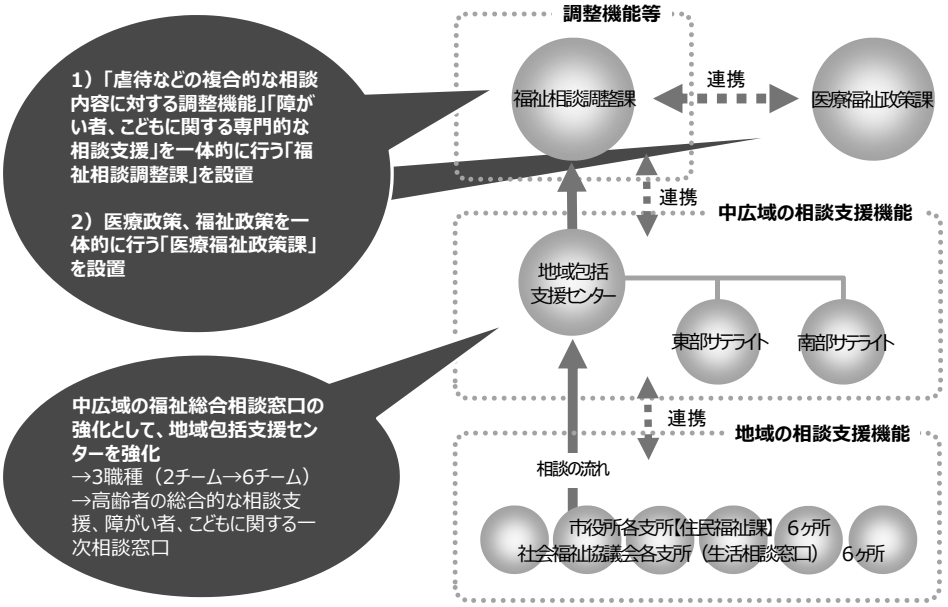
2）相談体制全体の**しくみが複雑**

3）伊賀市の人口規模に対し、**地域包括支援センターが1ヶ所しかない**

4）**保健師の地域とのかかわり**の見直しが必要

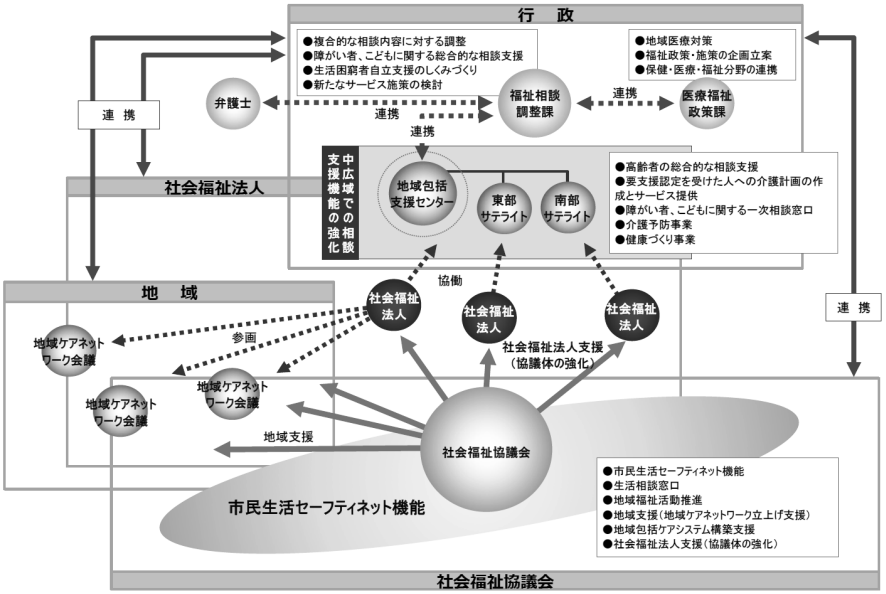
30

新しい福祉総合相談体制（平成26年度から）



31

そして、こんな伊賀市をめざすことも示しました



32

伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの検討

伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの検討 ※現在

市総合計画の重点プロジェクトとなっている「医療・地域福祉連携プロジェクト」に基づき、現在、**“伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの姿（イメージ図）”**の検討をしています。

地域包括ケアシステム検討の考え方
→高齢・介護分野だけではなく、障がい、こども分野を含む包括ケアシステムの検討

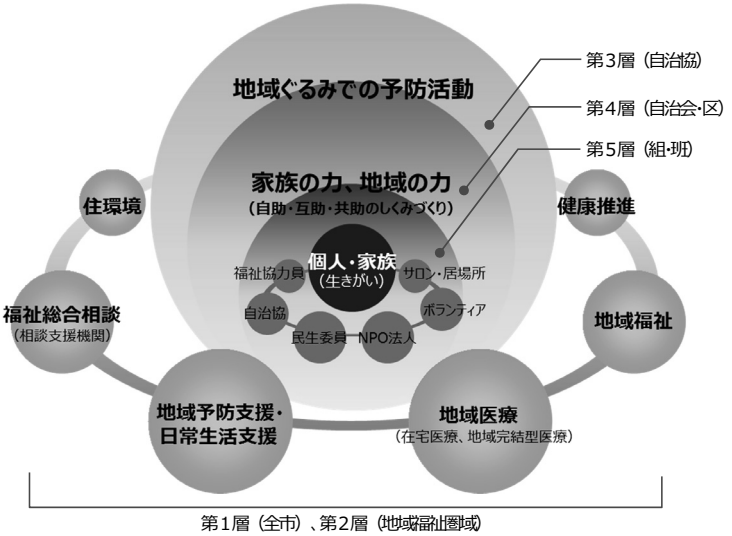
検討体制
→地域福祉計画に関する審議会を中心に、高齢・介護、障がい、こども、健康に関する審議会と連携しながら検討

市民周知時期
→本年度中の市民周知を目標

33

伊賀市がめざす地域包括ケアシステム素案
＜イメージ図＞

現在（平成26年度）、地域福祉計画推進委員会をはじめ、健康福祉に関する関係審議会から意見をいただく中で、**「伊賀市がめざす地域包括ケアシステム」の検討**を行っています。



34

伊賀市がめざす地域包括ケアシステム素案
＜取り組み方針＞

住環境
- 誰もが住みやすい「住まい」の推進
- 社会資源を活かした「住まい」の考え方の検討
- 障がい者の自立した生活をめざした「住まい」確保の推進

福祉総合相談
- 地域包括支援センターの機能（ネットワーク）強化
- 障がい、子ども、女性、ひとり親家庭、生活困窮、権利擁護制度等の相談支援システムの確立
- 相談調整機能の強化

地域予防支援・日常生活支援
- 地域による予防活動への総合的な支援
- 地域資源を活用した地域支援体制の構築
- 認知症ケアパスのしくみづくり（ネットワークづくり）

地域医療
- 地域医療ビジョンの検討
- 医療と介護の連携体制の強化
- 地域完結型医療体制の構築

地域福祉
- 高齢化・少子化・人口減少への対応検討
- 多職種連携の推進
- 自助・互助機能を高める施策の推進
- 総合的支援・コーディネートのしくみづくり
- 行政、社協、法人、事業者連携のしくみづくり

健康推進
- 健康寿命の延伸
- 個人の生活習慣の改善及び健康づくり事業への地域の取り組み体制の強化

35

伊賀市の
“コーディネーター”と“協議体”

36

協議体設置の支援を行うコーディネーター

伊賀市での"協議体"づくりの支援を行うコーディネーターは
社会福祉協議会（エリア担当者）として位置付けています。

なぜ、社会福祉協議会のエリア担当者がコーディネーターなのか・・・

社会福祉協議会は、地域づくり（地域支援）を行う組織
→地域福祉の推進母体（社会福祉法第109条）である社会福祉協議会のCSW（コミュニティソーシャルワーク）を行う担当者＝エリア担当者
→平成25年度の「行政、社協、社会福祉法人の役割整理」で改めて示しました。

行政は？？

1）行政は、地域づくり推進課（本庁）及び振興課（5支所）が、住民自治協議会の運営支援を組織的に行っています。
2）コーディネーターとなる、社会福祉協議会のエリア担当者人件費等への財政的支援（補助金）を行っています。

37

社協エリア担当者制の経緯

コーディネーターとなる社協のエリア担当者制は、安心生活創造事業（国モデル事業／平成21年度～23年度）をきっかけに、**地域支援機能を高めるため導入**しました。
第2次地域福祉計画（平成23年度～）にも、社協の役割として、地域ケアネットワーク会議の設置・運営支援を明記しています。

平成21年度（試行）

エリア担当者　9人

【体制の特徴】
1）当時は、市から社協に「福祉相談支援センター」業務を委託しており、社協の中での連携体制（エリア担当者:9人＋ふくし相談支援センター職員:6人＝15人）が連携した地域支援体制

→行政、社協の両方に、「個別支援」と「地域支援」機能があるしくみ

平成26年度（現在）

エリア担当者　30人
→統括エリア担当者（支所長）6人
→地域エリア担当者　24人

【体制の特徴・平成21年度からの変化】
1）平成26年度からの福祉総合相談体制の構築にともない、「ふくし相談支援センター」を市直営「地域包括支援センター」に統合した
2）社協支所単位に総括エリア担当者(支所長)を設置し、チームによる地域支援体制とした

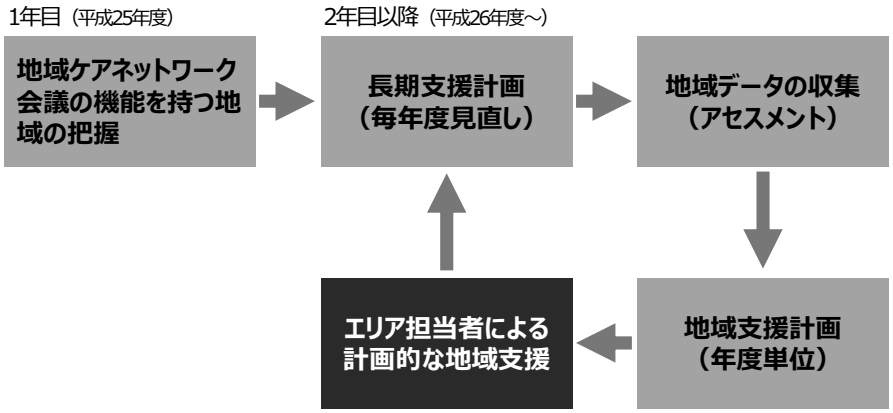
→「個別支援」「地域支援」のしくみを整理し、行政と社協の連携強化による支援のしくみ
※地域支援＝エリア担当者、自治協支援担当課
※個別支援＝エリア担当者、地域包括支援センター等

38

協議体設置に向けたプロセス

社会福祉協議会による協議体（地域ケアネットワーク会議）設置に向けたプロセス

＜地域福祉体制づくり事業＞　※市から社協への委託事業の概要から



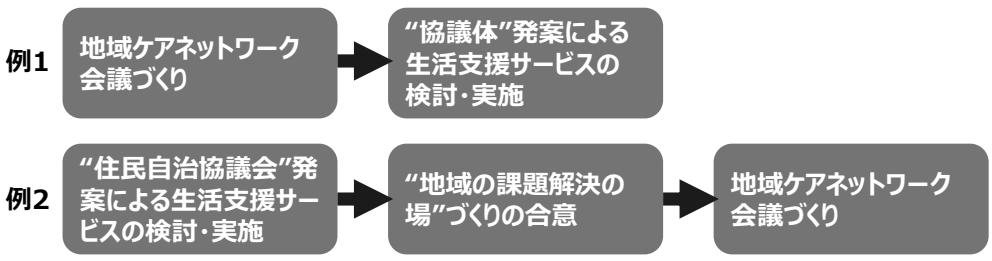
39

地域支援は地域によって異なります

当市では、**すでに住民自治協議会という住民自治の組織があります。**
※地域によっては、地域の活動方針により、一定の生活支援サービスを行う組織体となっている場合もあると言えます。

したがって、場合によっては、**“協議体”づくりを行う前に、住民自治協議会の発案による“生活支援サービス”を実践する場合もあります。**
コーディネーターは、**その地域にあったスタイルやスピードでの地域支援**を行っています。

＜地域の活動パターン＞

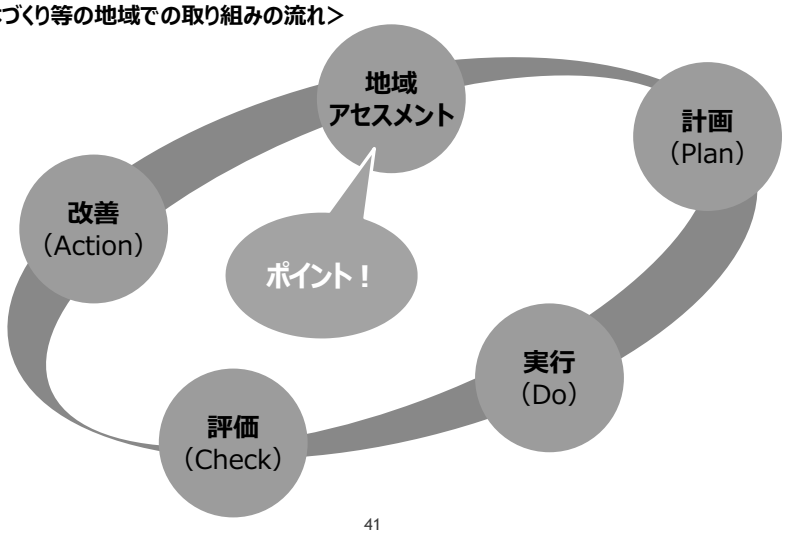


40

コーディネーターによる戦略的地域支援

コーディネーター（社協エリア担当者）は、事前に住民自治協議会の地域データを分析する中で、
その地域にあった協議体づくり等の地域の課題解決に向けた取り組みへの支援を行っています。

＜協議体づくり等の地域での取り組みの流れ＞



41

協議体づくりでのポイント！

協議体づくりの中では、
“地域アセスメント”が重要になります！

“地域アセスメント”とは・・・

42

地域アセスメントとは？（すすめ方）

コーディネーター（社協）は、平成24年度、**「地域支援計画づくりのてびき」「地域アセスメントのすすめ」を作成**しました。

【地域アセスメント】地域福祉をすすめるためには、課題の把握から計画立案、活動評価するまでのプロセスが重要であり、“地域アセスメント”は、地域が直面する課題や社会資源の状況、地域住民の意向について総合的に分析、明確化することをさしています。

地域アセスメントのすすめ方　「地域アセスメントのすすめ」（社協作成）から抜粋　※一部加工

ステップ1　＞＞

地域を知る

・基礎データ
→人口、役員、支援者、産業等
・地域の社会資源（ソーシャルリスト）
→生活支援のために活用できる物的・人的資源
・コミュニティグループ
→地域の多様な組織

ステップ2　＞＞

現状分析

・目標
→個人やグループで目標を考える
・現状分析
→個人やグループで「地域の強み」「地域の弱み・課題」「地域にあるチャンス」「外部環境にある地域にとって都合の悪いこと」などについて分析

ステップ3　＞＞

企　画

・課題解決のための企画
1）課題
2）目標（戦略・計画）
3）アプローチ法
4）年間計画
5）予算
6）事業の意義・効果
などの項目により企画し、地域まちづくり計画にも反映

地域アセスメントとは？（多様な手法）

地域アセスメントには、いろいろな手法があります。
社会福祉協議会では、コーディネーターであるエリア担当者がCSWを行う中で、その地域に合ったアセスメントの手法を提案しています。

多様な地域アセスメント手法　「地域支援計画づくりのてびき」（社協作成）から抜粋　※一部加工

既存データの活用

◆地域の人口、人口構成比、人口動態、分野別福祉（児童・障がい・高齢）に関すること、ボランティアなど市民活動に関することなど、既存の社会福祉に関する統計データをもとに、分析し、地域の特徴をつかむ手法

調査活動

◆アンケート調査やヒアリング調査
◆住民参加型調査
※地域で調査目的や調査方法なども検討しながら地域住民とともにすすめる手法

地域住民懇談会

◆地域住民による懇談の場をつくり、説明会やワークショップ、ワールドカフェなどにより地域課題の共有や解決を促す手法
※コミュニティ・ミーティング

地域踏査（フィールドワーク）

◆集落・家々の様子、車・道路・バス・鉄道の状況や距離感、自治会・チラシ・ゴミ出しの状況、地域の活動や行事への参加状況など、実際に地域に出て探索し、地域の課題などを調査する手法

地域アセスメントとは？（ポイント）

コーディネーターとなるエリア担当者は、「地域アセスメントとはどういうものなのか？」「どういう役割を果たすものなのか？」などを確認をしながら、地域支援を行っています。

地域アセスメントのポイント　「地域支援計画づくりのてびき」（社協作成）から抜粋　※一部加工

地域アセスメントの視点	地域フォルダの作成
◆地域診断とは？ 1）地域診断は、診断する主体が専門家 2）悪いところ、課題を分析・原因究明することが目的 ◆地域アセスメントとは？ 1）地域の現状やニーズの「見立て」をする 2）見立てるのは、専門家と地域住民の協働作業 3）アセスメントの主体としての「組織化」が重要 4）地域の強みや意向を大切にする	◆地域は変化していくもの 1）定期的なアセスメントを繰り返していく必要があり、得られたデータは蓄積しておく必要がある 2）フォルダ管理することが有効 3）ワークシートなどは統一した様式にする ※新しい情報を常にためていく ※古い情報も保存し、上書きは行わない

45

地域アセスメントとは？（地域へのアプローチの視点）

コーディネーターは、次の「地域へのアプローチの視点」を持って活動しています。

「地域支援計画づくりのてびき」（社協作成）から抜粋　※一部加工

「私の問題」を「私たちの問題」へ

困っているのは本当に一人だけ？
→個別支援を地域支援につなげていく

「コレクティブ（集合的）に物事をとらえる」視点

個別ニーズの蓄積が地域の福祉ニーズになる
→個々の問題を、それだけで完結させず、地域の全体像を把握する

「潜在的ニーズをキャッチする」感覚

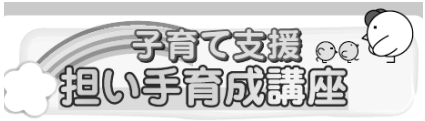
＿＿つのニーズの背景には、＿＿のニーズがあると思え
＿＿のニーズの背景には、＿＿のニーズがあると疑え
＿＿のニーズがあったときは、解決の＿＿をつくるべし

46

社協による地域資源（担い手）づくり

社協では、年度単位で地域が必要としているニーズにあわせた講座をパッケージにした「市民ふくし大学講座」を開催し、住民自治協議会などで活躍できる人材を育成しています。
近年では、人材が地域で活躍できるための“新たなしくみづくり”が求められてきています。

市民ふくし大学講座　平成26年度【 6講座】



【 ファミリーサポートセンター提供会員養成講座 】

育児の援助を受けたい人(依頼会員)の要望に応じて、子育てのお手伝いができる人(提供会員)を紹介し、一時的に子どもを預かるファミリー・サポート・センターの、提供会員の担い手養成講座

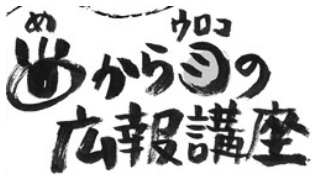
◆対象者　市内在住・在勤・在学の20歳以上
◆これまでの養成会員数　190人

【災害ボランティアコーディネーター養成講座】

災害時に市民自身が自助・互助による減災活動や復旧、復興に取り組んでいける地域づくり、日頃からの防災啓発や災害時のボランティア活動のコーディネートに力を合わせて取り組めるコーディネーターの養成講座

◆対象者　災害ボランティアに関心のある人
◆これまでの養成会員数　148人

47



【目からウロコの広報講座】

地域活動実践者や団体が、楽しみながら魅力的な情報発信ができるスキルを身につけ、地域住民への福祉教育や地域福祉活動を推進し、高参加高福祉の実現を目的とした人材養成講座

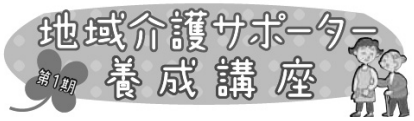
◆これまでの養成会員数　9人

【生活支援員養成講座】

認知症の人や、知的障がい、精神障がいのある人など、判断能力に不安がある人の権利を擁護し、安心して暮らしていけるための「地域福祉権利擁護事業(福祉サービスの利用援助、日常的金銭管理、書類預かりサービス）」の具体的支援を行う生活支援員の養成講座

◆対象者　市内在住・在勤で支援員活動を希望する人、地域の福祉に貢献したい人
◆これまでの養成会員数　338人

48



【やすらぎ支援員養成講座】
認知症高齢者を介護している家族の介護負担軽減と、日常生活に必要な外出や休憩時間を確保するため、家族に代わって見守りや話し相手となる支援員の養成講座

◆対象者　活動希望者、介護に関心のある人
◆これまでの養成会員数　534人

【地域介護サポーター養成講座】
介護の基本的な知識・技術を身につけることにより、家族介護の支援および地域での助け合い活動を促進し、地域の介護力を高めるための地域住民対象の養成講座

◆地域住民
◆これまでの養成会員数　72人

本年度実施していない講座も含めると、講座修了者は**のべ1,857人**にのぼります。
伊賀市では、**毎年、新たな人材が生まれています。**

49

市の予防事業からのアプローチ
＜認知症・介護予防から「地域予防」へ＞

介護保険制度の改定や地域包括ケアシステム構築を視野に入れ、市が社協に委託している予防事業の見直しに着手しました。

平成25年度まで

・「家族・地域介護教室」転倒予防教室」「介護予防出張教室」など、単発的な予防教室を、希望する自治会やサロン活動団体に提供する業務

・希望する地域への認知症・介護予防教室の実施

・地域からの認知症・介護予防教室に関する相談への対応

平成26年度

・認知症予防教室、介護予防教室のパッケージ化

・地域における予防活動の総合的なコーディネート業務に切り替え

・多様な予防教室を導入できるシステムに変更

・社会福祉法人との情報共有による、モレのない地域コーディネート体制づくりに向けた調査

50

地域の取り組み

～介護基盤緊急整備等臨時特例基金／
地域支え合い体制づくり事業補助金の活用～

地域の取り組み事例
＜協議体づくり＞

地区社協の機能を活かした組織の改編 【神戸地区住民自治協議会】

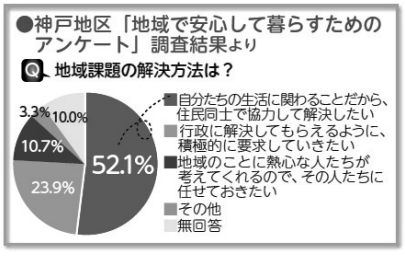
社協広報から抜粋（一部加工）

◆住民ニーズを把握し、話し合える場づくりを

平成23年度に自治協が主催した福祉フォーラムを契機に、住民ニーズ把握の取り組みがはじまりました。

平成24年度には、きめ細かく住民ニーズを把握するため、地区役員等の協力のもと、20歳以上の住民対象にアンケート調査を実施し、アンケート報告会には、自治協や地区社協から約50人が集結し、結果ら見えてきた高齢者の日常生活支援等についての意見交換を行いました。

そこで、地区住民が課題を共有し、解決に向けての取り組みを検討する場である「神戸地区支え合いネットワーク協議会」の必要性に気づくことになりました。



◆新たな協議会の立ち上げに向けて

組織のあり方についての検討会議を立ち上げ、すでに組織化されている「神戸地区社会福祉協議会」の組織改編をもとに話し合われました。

また、各区単位での課題共有の場となるサロン参加者の声を集約しニーズ把握に努めるなど、伊賀市地域福祉計画の「支援のしくみ図」を参考に、組織図案をつくりました。

この取り組みへの想い

建物でも、人を思いやる気持ちがあればいいものが出来るというように、関わったみんなで思いをこめて新しい協議会を立ち上げ、課題解決に取り組みたいと意欲を燃やしています。

神戸地区住民自治協議会
福祉部長　森永秀博さん

地域住民の暮らしを地区全体で支えるしくみをと、福祉フォーラムを契機に広がった「地域の輪」。地区内の関係団体等が情報共有し、課題解決できるよう、体制づくりを支援していきたいです。

伊賀市社会福祉協議会
丸山エリア担当 山本昌美

地域の取り組み事例
＜生活支援＞

近隣の支援で地域のコミュニケーションをとりもどす 【古山地区住民自治協議会】

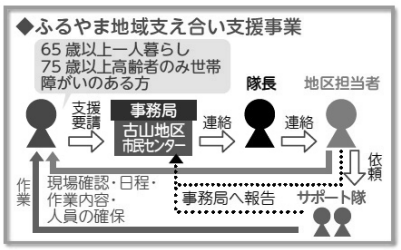
社協広報から抜粋（一部加工）

◆変化する地域にあったまちづくりを考える

古山地区は、以前は農業が盛んでしたが、高齢化や地域外への就労が多くなってきました。

そのような中、古山住民自治協議会では、地域で安心して暮らし続けることができるよう「ふるやま支え合いまちづくり」に着手し始めました。

福祉部員による支援対象者への聞き取り等を実施した結果、タンスなど重いものの移動やゴミ出し、食事サービスなど、生活の中での困りごとを助けてほしい人が35%いることがわかりました。



◆軽作業を助ける「ふるやまサポート隊」結成

聞き取り結果をふまえ、高齢者等への支援活動を進めていくことを決意し、「ふるやま地域支え合い支援事業」を立ち上げました。

支援してほしい高齢者等は、市民センターに連絡し、公募により結成したサポート隊26名が支援活動を行っています。

料金は500円～1,000円程度で、サポート隊は無償で活動し、その作業料は、活動の運営費に充当されています。

この取り組みへの想い

サポート隊の活動は、背伸びせず軽作業からスタートし、ゆくゆくは通院介助や食事サービスなど支援の幅を広げる予定です。地域のサポートを通し、ご本人と家族との繋がりもできればと思います。

古山地区住民自治協議会
福祉部会　西浦秀則さん

古山地区は、基盤に地区社協のきめ細かな取組やサロン連絡会の開催、友愛見守り隊の結成などがあり、現在のサポート隊に繋がっています。前任者より引継いだばかりですが、できる限り支援していきたいです。

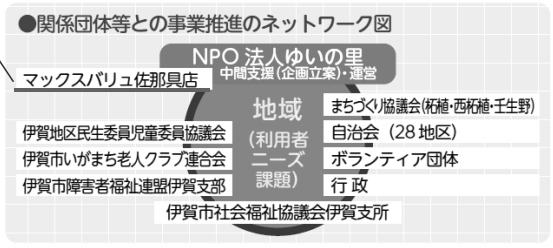
伊賀市社会福祉協議会
古山エリア担当　福永 悦子

地域の取り組み事例
＜買物支援＞

交通弱者を支える買物送迎バス 【NPO法人ゆいの里】

社協広報から抜粋（一部加工）

現在は、スーパーが無料お買物バスの運営、NPO法人は地域とスーパーのパイプ役となり、地域ぐるみの活動が展開されている。



この取り組みへの想い

高齢者も、障がいのある人も、誰もが主体的に参加できる社会づくりのモデルとして、取り組み始めました。地域のみなさんとともに、地域福祉型のサービスを創っていきたいです。

NPO 法人 ゆいの里
理事長　藤井明和さん

この取り組みのポイント

地域の課題やニーズを、みんなで同じテーブルで協働で取り組み、話し合いながら進められているところがポイント。この事業をきっかけに、各組織のつながりをさらに強化できるよう、支援していきたいです。

伊賀市社会福祉協議会
伊賀地区エリア担当 内田崇之

◆買物送迎バスの試行運行・検証

NPO法人ゆいの里は、平成21年に民生委員児童委員の協力を得てアンケートを実施し、病院や買物の移動支援の希望が多いことがわかりました。

そこで、かねてから協議を行ってきた「高齢者・障がい者お買物無料送迎バス」の試行運行をはじめました。

利用対象者は、NPO法人ゆいの里の活動エリア（市町村合併前の1つの自治体／3つの住民自治協議会の範囲）の一人暮らし高齢者や高齢者世帯など。

1週間で1回程度、グループで指定された曜日に無料送迎でスーパーに行き、1時間程度お買物を楽しめる仕組みをつくりました。

利用者の買物や送迎時の乗降支援する「お買物メイト」を地域に呼びかけ、地域・中間支援NPO法人・事業者の連携による無料送迎バス事業をつくりあげました。

多世代参加で地域の元気を創りだす 【NPO法人ささゆり】

社協広報から抜粋（一部加工）

【音楽担い手養成講座】
（全５回講座）
❶音楽療法概論
❷障がい・高齢者理解
❸介護予防と音楽活動
❹認知症の方と音楽
❺子どもと音楽

この取り組みへの想い

自治会も NPO も、地域を支えるという目的は同じです。高齢者は決して弱者ではないと思っています。元気な人材をどんどん育てて、あらゆる世代で地域を豊かにしていきたいです。

NPO 法人ささゆり
代表　今岡 睦之さん

高齢者の外出支援事業をはじめ、憩いの場所づくりや担い手の養成と様々な活動の中、今後は、子どもの親世代を巻き込み、地域全体で活動できる仕組みづくりを提案できればと思っています。

伊賀市社会福祉協議会
上野北部エリア担当 猪岡恵理美

◆高齢者が主役！元気老人塾支援事業

諏訪地域では、平成23年度に「諏訪地域支え合いセンター」を整備し、あわせて諏訪地域の課題解決に取り組む「NPO法人ささゆり」を立ち上げました。

そして、平成24年度には、伊賀音楽療法研究会の協力を得て、支え合いセンターを活用し、高齢者が主役となる人材育成（元気な高齢者が講師になるための人材養成）に取り組みました。

企画段階から専門家や住民、社協エリア担当者が共に企画したもので、音楽を通じた介護予防、認知症予防、世代間交流としての音楽活動を学びました。

また、毎週土曜日には支え合いセンターで太鼓教室を開催し、子どもたちも参加しています。

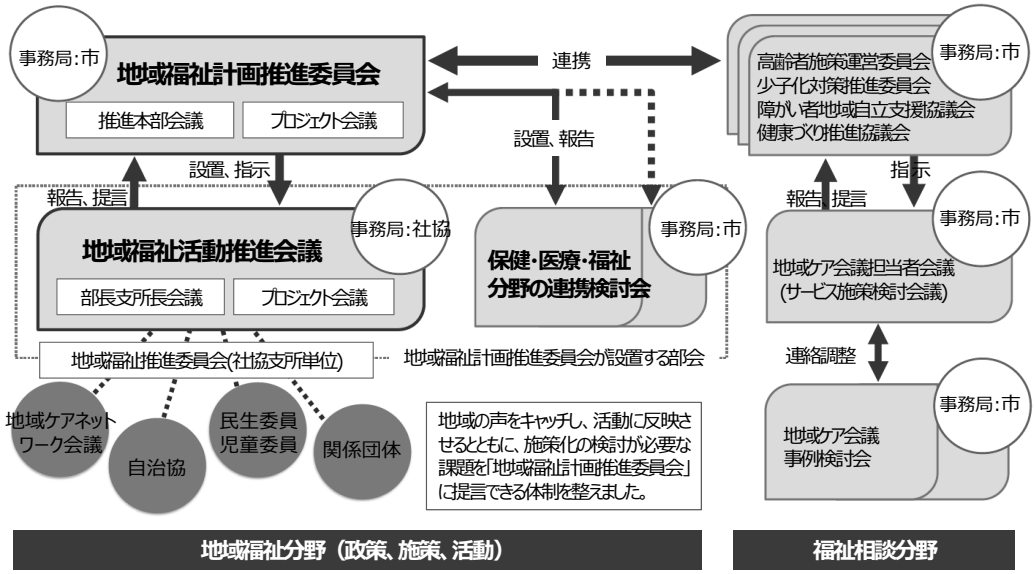
「子どもや高齢者は決して弱者ではなく、元気な人が要支援者を支えるのが当たり前。それが諏訪地域の地域福祉だ！」という想いをもって事業がすすめられています。

55

地域課題の把握から施策形成へ

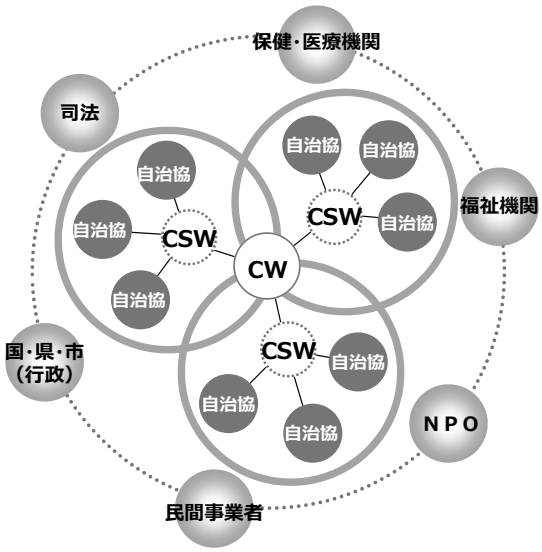
56

地域福祉推進体制の見直し（平成26年4月～）



個別支援、地域支援の連携

伊賀市がめざす地域包括ケアシステムの検討の中でも、**“専門職の地域連携の考え方”**を示しています。



伊賀市がめざす地域包括ケアシステム（素案）から抜粋・・・

地域支援、個別支援、ＣＳＷとＣＷのつながり、さらには相談支援調整機能の強化により、市域全体、地域包括ケアシステムのエリア、自治協エリアを重層的に支援、コーディネートできる体制づくりをめざします。

【 CSW 】（コミュニティソーシャルワーク）
→地域で支援を必要とする人の、地域や人間関係等の環境面を重視した援助技術
【 CW 】（ケースワーク）
→一般的に個人や家族を対象に行う援助技術をさし、社会福祉士や精神保健師、社会福祉主事等が中心に行う。

三重県域での取り組み

59

県と市町の連携
地域包括ケアシステム構築に向けて

三重県では、県と市町が連携の強化をはかり、協働して地域づくりの基盤を整備することにより、地域主権社会の実現をめざすことを目的に、「県と市町の地域づくり連携・協働協議会」があります。

この協議会には、全県的な検討が必要な場合、プロジェクト単位で検討会議が設置されることになっており、平成26年度、地域包括ケアシステム構築に向けた検討会議が設置され、現在、県域での検討が行われています。

県と市町の地域づくり連携・協働協議会
1）県：構成員　知事、副知事ほか関係部局長等
　　市：市町長
2）会議：全県会議（総会、調整会議、検討会議）
　　地域会議（1対1対談、サミット会議、調整会議、検討会議）

検討会議
1）会議名　地域包括ケアシステム構築に向けての地域課題の把握及び地域支援体制のあり方検討会議
2）検討事項　2025年問題を見据えた地域課題の把握及び施策検討につなげるためのしくみの検討
　　～地域ケア会議を通じた地域づくり・資源開発や政策形成への取り組み～
3）参加者　県内全市町の介護保険担当課等（29市町＋3広域連合）

60

まとめ

61

取り組みから気づかされました

“地域包括ケアシステムの構築は、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ことが必要“と言われています。

“協議体づくり”も同様に、市街地と山間部、地域の人口規模や高齢化率、住民自治協議会で検討されている地域課題の優先順位・・・など、小地域単位によって、協議体づくりに関する考え方が異なります。

協議体づくりは、地域支援担当者が地域とともにすすめていくものですが、より良い協議体づくりには、**“地域支援担当者間の情報共有・連携”**、**“地域支援担当者と地域のキーパーソンとの情報共有・連携”**が重要となります。

※当市の地域支援担当者：住民自治協議会支援を行う「地域づくり推進課、各支所振興課」や“コーディネーター”となる「社会福祉協議会エリア担当者」

➡ **“人のつながり”** の大切さに改めて気づかされました。

62

最後に・・・

生活支援サービスを考える上において、**コーディネーターや、協議体となる地域の組織は、どの市町村にも存在する**と考えます。（潜在的な部分も含めて）

今、必要な事は、自治体が、地域ぐるみでの取り組み、すなわち**“地域予防”という考え方を整理し、見える化し、施策として打ち出していく**ことだと考えます。

地域包括ケアシステムの構築の必要性が示されている中で、自治体の考えが見えなければ、市民は不安な中で2025年を迎えることになるかもしれません。
不安を安心に変えていけるのは、**自治体の見える動き**だと考えます。

自治体は、勇気をもってアクションを起こすことが大切であり、この“自治体の覚悟”は、市民に必ず伝わると考えています。

ご清聴ありがとうございました。

お問い合わせは・・・　三重県伊賀市 健康福祉部 医療福祉政策課　担当：植田
Tel:0595-26-3940　Fax:0595-22-9673
E-mail:iryoufukushi@city.iga.lg.jp

Ⅴ．生活支援コーディネーターの独自の視点で行うべき生活支援ニーズの把握と支援

生活支援サービス・活動の主な対象者は、地域で暮らしている一人暮らし、あるいは日中一人暮らし高齢者、高齢者夫婦などで何らかの生活支援が必要な人達です。こうした人の中には、介護保険によるサービスや医療サービス等の制度的専門的サポートを受けている場合と、専門的サービスを受けていない場合がありますが、いずれの場合も毎日の生活を送る上で自分ではできず、支援が必要な様々なニーズを持っています。また、生活のしづらさを抱えている人々の多くは社会的孤立状態に置かれています。こうした人々が、地域で自分らしく住民として尊厳ある暮らしができるように、主に、非制度的サービス、活動を活性化し調整し、生活を支援する事が生活支援コーディネーターの役割です。

生活支援コーディネーターは生活支援サービスをどのように認識するかは、役割を果たす上で極めて重要です。生活支援サービスは、制度的サービスの不十分さを単に補完するというものではなく、制度的サービスでは対応出来ない、あるいは、なじまないサービスの提供や、人々と社会との繋がりを回復させるという、住民が助け合い・支え合いの理念に基づいて行ってきたサービスや活動を、より組織化し、制度的サービスと協働し、互いに補い合う事で安心した生活と､助け合う地域づくりを進める活動と捉える事が必要です。こうした生活支援コーディネーターの役割、生活支援サービスの基本的認識に立って生活支援コーディネーターの独自の視点、役割を考えてみましょう。

１．生活支援コーディネーターの独自の視点

（１）生活の主体者である本人の意向、生き方を尊重する

生活支援が必要な人の自立と尊厳が確保されることを目標に、生活の主体者である本人の選択、生き方を何よりも尊重することが必要です。そのためには信頼関係づくりと本人の力を引き出す努力、適切な方法による十分な情報の提供が求められます。何より本人の意向を大切にし、そこから生まれる意欲こそが地域生活維持の原動力であり、それを生活支援コーディネーターは寄り添い支援することが大切です。

（２）支援を受けながら自立した地域生活を維持する支援

支援を受けなくなる事を自立と捉えるのではなく、支援を受けつつ自立し、地域生活を維持するために、生活ニーズを「生活していく上で困っていること」として広く捉えることが必要です。一日の生活の中で、毎日ではないが週に何回かあるニーズ、季節の変わり目や、年間を通しての生活の中で出てくる支援が必要なニーズもあります。本人と一緒に生活の実態とその中での困りごとを一緒に考えてみましょう。

（３）社会参加、人とのつながり、生きがい、楽しみの支援

社会参加、生きがいや楽しみ、ふれあいは尊厳ある生活の基本となるものです。住民参加型の生活支援サービスを通じてふれあいが生まれ、高齢者の居場所づくり、生きがいに繋がります。さらに、安否確認、緊急時対応、見守り支援の役割も担うことができます。

（4）出番づくり、役割づくりの支援

地域生活維持のためには､本人が生きようとする意欲が土台となります｡そのためには、本人が社会関係を取り戻せるように、地域の中で居場所や役割を確保し参加できるようにすることが大切です。一方的に支援を受けるだけでなく、支援を受ける人も種々の方法で地域に貢献できるよう、双方向性、互酬性を重視することが必要です。

２．生活支援コーディネーターの独自の役割

（1）制度的サービスと非制度的サービス、活動との繋がりを良くする

制度的サービスを提供する立場から住民参加型のサービスを活用するという一方的視点からでは住民活動との協働はうまく進みません。住民の活動の基本は共感に基づく自発性にあります。生活支援コーディネーターは、専門職と住民活動との対等な関係づくりを進め、住民活動の立場に立ってコーディネートを行うことで、住民の共感をもとに、制度的サービスと非制度的サービスが繋がりを良くし、協働できるようにすることが独自の役割です。

（2）生活支援を通しての地域づくり

生活基盤としての地域を良くしていく取り組みを、個別支援と地域へのアプローチを一体的に捉え進めることが大切です。日常の地域での生活は近隣や友人の自然な見守りや助け合いによって支えられています。お互いに支え合う地域の関係づくりが進めば、地域の福祉力が高まり、安心して住み続けられる地域づくりが進みます。

３．生活支援コーディネーターの独自の視点で行う生活支援ニーズの把握

生活支援ニーズの把握を行う前提として、地域に気づきや把握の仕組みづくりが必要になります。

（1）気づき

生活支援が必要は人が自ら相談したり訴えることは少ないと言えます。近隣の人が気づいてそこから相談に繋がる、友人、老人クラブの仲間が気づく、民生委員・児童委員が気づく等、気づく力を高める学習活動や気づいたニーズを受け止める仕組みづくりが必要です。受け止める仕組みがあれば、地域の気づく力が高まります。

（2）把握

「大丈夫です」「私のことはいいです」と、本人に自覚がない場合や支援を拒否する場合も少なくありません。粘り強くアプローチしたり、周辺からも様子を把握する事が必要です。

（3）生活支援ニーズの把握

生活支援ニーズは本人が自覚していない場合が多く、次のような視点を持つと把握しやすくなります。

①１日、24 時間をどのように過ごしているか、その中で自分ではできない困りごとは何か、１週間の生活の中で、１か月の生活の中で、１年の生活の中で、自分ではできない困りごとは何か、本人と一緒に考えます。

②制度的サービスでは対応できていない困りごとを把握します。

③一時的ニーズ、即応が必要なニーズ、ごく短時間のニーズを把握します。これらは、制度的サービスが対応できないあるいは対応しにくいニーズです。住民サービス、活動はこうしたニーズに対応できる特性を持っています。

④人との繋がり、社会参加、生きがい、楽しみ等を把握します。家族、友人、親戚、知人、近隣等との繋がりがないか、脆弱な場合はほとんど人と会話がない状態にあります。どんな形であれ社会との関わりがあるか、役割があるか、生きがい、楽しみにしているかの把握は、本人が生きようとする意欲を高める取り組みに繋がります。

⑤本人の生き方、意向の把握に努めます。本人が今後どのように生活にしていきたいと考えているか、大事な生活上の課題についてどのように考えていくのか、一緒に考える機会を持つことが大切です。

（4）生活支援プラン作成

①制度的サービスとして提供されているサービスの確認と、そのうち住民参加型サービス等で対応した方が良いと考えられるサービスがあるか検討します。

②制度的サービスでは対応されていないが、地域生活を支える上で必要なサービス、活動は何か、商店や業者に協力してもらう必要なことは何か検討します。

③人との繋がりをどう作るか、社会参加をどう進めるか検討します。地域の様々な組織やグループの協力を得て進めます。

④本人の地域での生活を見守り、支援する仕組みづくりを検討します。キーパーソンの発見と関係づくりが鍵になります。

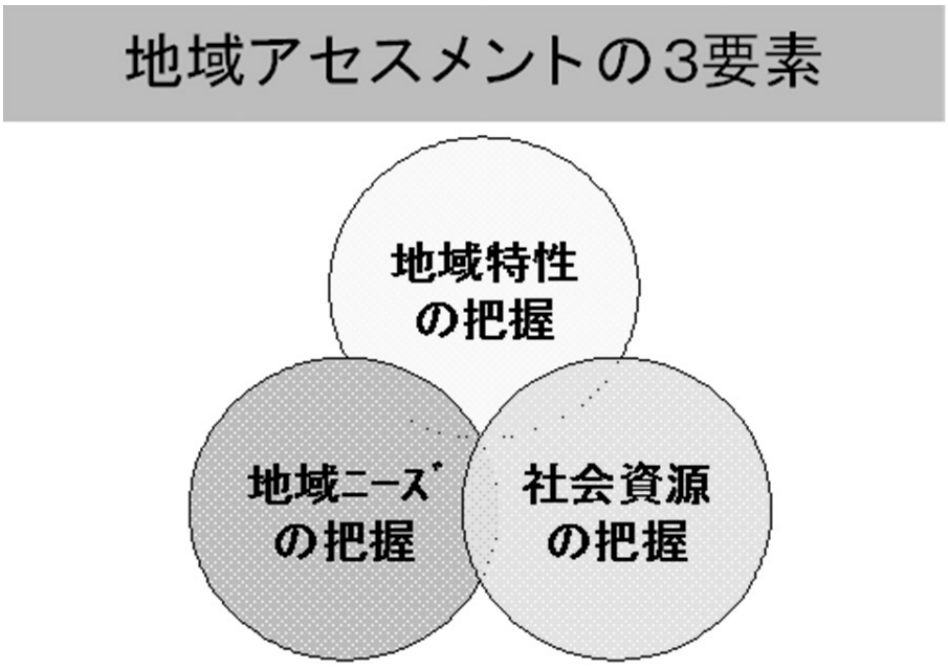
Ⅵ. 高齢者に係る地域アセスメントの手法について
（地域特性の把握、社会資源の把握、地域の生活支援ニーズの把握）

１．地域アセスメントの意義

生活支援コーディネーターの役割は、第２層や第３層ではニーズとサービスのマッチングという個別支援が求められますが、第１層や第２層では関係者のネットワークづくり、担い手の養成、サービスの開発などの地域支援が求められています。この地域支援を行うためには地域の状況を把握する地域アセスメントが重要となります。介護支援専門員が個別支援計画を作成する際にアセスメントが欠かせないのと同様に、地域支援においては地域アセスメントが欠かせません。

この地域アセスメントにおいて把握・分析する内容としては、①地域特性、②社会資源、③地域ニーズという３つの要素があります。生活支援コーディネーターとして地域内の社会資源を把握することにより関係者のネットワークづくりやマッチングが可能となり、さらに住民ニーズを把握することにより今後どのようなサービス開発が必要なのかが見えてきます。そして地域特性の把握により地域住民へのアプローチ方法等を考えることができます。

なお、地域アセスメントの実施にあたっては、生活支援コーディネーターだけで行うものではありません。行政や社会福祉協議会、地域包括支援センターなどが既に行っているものもあるため、そうした情報を踏まえた上でさらに必要な地域アセスメントを他機関と協働で行っていきましょう。



２．地域アセスメントの方法

（１）地域特性の把握

地域の特徴をつかむことにより、住民感情の理解や地域住民へのアプローチを考えることができます。地域特性の把握では、①地域の歴史、②地域の主な産業、③人口動態と将来推計などに注目することが大切です。

①地域の歴史

地域住民の力を引き出し、生かすためには、地域の歴史を知ることが大切です。例えば、市町村合併を経験している地域では、地域活動のまとまりとして合併前の範囲が基盤となっていることがあるため、こうした歴史を踏まえて地域の助け合い活動を組織化していく範囲を考えていくことができます。また地域のベッドタウンとして開発されてきた地域では、旧来から生活している人々と新たに転居してきた人々の間で関係性が十分に築かれていない場合もあるため、意図的にこうした人々が協働できる活動を組織化していくことも考えられます。地域の歴史を知るためには、行政がまとめている史料に目を通すことも大切ですが、何よりも地域の高齢者の方々に教えてもらうとよいでしょう。

②地域の主な産業

地域の主な産業を知ることは、その地域で暮らす人々の生活状況を知ることにつながるとともに、地域の強みを生かす視点を得ることができます。例えば、地場産業は、高齢者や障害者の社会参加や就労の機会として活用されることが多くあります。高齢者や障害者が支援を受けるだけの存在にならず、一人ひとりが地域へ貢献できる社会を築いていくことも大切な視点です。

また、地域住民の労働状況を知ることにより地域住民が地域活動を行ったり、会合で集まりやすい時期や曜日や時間が見えてきます。例えば農家の多い地域では作物によって農繁期が異なり、活動に参加しやすい時期も違ってきます。また観光産業が主な地域では、土日や祝日よりも平日の方が地域活動に参加しやすくなります。逆に平日は仕事で忙しい方が多い地域もあります。地域でボランティアを募る場合には、こうした地域の状況を踏まえて行うことが大切です。また、近年は企業の社会貢献活動についての関心も高まっており、地域の企業に協力を呼びかけていくこともよいでしょう。

③人口動態と将来推計

人口や世帯数、高齢化率等の基本的なデータは、地域の概況をつかむ上で大事な情報ですが、さらに支援に生かせるデータを把握することが大切です。例えば、高齢化率だけでは見えないニーズもたくさんあります。具体的には、高齢者の中で要介護認定を受けた方がどれくらいいるのか、その中で要支援の方はどれくらいいるのかを生活支援コーディネーターとして把握しなければなりません。また、一人暮らし世帯でも昔からその地域で暮らしている方と転居してきた方では有している社会関係には違いがあり、近隣に家族や親族がいる場合と、全く身寄りのない方の場合では支援が異なります。このように支援に生かす観点から人口動態をより深く把握していくことが大切です。

また、現在の状況だけでなく、これまでの経緯とこれからの推計についても目を向ける

必要があります。高齢化率が高い地域でも、前期高齢者が多い地域と後期高齢者が多い地域では、今後の展開に違いが出てきます。また現在は高齢化率が低い都心部では、農村部に比べて今後急速に高齢化が進む予測がされている地域もあります。こうした将来推計は介護保険事業計画にも掲載されていますが、タイムリーな情報については市区町村のホームページで確認することができます。

これらの情報は市区町村の範囲全体で把握するとともに、できれば町内会や自治会の範囲ごとに把握しておき、地域の会合等に出かける際に地域住民へ説明できるようにしておくとよいでしょう。

（２）地域の社会資源の把握

社会資源とは「支援に活用できるヒト、モノ、カネ、情報」のことです。ここでは支援の際に必要に応じて連携していくことが望まれる機関や団体､組織について取り上げます。

①行政機関

生活支援コーディネーターとして連携していく行政機関には、市区町村の機関と都道府県の機関があります。主に市区町村の行政機関と連携していくことが多くなりますが、例えば精神疾患のある方の支援を考える場合には、都道府県が所管している精神保健福祉センターや保健所との連携を図ることもできます。

行政機関と連携する際には、行政庁内の組織体制を理解する必要があり、特に福祉関係の部署については各事業等の担当者を把握する必要があります。また、福祉関係だけでなく観光や農業、地域振興の担当課とも関係を築いておくと、高齢者の社会参加や新たな担い手の確保など、支援の幅を広げることができますので、積極的にこうした部署と関わる機会を作ることも大切です。

②保健・医療・福祉関連の機関・団体

地域内には行政機関以外にも健康増進や介護予防を目的とした活動を行っている機関・団体が多くあります。生活支援コーディネーターとして、こうした活動については実際に足を運んで把握し、関係を築くことが求められます。

また、医療との連携は地域包括ケアの推進において、重要な課題の一つとなっており、地域包括支援センターと一緒に医療関連の社会資源の把握とともに関係づくりに努めることが大切です。医療機関にソーシャルワーカーが配置されている場合は連絡がとりやすくなりますが、配置されていない場合は連絡窓口が誰になるのか確認しておく必要があります。

さらに最近では、社会福祉法人が従来からの社会福祉事業に加えて社会貢献活動に取り組むことが求められており、高齢者の生活ニーズに応える新たな活動を生活支援コーディネーターから提案をしていくこともよいでしょう。

③地縁組織

地縁組織である自治会や町内会によっては、健康増進活動や福祉活動に取り組んでいる場合もあります。また小学校区や中学校区を範囲とした住民組織を立ち上げているところ

もあります。こうした組織の活動内容は主に、①見守り・声かけ活動、②サロン等の交流活動、③生活支援等の助け合い活動があり、生活支援コーディネーターは、これらの活動と連携していくだけでなく、時にはこうした活動の活性化に向けて支援を行っていくことが求められます。例えば、学習の機会を設けたり、活動の担い手の発掘やニーズ把握を目的とした調査活動の支援などを行ったりすることが考えられます。ただし、こうした支援は全てを生活支援コーディネーターだけで行えるものでなく、社会福祉協議会や地域包括支援センターなどと一緒に行うことも大切です。

④ボランティアグループ・ＮＰＯ・当事者団体

ボランティア団体やＮＰＯの活動内容は多岐にわたりますが、生活支援コーディネーターとしては、特に高齢者の孤立防止や生活支援に関する活動を把握しておくことが求められます。また、現在は高齢者関係の活動を行っていないボランティア団体やＮＰＯでも、今後、連携していったり、新たな活動の提案をしていくこともできますので、協働できる可能性を探る観点から把握してくことも大切です。老人クラブや互助会なども当事者団体として様々な活動を展開していますので連携していくことが求められますが、活動の中心となるメンバーが高年齢化したり、若い世代の加入が少なく、活動の継続が困難になっている場合もあります。そのため、こうした当事者団体の活動を支援していくことが必要な場合もあります。この際、生活支援コーディネーターとして留意しなければならないのは、これらの活動の係る事務や連絡調整を直接担うのではなく、各団体自身で行うことができるように側面的支援として関わっていくということです。

これらの団体は、高齢者を支援する社会資源として活用する用するだけでなく、高齢者自身の社会参加や社会的役割を果たしていく機会として活用していくこともできます

⑤中間支援組織

中間支援組織とは、ＮＰＯを支援するＮＰＯのことであり、具体的には社会福祉協議会やＮＰＯセンター等を指す言葉です。中間支援組織の役割は、支援を必要とする人々と支援を行う人々の間に立ち、資源（ヒト、モノ、カネ、情報）の仲介やＮＰＯ間のネットワーク促進、調査研究や政策提言などを行うことです。

社会福祉協議会は全国、都道府県、市区町村の段階でそれぞれ設置されていますが、ＮＰＯセンター等は地域の状況によって設置されていない場合もあります。生活支援コーディネーターとして、上述したボランティアグループやＮＰＯなどと連携していくにあたっては、地域内の中間支援組織の状況を把握して、コンタクトをとるとよいでしょう。地域内の様々な組織やキーパーソンを紹介してもらったり、または共同で人材養成や資源開発を行うことができる可能性もあります。

この中間支援組織について、より深く理解するには、内閣府(2002)『中間支援組織の現状と課題に関する調査報告書』を参考にするとよいでしょう。

⑥生活関連産業

これは民間企業による活動であり、ビジネスとして行われている場合と、社会貢献活動として行われている場合があります。

こうした活動の把握方法としては、福祉専門職が既に把握している情報の集約や、アン

ケートや訪問で直接企業に確認していく方法もあります。また、地域住民の協力を得ながら手分けをして地元の企業や商店をまわって高齢者向けのサービスについて確認していくこともできます。

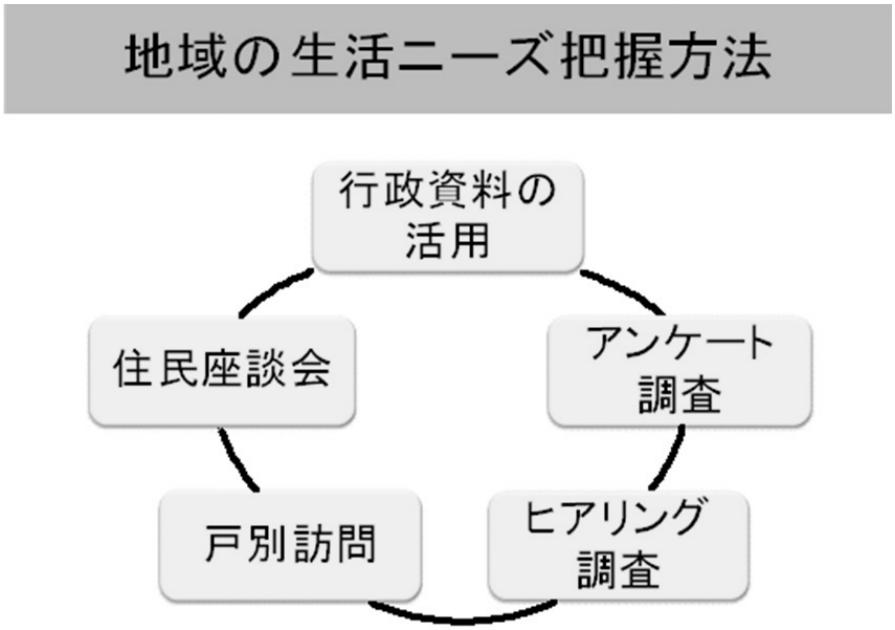
ビジネスとして高齢者向けに宅配サービスや家事援助サービスなどを行っている企業が地域にあれば、手立ての選択肢の一つとして考えることができますが、費用や内容、対応などの実態をよく確認しないままに高齢者へ紹介してはなりません。また、同業者がいくつかある中で、特定の業者だけを紹介するようなことも控えなければなりません。

社会貢献活動として企業が高齢者の買い物支援やゴミ出し支援を手伝っている場合もあります。企業から協力の申し出があった場合には、その思いを尊重しつつ、特定の企業を優遇していると誤解を受けないように、地域包括支援センターや社会福祉協議会、自治会、商工会などの関係機関と協議を行い、活動方法や活動後の影響について話し合いながら進めるとよいでしょう。

（３）地域全体の生活ニーズの把握

地域全体の生活ニーズの把握は、個々に把握されているニーズが地域全体で捉えた場合に、どのような傾向にあるのかや多くの人々に共通する問題なのかどうかを判断し、ニーズへの対応方法を考えていくために必要なことです。生活支援コーディネーターとして行っていくニーズ把握の主な方法としては、①行政資料の活用、②アンケート調査、③ヒアリング調査、④戸別訪問、⑤住民座談会などがあります。

なお、こうした方法の他にも、専門職や地域住民が日常の活動を通して把握したニーズや気づきを集約していくことによって、地域におけるニーズの状況をつかむこともできます。こうした気づきの中には既存のサービスや取り組みでは対応が難しい狭間の問題もあり、今後の対応を考えていく上で非常に重要な点が含まれています。生活支援コーディネーターとしては、こうした気づきについて専門職や地域住民との日常的な意見交換を通して把握していくことが求められますが、その中でより地域の実情を把握したい点があれば、上述した５つの方法を活用することによって、地域全体のニーズ把握につなげることができます。



①行政資料の活用

行政では介護保険事業計画や地域福祉計画の策定等の機会を通して、住民の生活ニーズの把握を行っています。そのため、新たに調査を実施するまでもなく既に明らかになっている情報もあるため、こうした行政資料に目を通して生活ニーズの概要を把握しておくことが求められ、特に介護保険事業計画策定に係る調査の中で、要支援の高齢者に関するデータの把握は生活支援コーディネーターとして必須のことです。

また、国では毎年度『厚生労働白書』や『高齢社会白書』を出しており、自分が担当している地域のデータと比較することにより、新たな視点を得たり、客観的に地域の状況を捉えることができます。なお、行政データを活用する際には、調査対象者や調査方法についても着目することが大切です。なぜなら調査で得られた結果は、地域で生活する人々のニーズを漏れなく把握した結果なのか、あるいは一部の限られた人々の声であるのか等を判断しながら、活用することが大切だからです。

②アンケート調査

これは高齢者やその家族を対象にアンケート調査を郵送して回答者に記入してもらったり、あるいは調査員が調査票を持参して聞き取りながら生活ニーズを把握する方法です。アンケート調査を行う場合には回答のしやすさを十分に考慮して調査票を作成しなければなりません。アンケート調査は調査対象者が回答できる力を有していなければならないため、自分で記入が難しい方の場合には、調査員が本人の代わりに記入していく方法で行います。

また、アンケート調査を行うにあたっては、調査票の配布と回収方法についても考えなければなりません。行政がアンケート調査を行う場合、調査対象者へ調査票を郵送して配布し、回答者が記入後に郵送で回収する方法が多く活用されていますが、この方法では回答への協力者が減り、回収率が下がってしまうこともあります。そのため地域の自治会や民生委員協議会の協力により配布や回収を行うこともありますが、その作業負担については考慮し、関係者と協議の上で進める必要があります。なお、調査票を作成する場合には、明らかにしたい内容を検討した上で、国や他地域の関連する調査票を参考にするとよいでしょう。

③ヒアリング調査

ヒアリング調査は、高齢者やその家族を対象に話を聞いていく方法であり、場面としては自宅を訪問する場合や、高齢者が集まっているサロンなどに出向いていく場合、あるいは高齢者に集まって頂く機会を設けていく場合などがあります。ヒアリング調査では、質問の内容や聞き方によって得られる回答が異なってしまう場合もあるため、質問項目や質問方法についてよく検討し、調査員に対しても事前に留意点を説明しておくことが大切です。またヒアリング調査を行う際に、記録あるいは確認用として録音したい場合には、必ず相手に許可を得た上で行わなければなりません。加えてアンケート調査やヒアリング調査では、調査の目的や個人情報の保護について説明し、同意を得た上で行うことが大切です。ヒアリング調査は時間と労力のかかる方法ですが、高齢者やそのご家族と直接接する

機会となり、細やかな生活ニーズの把握が行いやすくなり、また相手との関係を築く機会としても活用できます。

④戸別訪問

ヒアリング調査の中でも高齢者のお宅を訪問して直接話を聞いていく方法は具体的な生活ニーズを把握するために有効な方法です。戸別訪問は、アンケート調査では把握することができないような心身の状態や生活状況、地域の環境を把握することができるとともに、安否確認やコミュニケーションの機会として訪問していくことにより、相手との関係性を作っていくことにもつながります。しかし時間と労力がかかるため、訪問対象を限定して行うことを考える必要もあります。例えば、アンケート調査を郵送して回答がなかった方々や、地域のサロン活動等に参加されない方々に限定することもできるでしょう。または、民生委員が訪問してもなかなかドアを開けてくれない高齢者や、若い同居者がいるために民生委員の訪問対象から外れている世帯に対して、専門職が訪問していくことも考えられます。

⑤住民座談会

住民座談会は地域住民の方々とテーマを設定して話し合っていく方法です。住民座談会を開催する方法としては、自治会や町内会あるいは老人会の会合等、地域の方々が集まっている場を活用して行う場合と、地域包括支援センターや社会福祉協議会等が地域の方々に参加を呼びかけて開催する場合があります。

参加している方々の声から生活ニーズを把握するためには、ＫＪ法の活用が有効です。この方法は会場の参加者を５～６名のグループに分けて、一人ひとりが１枚のカードに１つの生活ニーズを書き、その上でカードの内容を説明しながらグループごとに模造紙に整理していく方法です。この方法は、生活ニーズを把握するとともに参加者同士でニーズを共有する機会としても有効です。ただし、参加者の中に自分でカードを記入することができない高齢者や障害者の方々がいる場合には、周りの人々が代筆する等の配慮が必要です。また住民座談会に参加できない方々もいるため、参加している人々の声だけで話し合うのでなく、そうした人々の生活ニーズを専門職や他の参加者が代弁することも大切です。

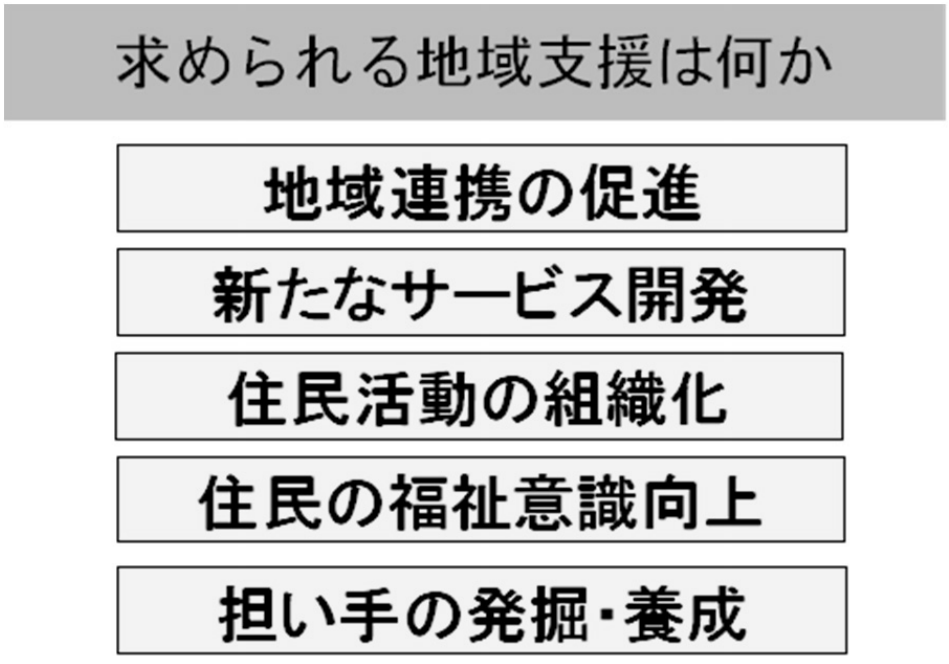
３．地域アセスメントの留意点

（１）地域連携に生かす地域アセスメント

地域アセスメントとして地域内の社会資源の把握を行う場合には、社会資源の有無や名称、場所を把握するだけでなく、相手の機関や団体の中で連絡担当となる方の氏名や連絡方法についても把握することが大切です。社会資源の把握は、支援に必要な連携のために行うものであり、地域連携に生かすための地域アセスメントとして行うことが必要です。そのため、できるだけそれぞれの社会資源の担当者と直接会い、お互いに顔と名前と業務の分かる関係性を築くことが求められます。生活支援コーディネーターとして新たに赴任した際には、自分の顔と名前と業務内容を記載したチラシを作成して、各機関や団体を訪問していくとよいでしょう。

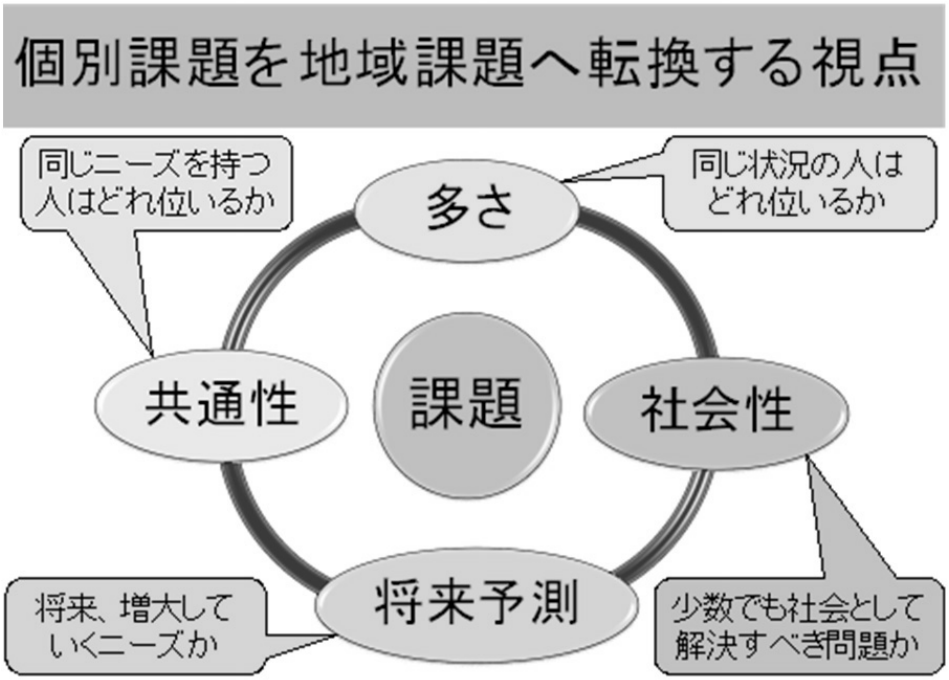
（２）地域支援に生かす地域アセスメント

地域アセスメントは、その実施が目的ではなく、地域支援に生かすために行うものです。地域支援には、①地域のネットワークづくり、②新たなサービス開発、③住民活動の支援、④福祉意識向上に向けた福祉教育、③担い手の発掘・養成などがあります。生活支援コーディネーターとしてどのような地域支援を展開していけばよいのかを判断するために必要な情報を得るための地域アセスメントを行うことが大切です。



また、個別課題を地域課題へ転換していくためには、①多さ、②共通性、③社会性、④将来予測という４つの観点が重要です。①多さとは、その同じ属性で同じ状況にある人々がどのくらいいるのかということであり、例えば要支援の一人暮らし高齢者の数を把握していく観点です。②共通性とは、異なる立場の人々の中で共通するニーズがあるかどうかであり、例えば買い物支援のニーズは高齢者だけでなく障害者や他の人々にも共通するニ

ーズである可能性があります。③社会性とは、少数の人々の問題であっても社会として解決していくべきニーズかどうかということであり、例えば要支援の高齢者の中で母国語が日本語でなく、人々とのコミュニケーションが十分にできない方がいた場合には、少数であっても対応を考えていくようなことです。④将来予測とは、現在少ないニーズであっても今後増加していく可能性のあるニーズかどうかということであり、例えば現在は要支援の高齢者が少ない地域であっても、人口構成として今後急速に高齢化が進んでいくと推計されていれば、早めに地域として対応を考えていくことが必要です。



（３）地域アセスメントの地理的範囲

生活支援コーディネーターは、自らが配置される圏域について地域アセスメントを行うと同時に、様々な組織が担当している地理的範囲の区分についても把握することが求められます。例えば、町内会や自治会、自治会連合会、自主防災活動の範囲、小学校区や中学校区の学校区、公民館や行政支所が所管する行政区、民生委員児童委員協議会の地区割り、地域包括支援センターの担当圏域など、地域には様々な地区が設定されています。生活支援コーディネーターとして、こうした地区割りを踏まえた上で、社会資源の把握や地域支援を考えていきます。なお、地域住民の生活範囲は市区町村内に限定されるものでなく、時には隣接した市区町村の社会資源を活用している場合もあるため、生活支援コーディネーターとして配置された圏域内の地域アセスメントだけでなく、担当圏域で生活する人々の生活範囲の地域アセスメントを行うという観点も大切です。

（4）地域アセスメントの記録

地域アセスメントで把握した情報は、様式を整えて記録しておくことが望まれます。そうでないと、せっかく把握した情報が生活支援コーディネーターの異動や退職により組織として引き継がれず、後任者が最初からやり直さなければなりません。そのため、地域ファイルを整備して、地域に関する情報を集約しておくことも大切です。また地域概況や社会資源に関するデータは定期的に更新する必要があり、エクセルファイルなどで管理しておくとデータ更新や分析が行いやすくなります。

また、地域住民と連携していくためには、地域のキーパーソンとの関係づくりが重要であり、こうした人材に情報も重要です。ただし、人に係る情報を記録する場合には、プラス情報に限定し、マイナス情報については記載を控えるか、表現の仕方に配慮することが求められます。

（5）地域アセスメントを通した地域力向上

こうした地域アセスメントは、生活支援コーディネーターだけで行うものではありません。様々な専門職や地域住民と一緒に行うことで、お互いの関係性を築く機会にもなります。また地域アセスメントにおける生活ニーズの把握を通して、様々な調査を行う力、問題に気づく力を養うとともに、行動への動機付けを図る機会にもなります。地域アセスメントのプロセス自体を、地域力を高めていく機会として活用することができるため、協働作業の場を意図的に作るなどの工夫が求められます。そのため、地域アセスメントを行う際には、自らと多様な機関・団体の関係性を築いていく視点と、地域内で様々な人々を結びつけていく視点の両方からの場面設定を考えるとよいでしょう。

Ⅶ　サービス開発の方法

１．サービス開発の意義

サービス開発はなぜ必要なのでしょうか。それはケアマネジメントだけでは地域生活を支えることはできない場合があるからです。ケアマネジメントは地域にあるフォーマルなケアやインフォーマルなケアをマネジメントしていく方法であり、地域生活支援の中核となるものです。これは地域の様々な社会資源を把握していると同時に、支援する相手の状況を踏まえて適切な組み合わせと活用を考えて提案し、さらに調整を行って地域生活を支えていく重要な方法です。しかし、既存のサービスでは対応できない問題に対しては、ケアマネジメントでは不十分となります。新たなサービス開発を行わなければ、制度の狭間の問題や地域の助け合いからこぼれ落ちている問題が置き去りになってしまいかねません。

また、サービス開発においては、公的なサービス開発と民間のサービス開発という２つのアプローチがあることに留意する必要があります。例えば、「フォーマルの限界をインフォーマルで補う」という視点を多くの専門職が持っていますが、これは偏った捉え方です。たしかに公的な支援には限界がありますが、その限界は全て民間の支援で補っていくのかということを考えなければなりません。地域住民や民間の社会資源は専門職ができないことを全て引き受けていく受け皿ではなく、むしろ本来は地域住民や民間の社会資源ではできないことを行うのが専門職でなければなりません。私達は何らかの生活問題に直面した際に、まずは家族関係で何とかしようとし、それが難しい場合には親族や友人、職場の同僚等に相談したり、市場のサービスを購入したりします。そしてそれでも難しい場合には専門職に相談してみようということになるのです。すなわち地域住民の目線で考えれば「インフォーマルの限界をフォーマルで補う」ということになりますが、専門職になるとこれが逆転してしまうことに気をつけなければなりません。ではフォーマルな限界はどのように補えばよいのでしょうか。これは新たな社会資源で補うという視点が重要です。この社会資源は新たな公的サービスの場合もあれば、新たな地域の助け合いの場合もあります。それはニーズの状況によって異なるものであり、サービス開発においては、地域の力を見極め、地域の力を高める視点を大切にしながら専門職として必要な取り組みを考えていくことが求められます。

２．サービス開発の仕組みづくり

（１）地域福祉計画・介護保険事業計画への位置付け

生活支援コーディネーターとして新たなサービス開発の必要性を感じた時、迷うことなく対応策の検討から実施までのプロセスを展開できる仕組みが必要です。そのためには、行政が策定する地域福祉計画や介護保険事業計画の中に、サービス開発に関することを明記する必要があります。具体的には、サービス開発に向けた話し合いを行う会議が計画の中に位置づけられていること、またその話し合いのメンバーが明確になっていることが必要であり、さらにサービス開発に関するニーズ調査の実施担当者の配置も必要です。こうしたことが仕組みとして整っていない場合には、サービス開発が非常に困難となります。そのため、生活支援コーディネーターとして勤務する地域の行政計画の内容を見る際には、こうしたサービス開発の仕組みが明記されているか確認してみましょう。

（2）地域ケア会議の活用

地域によって様々な会議が設置されていますが、サービス開発に向けた話し合いの場として活用できる機会の一つには、地域ケア会議があります。国は地域ケア会議の機能として以下の５つを示しており、生活支援コーディネーターには地域づくり・資源開発機能としての地域ケア開催に向けて、地域包括支援センターや行政に働きかけていくことが求められます。

個別課題解決機能	■自立支援に資するケアマネジメントの支援 ■支援困難事例等に関する相談・助言
ネットワーク構築機能	■地域包括支援ネットワークの構築　■連携・協働の準備と調整 ■自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識 ■住民との情報共有　■課題の優先度の判断
地域課題発見機能	■潜在ニーズの顕在 ■顕在ニーズ相互の関連づけ
地域づくり資源開発機能	■有効な課題解決方法の確立と普遍化 ■関係機関の役割分担 ■資源の調整　■新たな資源開発の検討、地域づくり
政策形成機能	■需要に見合ったサービスの基盤整備 ■事業化、施策化 ■介護保険事業計画等への位置づけ　■国・都道府県への提案

３．サービス開発のプロセスと方法

（1）サービス開発が必要なニーズを明確にする

サービス開発にあたっては、様々な人々の協力や財源が必要となるため、新たなサービスによってどのようなニーズに対応しようとしているのかを関係者に説明する必要があります。そのためには、具体的な事例を通して、サービス開発が必要なニーズを明確しなければなりません。また現在の体制において、そのニーズへの対応がなぜ困難であるかの要因も考える必要があります。例えば、サービスの利用対象者が高齢者の一人暮らしや夫婦のみ世帯に限定されており、若い世代の同居者がいることによってサービス利用ができない場合や、高齢者が暮らしている地域でフォーマルやインフォーマルなサービスがない場合等があります。こうした要因を踏まえて、どのようなサービスが必要なのかを整理していきます。

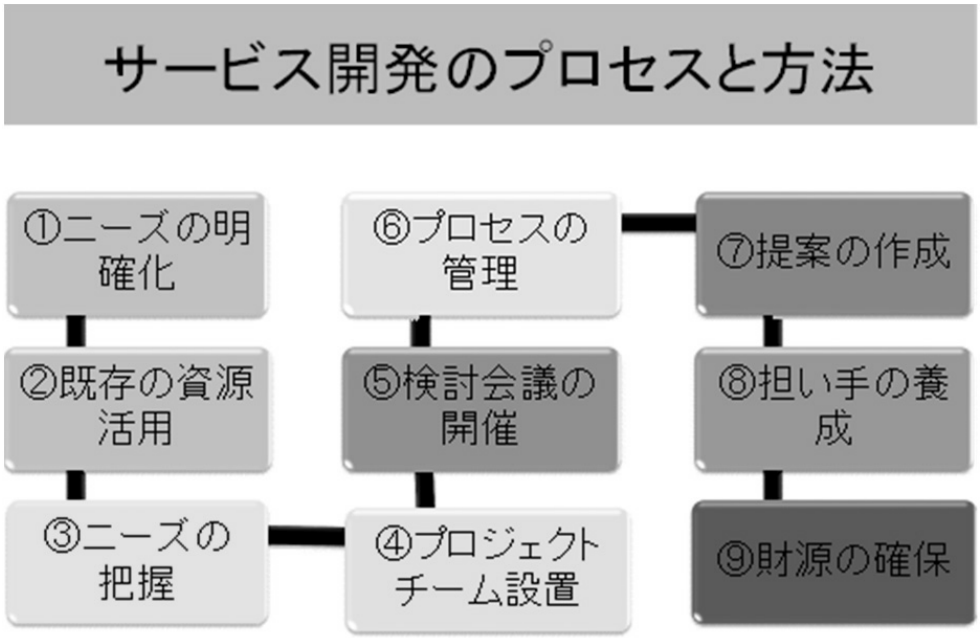
（2）既存の社会資源活用の可能性を探る

現在の体制で対応が困難な場合に、新たなサービスの人材や財源を新たに確保することは容易ではありません。そのため、既存の社会資源を活用できないかどうかを考える視点も大切です。例えば、現在でも行われている取り組みとして、訪問介護を行っている介護

保険事業所が登録ヘルパーを活用して介護保険外のサービスを独自に設定して提供している場合や、外出支援について民間のタクシー会社が乗り合いタクシーの仕組みを作ったりしている地域もあります。地域の中で自治会や町内会などの地縁組織や、ボランティアグループやＮＰＯなどがあれば、高齢者支援の活動について関心を持っているかどうか把握しながら、新たな活動の展開について相談してみてもよいでしょう。また企業や商店の社会貢献活動と結びつけることができるかもしれません。こうした視点から既存の社会資源の活用を考えることにより、地域内の社会資源を生かすことができます。

（３）ニーズの状況を把握する

新たなサービスを開発する際には、そのサービスで対応する人々の状況やニーズを把握することが重要です。ニーズの内容や人数によって、サービスの内容や提供体制が異なってきます。例えば、高齢者やそのご家族の中に専門的対応な必要が病気や障害がある場合には、サービス提供に際して専門職の関わりを考慮しなければなりません。または地域住民の協力によって支援を行う場合でも、病気や障害のことや支援制度のことなどを学習してもらう必要が生じる時もあります。ニーズを丁寧に把握しておかないと、せっかく新たに生み出したサービスでも活用されないということになりかねません。単なるサービス開発が目的ではなく、ニーズに対応するためのサービス開発であることが大切です。また、従来、公的なサービスの開発にあたっては、そのサービスを必要とする人がどれくらいいるかという利用者数が重要視されてきましたが、１人の不幸も見逃さないという観点から考えると、その問題を抱える人が１人であっても社会的に解決すべき問題であれば、新たなニーズ対応の仕組みを作らなければなりません。サービス開発では、問題の量的な多さだけでなく、問題の社会性にも注目することが大切です。



（4）プロジェクトチームのメンバーを選ぶ

多くの地域では、サービス開発を専門とする福祉専門職は配置されていません。何らかの事業などを担当する専門職であることが多く、新たなサービス開発が必要であっても誰が担当するかが明確になっていない場合があります。その際には、新たなサービス開発に必要な人々を選定してプロジェクトチームを作っていくことが生活支援コーディネーターに求められます。メンバーを選ぶ際には、ニーズを明確にした上で支援の方向性を決めることが大切であり、そのニーズへの対応に必要な人々をチームに含める必要があります。例えば、ある地域では透析患者の通院支援方策を検討するために、社会福祉協議会の呼びかけで、地域包括支援センター、病院ソーシャルワーカー、タクシー会社が集まり、結果として乗り合いタクシーのシステム化を図りました。これらの機関は以前からそれぞれに地域住民の通院や買い物などの外出支援に問題意識を持っており、その思いを結びつける形で行ったものです。このように普段から関係機関や団体が捉えているニーズについても把握し、Win－Win の関係で協力しあうことが求められます。

（5）検討会議を開く

プロジェクトチームのメンバーが決まってきた次の段階では、対応策を検討する会議を開いていきます。この会議の招集者は、生活支援コーディネーターが担う場合もあれば、ニーズによっては行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会などが担うこともあります。地域の実情に即して役割を決めていくことが実際的でしょう。また、この検討会議は、できるだけ地域包括ケアシステムの一部として位置付けを明確にしておくことが望まれます。国は地域ケア会議の５つの機能の１つとして「地域づくり・資源開発機能」をあげており、地域ケア会議として開催することも考えられます。また検討会議には専門職だけでなく、地域住民も含めて行う場合もあり、検討事項の中に個人情報が含まれる時には、守秘義務について確認しておくことも必要です。

（6）プロセスを管理する

サービス開発のための検討会議は一度開くだけで終わるものでなく、会議後の様々な連絡調整や具体的な活動が必要となります。例えば、ニーズ把握が必要であれば、調査の企画から実施に向けての連絡調整が必要となり、適切な時期に検討会議を重ねていくことも必要となります。関係機関や団体のそれぞれの状況を集約し、サービス開発のプロセス全体を管理していく役割を誰かが担わなければなりません。実際には、検討会議の招集者が担うことが想定され、生活支援コーディネーターだけでなく、行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会などの場合もあるでしょう。また、プロセス管理にあたっては、会議の記録や進捗状況の記録を書く様式を定めておく必要もあります。

（7）提案をまとめる

新たなサービスについて具体的な案がまとまってきた段階では、ニーズの現状や解決方策を簡潔にまとめた提案書を作成していきます。これは政策決定の根拠となる資料となるとともに、関係者への周知においても活用できます。またより具体的に実施していく段階では、実施要綱や内規の案も作成していきます。提案をまとめる際には、細かい内容を記

載した文書だけでなく、図やイラストを活用してＡ４サイズで１枚程度にまとめた概要版を作成しておくと、周知や説明の際に活用できます。

（８）担い手を養成し組織化する

サービスの担い手は、市区町村の専門職が担う場合もあれば、地域住民の力を生かしていく場合もあります。新たな担い手が必要となる場合には、あらかじめ担い手の養成についても取り組む必要があります。例えば、地域住民による有償の助け合い活動を始める場合には、協力者を対象とした説明会や学習、交流の場を設けていきます。担い手の養成を行うためには、まず担い手に求められる視点や知識、技術を整理し、その上で研修カリキュラムを作っていくことが大切です。さらに研修終了後には、メンバーが主体的に活動できるように組織化していくことも念頭において、受講者同士の関係形成を図る工夫が求められます。こうした研修のノウハウについては、社会教育の担当課や社会福祉協議会にアドバイスを求めてもよいでしょう。各地の優れた実践の基盤には、活発な学習活動に力を入れていることが多くあります。担い手の養成は一度行えばよいというものではありません。繰り返し行っていくこと、積み重ねていくことが大切です。

（９）財源を確保する

新たなサービスを開発するためには必要な財源を確保することも考えなければなりません。従来、福祉に必要なお金は行政が負担すべきであるという考え方が多くありましたが、行政自体の財政が厳しい今日では、行政からの補助金等をあてにするだけでなく、サービスに必要なお金を自ら集めるという視点も重要です。例えば、利用者から利用料を徴収する方法も一つですが、そうした自己負担が困難な高齢者の方々もいます。そのため、他の方法としては賛同者を募ることも有効であり、地域住民からの募金をお願いしたり、企業スポンサーを募ることもあります。こうした賛同者を募る場合には、なぜそのサービスが必要なのかを説明し、理解してもらうことが不可欠です。募金活動を行う際には、使い道を明確にすること、そして必ずどのような活用したのかを報告することが大切です。開発したいサービスの内容によっては、国や都道府県あるいは民間助成団体からの助成を受けられる可能性もあります。自分達の目指す活動の実現に向けて活用できそうな助成を探して、様々な機関・団体に申請を提案、支援していくことも生活支援コーディネーターの大切な役割の一つです。

４．サービス開発の留意点

（１）地域のつながりをつくり、地域の力を高める

サービス開発は、これまでのサービスでは対応が難しかったニーズの解決方法として重要ですが、同時にそのプロセスにおいて多くの人々と地域のニーズを共有し、解決に向けて協働で取り組んでいく機会となります。サービス開発自体が地域のネットワーク構築になるのです。生活支援コーディネーターがこうした視点を持ってサービス開発を行うかどうかによって、地域の力の可能性を引き出せるかが違ってきます。地域のつながりの希薄化が課題となっている今日では、何かをきっかけとして地域住民がつながる場を生み出していくことが大切です。人々がつながる機会としてサービス開発を捉えて、意識的に協働

の場を設けていくことにより、高齢者の生活支援だけでなく、地域力の向上にもつなげていくことができます。

（2）異なるニーズを結びつけて、多様な人々を巻き込む

生活支援コーディネーターは、主に高齢者の生活ニーズの解決に向けて支援を行っていく専門職ですが、福祉以外のニーズと結びつけていく視点を持つと支援の幅が広がっていきます。例えば、地域振興のニーズと高齢者の社会参加のニーズを結びつけて地域の活性化を図っている地域や、子ども達の通学の安全を守る活動と高齢者のウォーキング活動を結びつけて子ども見守りの活動を行っている地域もあります。広く地域の様々なニーズを把握して、それらを結びつけることにより、大きな推進力を得ることができます。そのため生活支援コーディネーターには、要支援の高齢者の生活ニーズだけでなく、その高齢者が暮らす地域の多様な人々のニーズにも目を向けることが求められます。生活支援コーディネーターは、福祉のまちづくりにも貢献できる専門職なのです。