

平成 28 年度

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）指導者養成研修

目 次

はじめに	1
I 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と 協議体に期待される機能と役割	3
II 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が行うべき アセスメントと支援の視点	25
III 高齢者に係る地域アセスメントの手法について （社会資源の把握、地域の生活支援ニーズの把握）	35
IV サービス開発の方法	51
V 高齢者の生活支援ニーズと生活支援サービス	59
（参考）研修企画委員名簿	73

はじめに

～生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)と協議体の設置の必要性について～

介護保険制度が施行された2000(平成12)年当時、約900万人だった75歳以上高齢者(後期高齢者)は、現在約1,400万人となっており、2025(平成37)年には2,000万人以上となることが予測されており、高齢化の進展に伴い、単身や夫婦のみの高齢者世帯や認知症高齢者が増加すると見込まれています。

こうした状況下において、いわゆる「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、できる限り住み慣れた地域で、人生の最後まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、保険者である市町村や都道府県が、介護のサービス基盤を整備していくと同時に、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現する必要があります。

社会保障制度改革国民会議報告書においても、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められるとともに、要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、「住民主体の取組」等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら地域支援事業へ移行することが求められたところです。

また、上述の国民会議報告書を受け、要支援者等の高齢者の多様な生活支援のニーズに地域全体で応えていくため、予防給付の訪問介護及び通所介護について、全国一律の基準に基づくサービスから、地域の実情に応じて、市町村が効果的かつ効率的に実施することができる地域支援事業に移行し、「介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)」として実施することとしました。

地域で高齢者の在宅生活を支えるためには、介護保険制度でのサービスのみならず、市町村事業や民間市場、地域の支え合いで行われているサービス、あるいは道具の工夫で行える自助も含めて市町村内の資源を把握し、保険外のサービスの活用を促進しつつ、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるような取組を積極的に進める必要があります。

以上のことから、地域住民に身近な存在である市町村が中心となって、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行う必要があることから、生活支援体制整備事業を活用し、生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)と協議体を全国の市区町村全域と日常生活圏域に設置し、地域資源の開発やネットワークを構築することにより、重層的な生活支援や介護予防の取組を強力に推進する。

このように地域を活性化するため、生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)と協議体は非常に重要な役割を担うことから、その養成についても国として推進していく必要があります。

I. 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と協議体に期待される機能と役割

1. 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と協議体の活動理念

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。）や協議体が地域づくりを行うにあたり、大切にすべき活動理念があります。その一つ一つは、どのレベルで活動するコーディネーターや協議体においても共有されることが大切です。同時に、生活支援・介護予防サービス（以下「生活支援等サービス」※という。）の利用者、提供主体、行政職員等、サービスを活用・提供・推進する立場の人々にも共通に理解されるように、コーディネーターや協議体から働きかける必要があります。

コーディネーターや協議体の活動理念は、以下のとおり、（１）利用者への支援やサービスの質に関するもの、（２）地域の福祉力の形成に関するもの、（３）地域社会の持続可能性に関するものがあり、これらは相互に関係しています。

（１）利用者への支援やサービスの質に関する理念

○高齢者が地域で生きがいや役割を持ち、尊厳を保持し、高齢者が地域で自分らしい生活を送ることができるように、その人の状態に最適な生活支援等サービスの活用を支援する

○生活支援等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）

（２）地域の福祉力の形成に関する理念

○地域のできるだけ多くの主体や元気な高齢者の参加を得てサービスが提供できる体制を整える

○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創出し、一緒に運営していく

（３）地域社会の持続可能性に関する理念

○皆で資源を持ち寄り、賢く効率的に財源を使う

○地域の実情や将来の介護保険制度等の姿をよく考える

※「生活支援等サービス」とは、総合事業として提供されるサービスのほか、総合事業には位置づけられていない住民主体の地域の助け合い、民間企業による市場のサービス、市町村の単独事業等を含む。

なお、一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）として行われる住民主体による通いの場と総合事業における住民主体による支援（通所型サービスBや訪問型サービスB）は連続的・一体的であることが想定される（資料1参照）ため、介護予防を含む住民主体による活動や支援体制の開発と生活支援等サービスの開発は一体的に行われる

ことが望ましい。

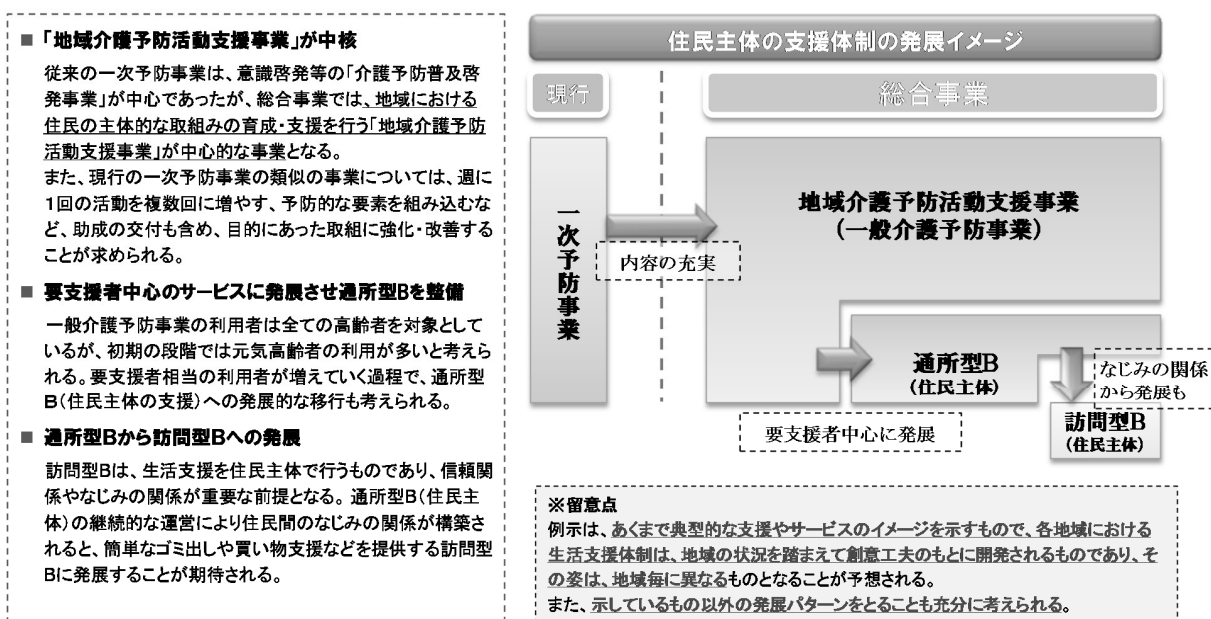
また、共生社会の推進の観点から、一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）として行われる通いの場においては、一般高齢者、障害者、子どもなども加わることができる。通所型サービスBとして行われる通いの場においても、同様の観点から、要支援者等の利用が中心となっていれば、一般高齢者、障害者、子どもなども加わることができる。

資料1

第109回市町村セミナー 三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

3. 地域資源の開発・発展のイメージ ①住民主体の支援体制の発展イメージ

【一次予防事業 → 一般介護予防事業 → 通所型B(住民主体) → 訪問型B(住民主体)】



Mitsubishi UFJ Research and Consulting

(1) 利用者への支援やサービスの質

まず、既存の社会資源や地域のニーズをしっかりと把握し、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つくります。住民主体のサービス提供を目指しつつ、民間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、高齢者の尊厳を保持し、高齢者が地域で自立して自分らしい生活を送り続けることができるよう、住民と介護サービス事業者や専門職等が協働し、地域全体でサービスの質を担保することが大切です。

(2) 地域での役割づくりや社会参加と地域の福祉力の形成

支援を必要とする利用者に最適なサービスを提供できるように、できるだけ多くの地域の主体や元気な高齢者の参加を得て生活支援等サービスが提供できる体制や基盤をつくつ

ていくことが基本です。

地域包括ケアシステムの構築においては、住民参加による支え合いの仕組みづくり、地域づくりが目指されています。逆に、住民の参加なくして地域包括ケアシステムの実現は成し得ません。このため、今後は、生活支援、介護予防、社会参加は一体となって推進されることが望まれます。具体的には、元気なうちはもちろん、要支援や要介護状態になっても地域で役割を持ち続けられる住民主体の活動の機会・場づくりを追求し、このことが生活支援や介護予防などの助け合い活動にも自然につながっていくという視点に立った取り組みが大切です（資料2参照）。

資料2

第109回市町村セミナー 三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

2. 地域包括ケアシステムにおける「地域づくり」のあり方

「住民の支え合いの仕組みづくり」を介護予防として発展

住民の支え合いの仕組みづくりは、見守りや安否確認、家事援助などを目的として、すでに各地域で行われてきたが、地域包括ケアシステム構築に向けては、この仕組みを、自立支援に資するよう発展させていく、という視点が重要。

自立支援に資する新しい住民の支え合いの仕組みづくりとは

■ 介護予防、生活支援、社会参加の融合

高齢者を「支える側・支えられる側」といった立場で区別するのではなく、介護予防・生活支援・社会参加を一体的に融合させることが、地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくりの中核。
従来の介護予防にはなかった「社会参加」というキーワードを介護予防と融合させる。

■ 新たな担い手確保による提供量の拡大

“多様な”活動が展開することで、今後増加が見込まれる生活支援ニーズに対応する新たなサービス提供の担い手が生み出される。

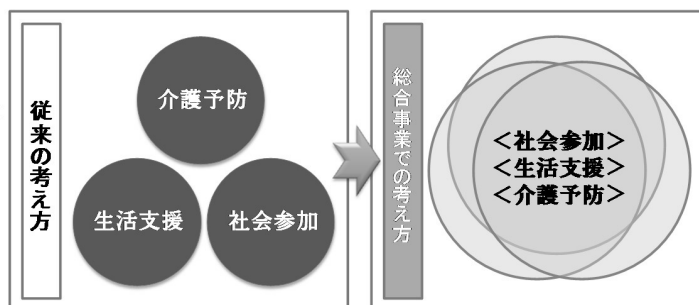
■ 高齢者の状態に支援を合わせる体制づくり

支援の内容に合わせて、一次予防、二次予防、予防給付と高齢者が動く仕組みから、高齢者の状態に合わせて支援の内容を柔軟に変化させる仕組みへの転換。

■ 年齢や心身の状況等によらず、生きがい・役割をもって生活できる住民主体のネットワークの形成

“多様な”活動を、“身近な地域で”展開することで、①住民の顔見知りの関係による参加しやすさを意識し、②加齢等により心身の状況等が変化しても参加し続けることのできる住民主体のネットワークを充実。

介護予防・生活支援・社会参加の融合



Mitsubishi UFJ Research and Consulting

生活支援等サービスには、既存の介護サービス事業者による現行の訪問介護・通所介護相当のサービス、民間企業によって市場を通じて提供されるサービスなどもありますが、それ以外は主に地域住民による活動となります。中長期的な視点に立って地域住民による活動を豊かにしていくことが、生活支援・介護予防の基盤となる地域の福祉力を形成することにつながります。

地域住民による活動を支えるものは、地域で人と関わり、役割を発揮したいというニーズや、同じ住民としての共感やお互い様という意識、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つくり出していくために、住民に介護の問題を積極的に投げかけ、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、コーディネーターや協議体はワークショップなどの場づくり・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。地域住民と共に考えていくというプロセスを経る中で、地域住民自身が生活支援等サービスに取り組む重要性を自然に認識し、生き生きと主体的に参加していく行動につながっていくと考えています。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、自発性や仲間関係がない、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、コーディネーターや協議体も活動の意義についてよく伝えていくことが必要です。また、要支援等の状態になっても、例えば、サロンなどの場に、利用者というよりも担い手として参加しながら、運営の役割の一部を担ったり、他の利用者を支えたり、みんなと一緒に地域活動に参加したりすることが日々の喜びや生活の張りにつながります。

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、して欲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。フォーマルなサービスでは対応できない柔軟な支援を実施すること、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も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、コーディネーターや協議体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。

(3) 地域社会の持続可能性

生活支援等サービス、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がある中で、生活支援等サービス、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、自分たちでできることを考えてもらうべき事柄です。

生活支援等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むことが望まれます。

2. 地域包括ケアシステムにおけるコーディネーターと協議体の位置づけ

(1) コーディネーターの役割と配置

① ガイドラインにおけるコーディネーターの位置づけ

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)では、コーディネーターと協議体は以下のとおり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・介護予防サービスの体制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（主に資源開発やネットワーク構築の機能）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・介護予防サービス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ていくことと連携しながら、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 地縁組織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
 - ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）
 - 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層で展開されることが考えられるが、生活支援体制整備事業は第1層・第2層の機能を対象とする。
 - ・第1層 市町村区域で①～⑤を中心に行う機能
 - ・第2層 日常生活圏域（中学校区域等）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・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

ガイドラインでは、コーディネーターの目的・役割・配置等について以下のとおり示しており、地域における生活支援サービスの充実と介護予防（高齢者の社会参加）の推進という2つの視点を併せ持った活動が重要であるとし、地域包括支援センターとの連携を前提に配置することとしています。

(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
- ・関係者のネットワーク化
- ・ニーズとサービスのマッチング

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・介護予防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。

※特定の資格要件は定めないが、市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であって、国や都道府県が実施する研修を修了した者が望ましい。

※コーディネーターが属する組織の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当。

⑤ 費用負担

人件費、委託費、活動費用については、地域支援事業の包括的支援事業（生活支援体制整備事業）の対象

② 第1層、第2層、第3層の考え方

コーディネーターは、第1層は市町村全域を、第2層は日常生活圏域（中学校区域等）を対象に、生活支援の担い手の養成やサービスの開発等の資源開発、関係者のネットワーク化の推進、地域の支援ニーズとサービス提供主体のマッチング等を主たる役割とします。

一方、第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれ、当該サービス提供主体での利用者と提供者のマッチング（利用者へのサービス提供内容の調整）という役割に特化されます。

なお、第1層と第2層は、基本的には第1層が広く第2層がその一部という関係にありますが、市町村内に日常生活圏域が1つのみのような小規模な自治体等にあっては、第1層と第2層を区別する意味に乏しく、「第1層＝第2層」という形になります。

一方、第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限りません。活動圏域が広いサービス提供主体の場合は、複数の第2層の圏域にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも考えられます。

第1層と第2層のコーディネーターが連携しながら、まずは地域の生活支援サービスの

資源の把握を行うことが重要ですが、その際は厚生労働省が運用する介護サービス情報公表システム等を活用して、地域資源の見える化を行うことが有効であると考えます。

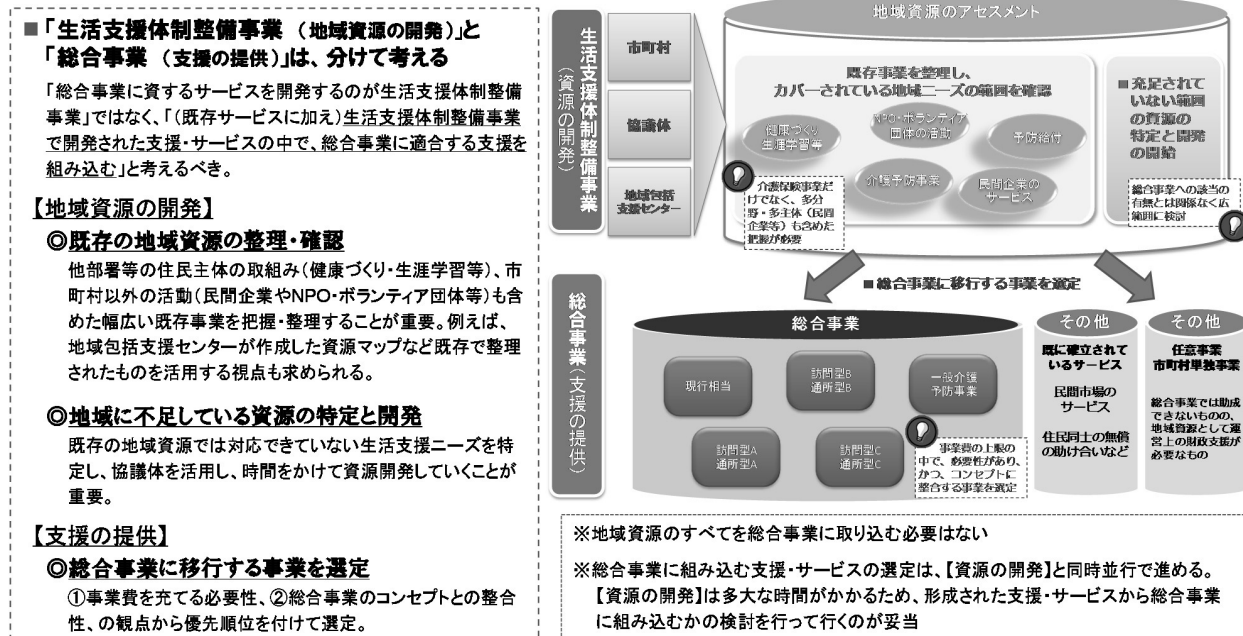
③ 第1層及び第2層のコーディネーターの役割

第1層及び第2層のコーディネーターの活動は、市町村全域及び日常生活圏域（中学校区域等）において利用者のニーズに合った生活支援等サービスが行われるように、既存の資源を把握し、地域に不足するサービスの創出やサービスの担い手の養成等の資源開発や関係者間の情報共有やサービス提供主体間の連携の体制づくりなどのネットワーク構築を進めることに重点が置かれます。

具体的には、地域ケア会議や協議体等の協議を通じて、不足していることが明らかにされたサービスや住民主体の助け合い等について、市町村や地域包括支援センター等と連携して、既存の組織にサービスや活動を開始するよう働きかけたり、新たな組織の設立を支援したり（立ち上げ支援）といったサービス・資源の開発活動を行います。サービスの開発については、ニーズに対応するサービス全てを新しく開発する必要はなく、既に存在し利用できる地域資源については、その活用を図ることが重要な視点であり、また、そのサービスが総合事業へ該当するか否かを問わず、広範囲に渡って検討する必要があります。既存のサービスに加え、このような視点で開発されたサービスの中で、事業費を充てる必要性や総合事業のコンセプトとの整合性の観点等から総合事業に適合するサービスを組み込むと考えることが重要です。それには、まず前提として、既存の地域資源の整理・確認が必要で、市町村の福祉分野以外の部署等が所管する健康づくりや生涯学習等の取り組みや市町村以外の活動（民間企業やNPO・ボランティア団体等）も含めた幅広い既存事業を把握・整理することが重要であり、例えば、地域包括支援センターが作成した資源マップなど既存で整理されたものを活用することも有効です（資料3参照）。

4. 「地域資源の開発」と「支援の提供」を分けて考える

＜「地域資源の開発」と「支援の提供」＞



また、地域ケア会議の活用も重要です。地域ケア会議は、個別のケースについて、多職種、住民等の地域の関係者間で検討を重ねることにより、地域の共通課題を関係者間で共有し、課題解決に向け、関係者間の調整、ネットワーク化、新たな資源開発、さらには施策化をボトムアップで図っていく仕組みであり、生活支援等サービスを図っていくうえで、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、積極的に活用を図っていくことが望ましいと考えています。例えば、地域ケア会議にコーディネーターが参加するなど地域の実情に応じた連携した取り組みを進めていただきたいと考えています（資料4 参照）。地域ケア会議を活用した資源開発（サービス開発）の事例につきましては、ガイドラインにおいて石川県津幡町の事例を紹介しているのでご参照ください。

資料4

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問11 地域ケア会議と協議体との連携についての記載があるが、どのような関係なのか。構成メンバーは共通するものではないか。

(答)

1 地域ケア会議については、多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立に資するケアプランにつなげていくとともに、個別事例の検討を積み重ねることで、地域課題を発見し、新たな資源開発などにつなげていくもの。

このように地域ケア会議については、地域資源の把握・開発という側面で協議体の取組をサポートするものであることから、ガイドライン案でお示ししているとおり、「生活支援・介護予防サービスの充実を図っていく上で、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、積極的に活用を図っていくことが望ましい」と考えており、例えば、地域ケア会議にコーディネーターが参加するなど地域の実情に応じた連携した取組を進めていきたいと思います。（なお、ガイドライン案において地域ケア会議によるサービス開発の事例も紹介している。）

2 地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて医療関係職種などを含めた多職種協働によるケアマネジメント支援を行うことが基本である一方、協議体は、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することとしている。このように性格等は異なるが、協議体の構成メンバーは、地域ケア会議のうち、地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルが集まり、地域づくり・資源開発、政策の形成の観点から議論する市町村レベルの会議と一般的には一部重複することも想定されるので、例えば、小規模な自治体では両者を連続した時間で開催する等により効率的な運営を図っていただければと考えている。

さらに、サービス提供主体の活動が安定的に継続・発展できるように、生活支援サービスに係るボランティア等の担い手に対する養成研修やスキルアップの研修を行うなど、活動が継続できる基盤整備を進めます。研修の開催経費については、地域支援事業の包括的支援事業における生活支援体制整備事業の対象となります。加えて、一定程度専門的な生活支援サービスや市町村を跨ぐ広域的な活動の場合など、単独の市町村だけでは養成が困難なものについては、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、広域的な観点から都道府県等がその養成を行うこともできます。

なお、こうした担い手の養成研修を実施する際には、市町村や地域包括支援センター、中間支援組織（NPO支援センターや社会福祉協議会等のボランティア・市民活動センター、ホームヘルプ・移動・食事サービス等の特定領域における生活支援サービスの連絡会組織）等と連携することが望まれます。

また、担い手に対する養成研修のカリキュラム等については、ガイドラインにカリキュラム案を例示するとともに、岐阜県大垣市及び神奈川県鎌倉市の参考事例を掲載していますので、研修等を企画するうえで参考にしてください。

第1層のコーディネーターは、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。

第2層のコーディネーターには、上記のような役割のほか、地域包括支援センターと連携して圏域内にあるサービス提供主体を把握したうえで、サービスの利用を希望する者や居宅介護支援事業所に情報提供したり、地域の支援ニーズとマッチングしたりするといった活動を行います。とりわけ地域住民による自発的な活動は、同じ地域住民としての共感に基づいて活動が行われているため、単にサービスを利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。

④ 第3層のコーディネーターの役割

第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に所属し、利用者が当該提供主体のサービスを利用する際に、日時・支援内容等を具体的な内容を調整する役割が主となります。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。

生活支援等サービスが地域を担うのであれば、利用者を専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、「支援計画」の発想からは脱却する必要があります。利用者である高齢者の多くは、部分的には他者の手助けが必要ですが、まだ元気で、自身でできることがたくさんあるような方々ですので、利用者としてではなく活動の担い手として参加しながら支えられることも十分考えられます。地域の居場所や地域活動等の中で担える役割を見出して、その人にあった役割づくり・活動しやすい環境づくりをすることも第3層のコーディネーターの重要な役割です。

⑤ コーディネーターの配置の考え方

ガイドラインでは、コーディネーターの設置目的にある「既存の取組・組織等も活用しながら」や協議体の設置主体にある「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」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等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、行政がトップダウンで新たに独自の仕組みをつく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「特定の事業者の活動の枠組みを超えた協議が行われることが重要」としています。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。これから求められる住民主体の自発的な活動や民間企業等によるサービスを創出し、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、どの組織や団体にとっても新しい取り組みであると考えられるため、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、コーディネーターを組織的に補完する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、地域における助け合いや生活支援等サービスの提供実績がある者、または中間支援等を行う団体等であって、地域の多様なサービス提供主体と連絡調整できるような立場の者をコーディネーターとして任用することが望ましく、地域の公益的活動の視点、公正中立な視点を有し、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。

コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」というような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、支援ニーズや地域資源の把握を通じたサービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわし

い者を協議体の中から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが考えられます（資料5及び6参照）。

資料5

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問2 ガイドラインに記載されているコーディネーターの資格要件については、「市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者」や「コーディネーターが属する組織の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有する」等とされているが、具体的にはどのような職種や立場の者を想定しているのか。また、常勤・非常勤、臨時職員やボランティアなどについて具体的な想定があるか。

(答)

1 コーディネーターについては、ガイドライン案では

- ・「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」
- ・「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」
- ・「国や都道府県が実施する研修を修了した者が望ましい」

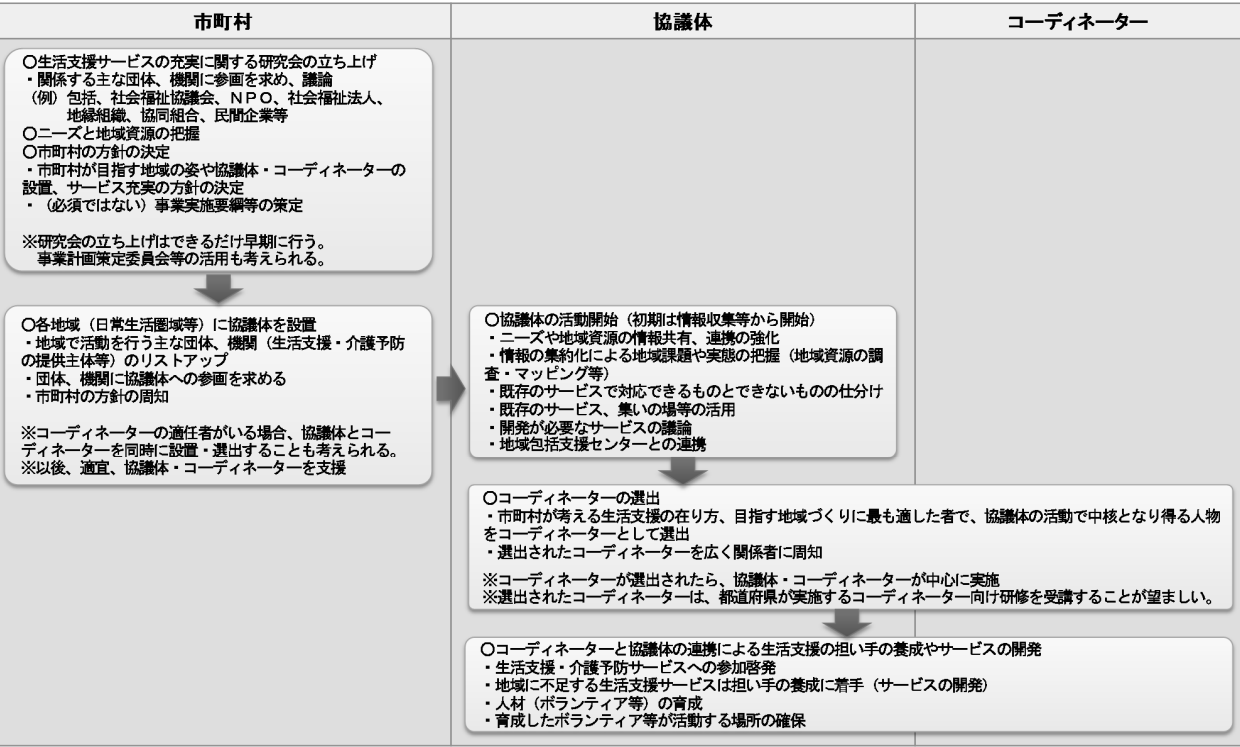
などしつつ、あわせて好事例などもお示ししているところ。

2 このようにコーディネーターは、常勤・非常勤、臨時職員やボランティアなどの雇用形態等については問わず、職種、配置場所、勤務形態等については、地域の実情に応じて、さまざまな可能性があると考えており、その役割であるボランティア等の生活支援の担い手の養成、住民主体の通いの場の設置等サービスの開発等を効果的に実施できるようにするといった観点から検討して、選出していただくことが重要である。市町村において、例えば、協議体とも連携し、市町村が考える生活支援の在り方、目指す地域づくりに最も適した者で、協議体の活動で中核となりうる人物を選出するなど、適切に判断されたい。

資料6

「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）

「コーディネーター」と「協議体」の設置の手法については、地域の状況によって様々であると考えられるが、一例として、市町村が各地域（日常生活圏域・第2層）において協議体を立ち上げ、協議体のメンバーの中から第2層のコーディネーターを選出する事例を想定し、大まかな流れを示す。



※上記資料6については、神奈川県平塚市をモデルに作成したものであり、神奈川県平塚市の取り組みは当該テキストの参考資料（p.119）においても自治体の先進事例としてお示ししているため、具体的な協議体の設置及びコーディネーター配置までの流れについては、参考資料を参照してください。

コーディネーターには、資源開発、ネットワーク構築、支援ニーズと取組のマッチング等多くのコーディネート機能が期待されることもあり、基本的には「地域の人材」を新たに配置することを想定しています。ただし、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な自治体など自治体の状況に応じた取り組み推進の観点から、市町村職員や地域包括支援センターの職員等が担当することを必ずしも妨げるものではありません（資料7、8参照）。

なお、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）のような職種にあっても、同様の観点から、必要に応じて兼務することも可能であるとしていますが、基本的には新たにコーディネーターを配置し、これら職種等とも連携し、地域のネットワークを活かして取り組んでいただきたいと思います。

また、兼務した場合に、その人件費にそれぞれの補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないですが、補助金等の適正な執行の観点から、それぞれの補助目的にそった支出が求められますので、業務量等により按分するなど、区分経理を行えるようにすることが必要です（資料9参照）。

資料7

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問6 地域包括支援センターに、コーディネーターを配置する場合は、現在の地域包括支援センターの職員のほかに配置する必要があるのか。業務に支障が無い場合は兼務しても差し支えないか。

（答）

1 コーディネーターについては、ガイドライン案では

- ・「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」
- ・「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」

などとしているところ。

既存の職員が兼務することを否定するものではないが、地域包括支援センターの職員の業務量等の現状を踏まえれば、基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定している。

2 なお、新たに配置するコーディネーターの職種や配置場所については、地域の実情に応じて柔軟に設定していただければよいと考えているが、生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターの役割を効果的に果たすることができる職種や配置場所を、市町村が中心となつて、例えば、協議体とも連携しつつ、幅広く検討していただきたいと考えている。

問7 コーディネーターを、市町村の職員が兼務して実施することは可能か。

（答）

1 前問の回答で記載したとおり、**基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しており、既存の市町村の職員が兼務することは想定していない。**

資料8

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A〔1月9日版〕・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問4 平成26年9月30日版Q&A(P22 問7)では、市町村の職員がコーディネーターになることは想定していない旨の記述があったが、先進事例として紹介されている平塚市の福祉村では、市職員が第1層（市町村区域）のコーディネーターの役割を担っているとある。Q&Aの「想定していない」とはコーディネーターとなることができないということか。

（答）

- 1 コーディネーターについては、ガイドライン案では
・「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」
・「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」
などとしているところ。
- 2 このように基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しているところ、新たに人員を配置することに対する財政支援を想定し、平成26年度から予算を確保してきており、そのような観点から平成26年9月30日付けのQ&Aでは既存の市町村の職員が兼務をすることは想定していないと回答した。コーディネーターとして市町村職員を配置することについて全て否定するものではなく、コーディネーターの役割が十分に果たせる者の任命について、市町村は、協議体とも連携しつつ、十分に検討していただきたいと考えている。

資料9

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A〔9月30日版〕・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問3 コーディネーターは、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）のような他職種と兼務することは差し支えないか。また、兼務が可能であった場合、それぞれの職種について、別々の財源を充当することは可能か。

（答）

- 1 生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターについては、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）等とも連携し、地域のネットワークを活かして、取り組んでいただきたいと考えているが、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な自治体など自治体の状況に応じた取組の推進の観点から、必要に応じて他職種と兼務することも可能である。
- 2 両者を兼務した場合に、その人件費にそれぞれの補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないが、それぞれの補助目的にそった支出が求められることとなるため、業務量等により按分し、区分経理を行えるようにすることが必要だと考える。

（2）協議体の役割と設置

① ガイドラインにおける協議体の考え方

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・介護予防のサービスの体制整備に向けて、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意識の統一を図る場
- 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

市町村が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。協議体については、市町村に事務局をおかないことも考えられ、地域の実情に応じた形で実施可能。

※ 特定の事業者の活動の枠組みを超えた協議が行われることが重要であり、例えば、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、地縁組織、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、シルバー人材センター等）

※ 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。

⑤ 費用負担

人件費、委託費、活動費用については、地域支援事業の包括的支援事業（生活支援体制整備事業）の対象

このように協議体は、特定の事業者の活動の枠組みを超えた公の視点に立ち、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。

なお、協議体は、コーディネーターと同様、第1層の市町村全域と、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）のレベルに置くことを想定しています。

また、多様な主体が参画する協議体においては、資源開発等を行っていくうえで、マッピング等により地域のニーズや資源を目に見える形で整理することが有効であり、介護サービス情報公表システム等を積極的に活用すべきであると考えます。

② 協議体の役割

協議体に期待される機能は、ガイドラインにも示されているとおり、コーディネーターの組織的補完、アンケート調査やマッピング等の実施による地域ニーズの把握、情報の見える化の推進、地域づくりにおける意識の統一を図る場（規範的統合）、情報交換や働きかけの場等です。

まずは、協議体の構成メンバーが、それぞれ把握している地域の課題や足りないサービス等について定期的に情報交換を行い、それを元にどのような地域づくりを行うか議論することが重要です。その際には、例えば、ワークショップ形式で構成メンバーから出された多様な意見を集めて整理し、議論を展開していくことが望まれます。こうした方法等を活用しながら議論を重ね、協議体の構成メンバーにおいて地域づくりに向けた意識の統一を図り、地域における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、コーディネーターが中心となってサービス開発等へ向けた活動を行うことになります。

また、サービスを開発するためには、前提としてサービスを担う住民組織等の立ち上げ支援・活動支援策や、住民活動の意義や特性を地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が十分理解し協働できるように住民主体の活動を支援計画に位置づけていくうえでのルールなどを検討することも必要です。

協議体の運営主体（事務局をどこに設置するか）については、特に定めはなく、地域の実情に応じて柔軟に設置することが可能ですが、資料6（p.13）のように協議体が設置され、その後にコーディネーターが選出されるような場合においては、協議体（または協議体立ち上げのための研究会等）の立ち上げの当初は市町村が事務局の機能を果たし、構成メンバーがある程度揃い、コーディネーターが選出される頃には、徐々に市町村は運営についての関与を緩め、最終的にはコーディネーターが中心となって構成員が主体的に運営することが望ましいと考えています。

③ 協議体の設置

前述のとおり、協議体は、第1層の市町村全域と、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）のレベルに置くことを想定しており、市町村が地域の関係者のネットワーク化を図り設置します。協議体を構成するメンバーとして想定されるのは、市町村、地域包括支援セ

ンター等の行政機関、コーディネーターのほか、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、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、シルバー人材センター等の地域の関係者が挙げられ、この他にも地域の実情に応じて適宜参加者を募ることが望ましいと考えています。なお、既に地域で移動・食事サービス等の生活支援等サービスを実施しているNPOやボランティア団体等も参画いただくことが望ましいと考えています。これらの団体は、既に地域において実際の活動をしていることから、地域のニーズをよく把握しているためです。また、住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社会福祉協議会、自治会、町内会、地域協議会等の地域で活動する地縁組織や意欲のある住民が構成メンバーとして加わることが望ましいと考えています。第2層の協議体においては、地域で活動する住民等とコミュニケーションをとりながら、より具体的な地域ニーズの把握や、担い手の発掘・養成、担い手同士の交流の場づくりをすることなどが求められます。

また、生活支援体制整備事業は、市町村の生活支援等サービスの体制整備を目的としており、介護保険でのサービスのみならず、市町村実施事業や民間市場、あるいは地域の支え合いで行われているサービスを含めて市町村内の資源を把握し、保険外のサービスを促進しつつ、互助を基本とした生活支援等サービスが創出されるような取り組みを積極的に進める必要がありますので、配食事業者、移動販売事業者等、地域の高齢者の生活を支えるうえで必要不可欠な民間企業にも地域の実情に応じて参画いただくことを想定しています。

さらに、家族等の介護者を支援する介護者支援の視点も重要であり、介護者の負担軽減等を図るため、介護者支援に取り組む中間支援組織等も構成メンバーに加えることも望ましいと考えます。

なお、協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、例えば、協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々に構成メンバーを増やしていくといった方法も有効です(資料10参照)。協議体の設置の手法は、地域の状況によって様々であると考えられますが、いきなり協議体として立ち上げるのではなく、市町村が主体となり、関係する主な団体、機関に参画を求め、まずは第1層レベルで生活支援等サービスの充実に関する協議体の立ち上げのための研究会等を立ち上げることが望ましいと考えています。この研究会等についても、まずは最低限必要なメンバーで立ち上げ、市町村が目指す地域の姿や協議体・コーディネーターの設置、サービスの充実の方針等を議論する途上で、必要に応じて構成メンバーを加えていく方法が有効であると考えています。ただし、行政機関のみで構成されているような内部の検討会等では「最低限必要なメンバー」とは言えず、少なくとも1つは行政機関以外の外部の団体、機関に参画いただくことが必要です。

資料10

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【11月10日版】・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問4 協議体の設置を推進することだが、どのようなメンバーに声をかけをすれば良いか。民間企業にも積極的に参加してもらうのか。

(答)

1 協議体については、ガイドライン案・3「(3) 協議体の目的・役割等」④「協議体の構成団体等」にもお示ししているとおり、市町村、地域包括支援センター等の行政機関、生活支援コーディネーターのほか、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、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、シルバー人材センター等の地域の関係者で構成されることを想定しており、この他にも地域の実情に応じて適宜参加者を募ることが望ましいと考えている。

2 また、生活支援体制整備事業は、市町村の生活支援・介護予防サービスの体制整備を目的としており、ガイドライン案・2にもお示ししているとおり、介護保険制度でのサービスのみならず、市町村実施事業や民間市場、あるいは地域の支え合いで行われているサービスを含めて市町村内の資源を把握し、保険外のサービスの活用を促進しつつ、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるような取組を積極的に進める必要がある。

したがって、配食事業者、移動販売事業者等、地域の高齢者の生活を支える上で必要不可欠な民間企業にも地域の実情に応じて参画いただくことを想定している。

(参考)

総合事業のケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、ケアマネジメントの結果、保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われる。

3 いずれにしても、地域の資源開発や多様な主体のネットワーク化等を図るため、協議体の設置を早期に行うことが重要であり、例えば、まず、協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やしていくなどといった方法も有効であると考えている。

また、生活支援体制整備事業の実施にあたっては、協議体の立ち上げのための研究会等を立ち上げて、生活支援ニーズの把握やサービス開発に資する検討を行っている場合には、当初はコーディネーターの配置や協議体の設置がなされていなくとも、整備事業を実施していることとなります。整備事業を実施していれば、前述のような研究会等の開催経費等も事業費として計上することも可能になりますし、さらには地域資源の実態調査等の情報収集に係る経費や生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手に対する研修等の実施経費も事業費として計上できますので、生活支援体制整備事業の早期実施は、地域の受け皿を整備するにあたっては非常に重要であると考えています。

2. 生活支援等サービスの体制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、日常生活ニーズ調査や地域ケア会議等も活用し、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、地縁組織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、意識の統一を行う。また、地域の実情に応じた生活支援・介護予防サービスの体制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の設置を進める。

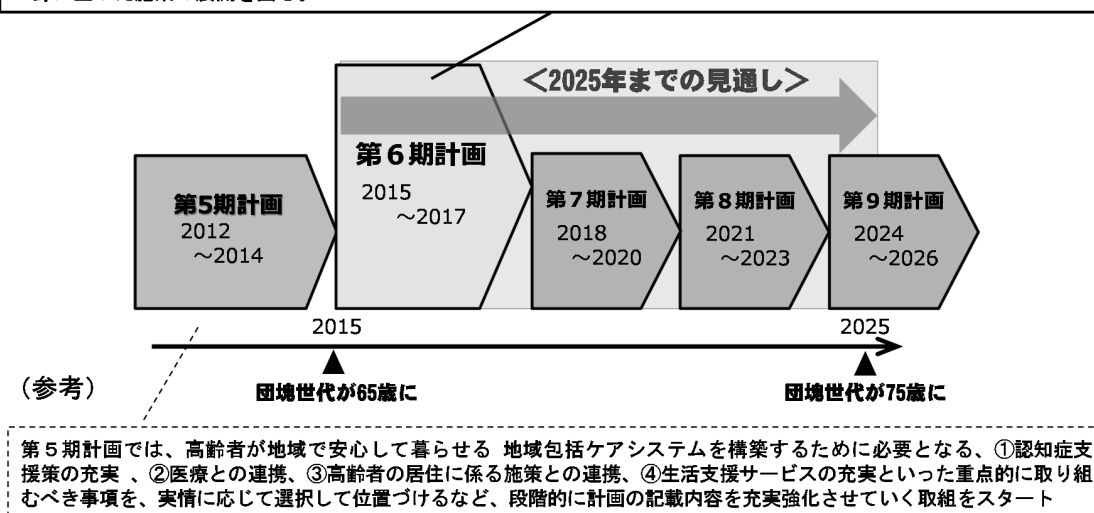
生活支援等サービスに限らず、地域包括ケアシステムを構築していくにあたって、市町

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、目指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。今般の介護保険制度改正の中で、2015 年度からの開始される第6期計画から 2025 年までの、サービス・給付・保険料の水準の中長期的な推計値について、市町村が介護保険事業計画において定めることを努力義務とした（介護保険法第117条第2項第3号）ので、この制度等も積極的に活用することが望まれます（資料11参照）。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。

資料11

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（努力義務）こととし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



生活支援等サービスについても、この役割に立ったうえで、基盤整備を推進していく必要があります。コーディネーターの配置や協議体の設置をするとともに、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。

市町村は、コーディネーター（またはコーディネーターの候補者）に対して、都道府県が行う研修への参加、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、生活支援体制整備についての行政側の担当者を明確にして、市町村職員及び地域包括支援センター職員として協議体の中に加わり、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。

また、地域包括支援センターの役割ですが、ガイドラインに記載のとおり、コーディネ

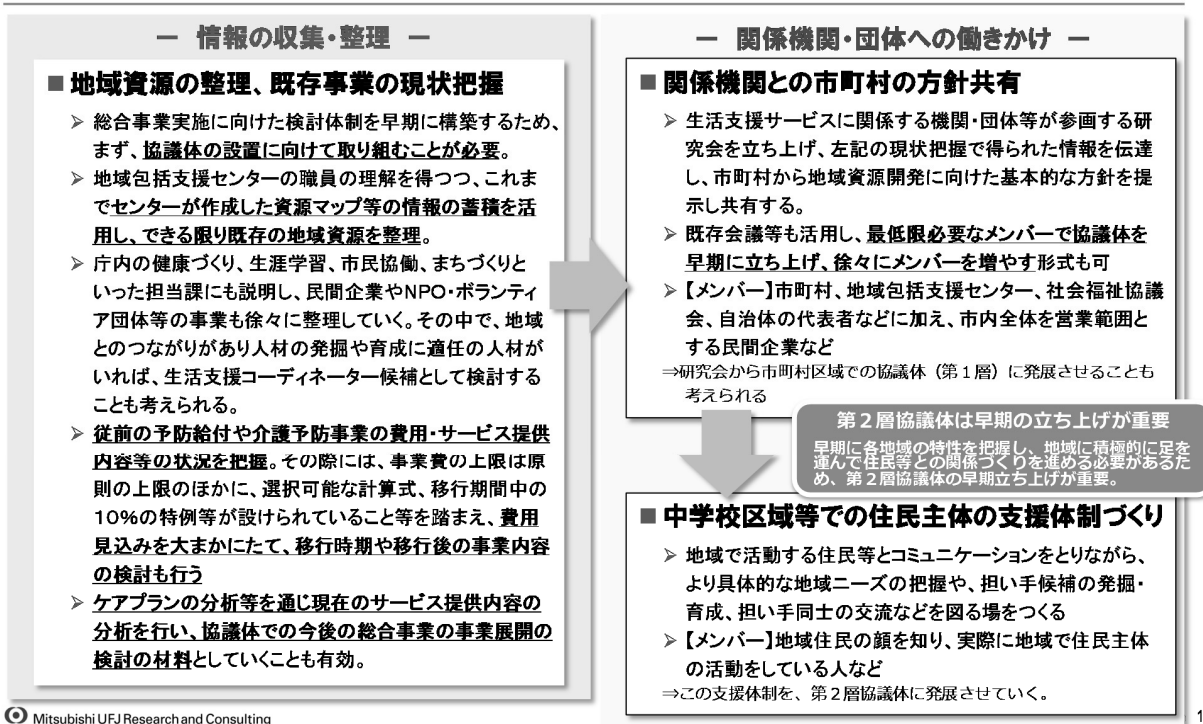
ーターの配置については「地域包括支援センターとの連携を前提にした上で」とされています。地域包括支援センターは、基本的には前述のとおり行政機関として協議体の構成メンバーとなることが想定され、コーディネーターの活動を支援する役割があると考えています。例えば、地域包括支援センターで作成した資源マップなどを協議体の中で共有し、既存の地域資源の整理・確認に役立てたり、地域ケア会議や介護予防ケアマネジメント分析等を通じて把握した地域課題等を協議体で共有し、資源開発の検討材料としたりすることが考えられます（資料12参照）。また場合によっては、コーディネーターそのものを地域包括支援センターに設置することも考えられます。

なお、第1層、第2層のコーディネーターの配置及び活動に係る経費や協議体の開催に係る経費、地域資源の実態調査等の情報収集に係る経費、生活支援サービスの担い手の養成研修等実施に係る経費等については、地域支援事業の包括的支援事業における生活支援体制整備事業の対象になります。

資料12

第109回市町村セミナー 三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

6. 市町村の役割 ～協議体の活動開始前に当面実施すべきこと～



住民主体の自発的な活動・組織を創出するには、まずは住民に対して地域づくりの合意形成を図る必要があります。市町村は、住民説明会の実施、市町村が発行する広報誌への掲載、普及啓発のチラシの配布等の方法で時間をかけて住民の合意形成を図ることが重要です。住民主体であっても、行政等からの指示に基づく「自発的ではない」活動・組織では、活動は決して長続きしません。住民自身がやりがいを感じ、やられ感がない自発的

な活動・組織を創出することが当該取り組みの重要な視点であると考えます。

そうして形成された住民主体の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、団体への補助（助成）等を通じたサービス提供型の第3層の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、介護予防・生活支援サービス事業において、「（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（光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等）等、様々な経費を、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（第3層のコーディネーターの活動費や人件費等を含む）の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（資料13参照）。

資料13

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A[1月9日版]・抜粋

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問3 第1層（市町村区域）及び第2層（中学校区域）における生活支援等サービスの提供体制構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）の体制整備については、包括的支援事業の活用が可能とあるが、第3層（個々の生活支援等サービスの事業主体）において利用者と提供者をマッチングする等を行う際には、総合事業の「介護予防・生活支援サービス事業」の活用が可能か。

（答）

- 1 第1層（市町村区域）及び第2層（中学校区域）における生活支援等サービスの提供体制構築に向け、①資源開発（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）や②ネットワーク構築（関係者間の情報共有等）等に係る人件費、委託費、活動費用等については、平成27年度以降は地域支援事業の包括的支援事業における生活支援体制整備事業の活用が可能としている。
- 2 一方、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業において、住民主体の支援等で補助（助成）の方法で事業実施する場合には、サービスの利用調整等を行う人件費等の間接経費等を市町村の裁量により経費の対象とすることが可能である。

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」であるとしており、住民主体の支援等を実施していくうえで、「共生社会の推進」という観点が重要であるとされます。地域で見えら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、町内の縦割りを排除した部局横断的な取組による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ネットワーク化を進めるとともに、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（コーディネーターの養成イメージについては、資料14参照）。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ったりするなど、コーディネーター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も担うため、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。なお、こういった研修等の開催経費についても、前述の「地域医療介護総合確保基金」を活用することができます。養成研修等を実施する際には、中間支援組織（NPO支援センターや社会福祉協議会等のボランティア・市民活動センター、ホームヘルプ・移動・食事サービス等の特定領域における生活支援サービスの連絡会組織）等と連携することが望まれます。

また、市町村の職員は異動が頻繁であるため、生活支援等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。

資料14

コーディネーターの養成について(イメージ)

（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。
- 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養成イメージ

<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26～27年度）：全国から受講者（都道府県からの推薦）を集め、都道府県研修における講師を養成するための研修を実施
- 都道府県研修（平成27～29年度）：主に中央研修受講者が講師となり、各都道府県において地域医療介護総合確保基金を活用してコーディネーター養成のための研修を実施

<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。

Ⅱ．生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が行うべきアセスメントと支援の視点

ここでは、第1層、2層のコーディネーターが活動する上で、第3層のコーディネーターはどのような視点でアセスメント、支援を実施しているかを把握することは、第1層、2層のコーディネーターが効果的に活動するうえで肝要であることから、第3層のコーディネーターの活動内容の理解を深める内容を整理したものです。

（第3層のコーディネーターの活動費等は法第115条45第2項第5号に定める生活支援体制整備事業の対象外）

生活支援等サービス・活動の主な対象者は、要支援認定者、介護予防・生活支援等サービス事業対象者及びこれに至らない見守りや声かけが必要な全ての高齢者で、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受けていない場合がありますが、いずれの場合も日常生活を送るうえで支援が必要となるよう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、インフォーマルサービスの活動を活性化し調整し、生活を支援する事がコーディネーターの役割です。

コーディネーターは生活支援等サービスをどのように認識するかは、役割を果たすうえで極めて重要です。生活支援等サービスは、フォーマルな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、フォーマルなサービスでは対応できない、あるいは、馴染まないサービスの提供です。また、人々と社会とのつな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、フォーマルなサービスと協働しながら、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ことが必要です。こうした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コーディネーターの視点、役割を考えてみましょう。

1．生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）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事を目標に、生活の主体者である本人の意向、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や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となるため、それを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は、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。一日の生活の中で困っていること、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こでの困りごとを考えてみましょう。

（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等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や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や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（地域支え合い推進員）の役割

（１）フォーマルサービスとインフォーマルサービス、活動とのつながりを良くする

フォーマル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上手く進みません。住民の活動の基本は共感に基づく自発性にあります。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することで、住民の共感を基に、フォーマルサービスとインフォーマルサービスがつながりを良くし、協働できるようにすることが役割です。

（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は、個別支援と地域へのアプローチを一体的に捉え、進める事が大切です。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展します。

３．生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の視点で行うアセスメント

アセスメントを行う前提として、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

生活支援を必要とする人が自ら相談をする、訴えることは少ないといえます。近隣の人が気づいてそこから相談につながる、友人や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する等、周辺からも様子を把握することが必要です。

(3) アセスメント

- ①一日、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とは何か、一週間の生活の中で、一か月の生活の中で、一年の生活の中で、自分ではできない困りごととは何かということを本人と一緒に考えます。
- ②フォーマル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、フォーマル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。住民サービスや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人とのつながり、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、近隣等とのつながりはないか等です。つながりが脆弱な場合はほとんど人と会話がないうちにありまます。どんな形であれ社会との関わりがあるか、役割があるか、生きがいや楽しみにしていることは何かという把握は、本人が生きようとする意欲を高める取り組みにつながります。
- 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

注：ここで言う「生活支援プラン作成」とは、第3層のコーディネーターが生活支援を行ううえでの進め方や留意点を整理するものであり、ケアマネジャーが行うケアマネジメントとは異なるものです。

- ①フォーマル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を検討します。
- ②フォーマル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、商店や企業に協力してもらう必要なことは何かを検討します。
- ③人とのつながりをどうつくるか、社会参加をどう進めるかを検討します。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。

4. 生活支援等サービスを推進・開発するうえでの生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の視点

現在のサービスや支援では対応してもらえず、日常生活をするうえで困っていることを、その人の生活に即して具体的に把握し、対応策を地域のあらゆる社会資源を活用する視点で検討することが基本です。フォーマルサービスや有料のサービスを利用している場合も、それだけではニーズの一部にしか対応できておらず、単体サービスの提供であるために、ニーズに応えられない状態になっていることが少なくありません。例えば、食事サービスが玄関先まで届けられても、自身で鍵を開け両手で運ぶことができない、温めることが出来ない、あるいは買い物が届けられても運び込んで冷蔵庫等にしまうことが出来ない、家族がいない時間に家の中で転んだが自分では起き上がれない、どこにどんな方法で連絡したら良いのかわからない等、生活上の多くの困りごとや安心安全ではない状況不安を持ちながら生活している場合等です。こうした日常生活上の不安、困りごとは、どこに相談し、対応してもらえるのか分からないままになり、在宅生活が継続できないという気持ちを募らせる事に直結していることも少なくありません。こうしたことを丁寧聞き出し、どうすればよいか家族がいる場合は家族ともよく相談し、ケアマネジャーとも連携して、対応策を具体的に検討し実現に取り組むことが求められます。

対応策を検討するためには、できるだけ自宅での生活、地域での生活を継続できるようにする視点が大切です。そのためにも地域の人間関係がつかれるかが鍵を握っているといえます。ご近所の人に関わる気持ちはあってもどの程度関わったら良いか迷っていたり、頼まれていないのに何かするのはお節介ではないか等の戸惑いがある場合も少なくありません。コーディネーターが自治会や民生委員と協力し、ご近所の方に働きかけ、見守り、声かけ、ちょっとした事の手助けを支援することで安心した生活が可能になります。ご近所の方であれば鍵を開けて家の中に入ることも比較的抵抗なく受けられることが可能になります。また人間関係が復活したり、継続できたりと孤立状態の解消にも役立ちます。このような取り組みが行われることにより、本当に安心して住むことができる地域を自分たちが参画してつくっているという実感が生まれます。困っている人を助けるという一方向の関係ではなく、自分たちが安心して暮らせる地域をつくることで、自分たちもその地域で安心して暮らせるのだという実感と共感の双方向性が生まれることを目指したいものです。

ご近所の力を組織して、引き出す取り組みに併せて、フォーマルなサービスで対応するほどでもないが、即応したり、定期的にサービスとして提供が必要なニーズもあつたりします。ボランティア活動として行われている場合もありますが、こうしたサービスは住民参加型在宅福祉サービスとして、有償・有料の活動を地域に組織する必要があります。10分100円で気軽に軽微なニーズに応える活動もあれば、研修を受けたボランティアが有料で相談に乗る家事援助の活動等もあります。地域にこれらの活動がない場合、コーディネーターはこうした活動を支援するために関係団体と相談し推進することも大切な役割です。1層、2層、3層いずれのコーディネーターも上に述べた行うべきアセスメントと支援について理解を深め取り組むことが重要です。

コーディネーターがどのような視点でニーズを受け止め、どのような視点で支援を検討すればよいかを考えるために、3つの事例を用意しました。実際の事例は多様な内容が含まれますが、あえて事例はポイントのみを示し、このようなニーズがあることに着目してほしいと思います。また、支援方法を考える場合も地域によって様々な社会資源が考えられますが、検討に当たって重視していただきたいことを示しました。これまで説明しました「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が行うべきアセスメントと支援の視点」の内容を踏まえて、具体的に検討することで、コーディネーターが持つべき視点を深めていく事を期待します。

生活支援とは、生活の中でどう生きたいかを考え、介護保険の枠内だけでなく、生活における思い・意欲を含めて幅広く捉える必要がある

《コーディネーターの視点》

- ・ 現在の支援やサービスでは対応できない『日常生活を行う上で困っていること』を具体的に把握し、他機関との連携の上、対応策を柔軟に検討する
- ・ 制度的なサービスの利用をしても、フォーマルなサービスだけでは対応できていない、困り事を把握する。

* 具体的な困り事・・・(例:短時間で済むような手助け(即応))

- ・話し相手
- ・様子の見守り
- ・近所の繋がり作り
- ・サロンのお誘い
- ・外出の支援
- ・買い物支援
- ・ヘルパーさんへ依頼する程ではないもの 等

次の事例の場合には、各スライドのポイント(注意点)に記載されている視点を踏まえ、対応を検討することが必要である

事例① 女性／83歳／独居／要支援1

《身体状況など》膝痛

◆生活上の困りごと

- ・掃除機が使えず、床掃除はできない
※日頃はハンドワイパーで掃除をしている
- ・通院帰途等で買い物には行けるが、荷物の持ち帰りが不自由

◆支援方法

- ・①訪問型サービス活用
- ・②訪問型サービス以外の家事援助サービス
- ・③近所の店から配達してもらう
(店舗で購入した商品を配達してくれる店もある)
- ・④買い物代行サービス等の利用
- ・⑤近所の方で、一緒に掃除をしてくれたり、車で買い物に行ってくれる人がいないか

●上記事例でのポイント(注意点)

○制度サービスも含めて、活用可能なことを考える

→当然、担当ケアマネ・地域包括等との協議・連携が必要

本人目線で考えれば、フォーマルサービスもインフォーマルなサービスも、必要性に違いはない。コーディネーターは、制度サービスも含めて、本人にとってのよりよい支援を考える必要がある。

当然、ケアマネや地域包括をはじめとした関係専門職との協議・連携は、不可欠である。

○「独居」という点から、周囲の人たちとの関係性を確認する

→関係性が薄い場合、“つながりづくり”を意識した支援方を優先する
このケースの場合、一緒に掃除してくれそうな人を見出すことや、
近所のお店との関係づくりなど

コーディネーターとしては、周囲の人たちとのつながりがあるか、孤立していないかを、常に意識している必要がある。

また、2人暮らし等であっても孤立死というケースはあり、日頃から地域の人(特に、自治会役員や民生児童委員、福祉委員、世話焼きさん等)との情報交換・共有は重要と言える。

もちろん、コーディネーター1人で地域を見られるわけではなく、そのような視点を地域のさまざまな人に訴えていく、広めていくことで地域の底力を上げていくことが大切である。

○生活課題が、本人の「楽しみ」等と関係していないかを意識する

→買い物代行を頼めば、重い荷物を持てないという問題は解決するが、
本人の『買い物の楽しみ』を奪うかもしれない。

このような場合、一緒に買い物に行ってくれる人を探すことや、店舗での購入商品を配達してくれるお店を探すことが、より望ましいと言える。

女性で買い物が好きな人は多く、男性でも存在する。また、掃除が好きという人もいたりする。このような場合は、家事援助で全てやってもらうのではなく、一緒に掃除をしてくれるような近所の方やボランティア、サービスを探すほうが望ましいことになる。

○ご近所(民生児童委員や町内会関係者含む)にお願いする場合、 本人とお願いする人との関係性、お願いする人の人柄・志向等に 十分配慮する。何でも頼まない。丸投げしない。

ご近所の方をお願いする場合は、依頼の仕方、内容、量などに十分配慮する。お願いできそうな人を、本人や家族、地域の世話役(町内会役員や民生児童委員ほか)の人に聞いておくこともひとつの方法である。可能であれば紹介していただくのも良い。近所の人に、あまり過大なお願いをしないような気づかいは(相手が地域の世話役さんであっても)当然、必要。

また、全てを丸投げでお願いするのではなく、コーディネーターも関わり続けることを伝えていくことも、地域との信頼を育むために重要だと言えるだろう。

事例② 男性／80歳／要支援2(軽度認知症)

《状況》妻が入院。何もできない本人が一人残された状況。

◆生活上の困りごと

今まで、家事一切を自分でしてこなかったため、何もできない
(即応が必要)

◆支援方法

- ・食事 ⇒安否確認を兼ねた配食サービス
- ・訪問型サービスの活用
- ・掃除・洗濯 ⇒訪問型サービス以外の家事援助・ボランティア
- ・ご近所に安否確認を兼ね、声掛け等を依頼
- ・不安(一人でいられない、特に夜等)
 - ⇒見守りと話相手をする(傾聴ボランティア等)
 - ⇒泊ってくれる人がいるとよい
(お泊りボランティア／傾聴ボランティアの夜版など)

できるだけ地域に留まってもらう視点を持つ

●上記事例でのポイント(注意点)

○本人の、「何ができるか」を確認する

→本人ができることまで奪わない。妻が帰ってきたときに、要介護度が上がっているような状況は避ける。

自力で入浴できるのであれば、風呂の火の始末等不安な部分の支援などを優先する。

通所型サービスで入浴させれば良い、という安易な考えはやめる。
(結果として、それしか方策がないという可能性はある)

専門職をはじめとする支援者は、全てを遺漏なくサービス等につなげて、「完璧！」としてしまう傾向がある。家事を妻に頼っていた男性でも、入浴は自力の場合が多いはずだし、風呂を沸かすのは、夫の役目だったかもしれない。それまで本人がやっていたことを極力奪わないようにする。

サービス漬けにしてしまった、ADLが落ちてしまった、結果として妻が戻ってきても、地域で暮らせる時間を縮めてしまったというのでは、本末転倒である。

○妻の入院が長引く可能性も考慮する

→即応、緊急対応は必要として、長引いたときの支援も考慮に入れておく。支援体制の変更は、当然、フォーマル・インフォーマルいずれのサービス活動も、両方連動させることを視野に入れる。

緊急対応としては望ましい対応も、長期間となった場合、最良の選択とは限らない。
例えば、緊急の対応として、地域の人に2つお願いしていたものも、長期になる場合、
(お願いしていた地域の人の人柄や本人との関係性を考慮しながら)
お願いしていたものの1つを別なサービスに置き換えたり、逆に見守りを兼ねてヘルパーを週2～3回入れていたものを、家事援助のニーズがあまり大きくなければ、週1回に減らし、地域の人の見守りや声掛けの関与をもう少しお願いしたり、傾聴ボランティアに訪問してもらうように修正する等、変更の可能性に留意しておくことも必要。

○本人だけでなく、家族へのフォローも

→まず、本人を残して入院した妻が心配しているはず。
さらに必要であれば近親者等へも、対応できている現状を連絡しておく。
怠ると、心配した近親者が本人を入所施設に入れてしまうかもしれない。・・・結果として、地域で生活できる可能性が消える

このようなケースは、容易に施設入所への引き金となりえる。
同居していない子どもなどは、「だから、お父さん達だけで暮らすのは無理なのよ」と自分達が住んでいる地域に呼び寄せたり、老人ホームなどの施設へ入所手続きを進めたりすることがありえる。こういう状況であっても、住み慣れた地域で生活が続けることができるということを知らせ、安心感を持ってもらうためにも、近親者等への連絡は重要。
地域の社会資源を整えたり、地域の人たちの理解・協力を得られても、近親者のそのような地域環境に対する無知・無理解により、地域での生活が絶たれることを避ける。

事例③ 男性／独居／要支援1

《状況》近所づきあいがあまり無く、寂しい(話し相手がほしい)

※そのため、ヘルパーが来るのが楽しみとなっている

《身体》腰痛

◆生活上の困りごと

人づきあいが苦手だが、話し相手が欲しい

◆支援方法

- ・傾聴ボランティアの派遣
- ・男性が好むサロン＊役割や出番等があるもの
例：終了後、一杯呑めるサロンなど
- ・趣味・関心の近い地域のサークルを紹介
- ・声掛けをしてもらえる近所の人はいないか

●上記事例でのポイント(注意点)

○本人の趣味や嗜好、出身や仕事歴などを聞き取る

→世間話の延長線上で、本人の興味・関心などを聞き取る。

友人やつながりづくり、傾聴でも、興味・関心が近い人が対応した方が、関係がつくりやすい。

特に男性の場合、おしゃべり自体だけで楽しめる人が少ないため。

本人には、被支援者という意識はないと思われるので、アセスメントなどのつもりで根ほり葉ほり聞いたりしない。さりげなく、世間話のような感覚で。

○ご近所の人とふれあう機会の創出

→各種のサロンのほか、地域のイベント等に誘ってみる

地域に「世話焼きさん」がいる場合、その人に依頼してみるのもひとつの方法。

対象者が関心を持てるような小さいイベントをつくってしまうという手も。

出かけた地域イベントで世話人が集まっているテントなどで、さりげなく紹介したりなど。
「この人のための」イベントやサロンを開いたときでも、当然、本人にはそのように言わない。周りの人が、この人に声をかけやすくするためのきっかけづくりの場と捉える。

Ⅲ. 高齢者に係る地域アセスメントの手法について (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

コーディネーターとして行う地域アセスメントには、①社会資源の把握、②地域の生活支援ニーズの把握という2つの要素があります。コーディネーターとして高齢者の生活支援に活用できる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。

なお、地域アセスメントの実施については、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、財源、情報」のことです。生活支援コーディネーターとして、具体的に連携していく組織や団体、利用できるサービスや活動、そして協働していく人材等の把握が求められます。また社会資源の把握にあたっては、自分が担当する地域内だけでなく、隣接している地域の社会資源の把握が必要な場合もあります。自分が担当している地域で暮らす人々の生活範囲の社会資源の把握に努めましょう。ここでは支援の際に必要な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。

なお、この社会資源の把握については、「社会資源把握演習シート」を活用することもできます。

①行政機関

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。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。

特に民生委員協議会では高齢者支援に関する活動を多く行っており、各地区の民生委員協議会の定例会に参加したり、話を聞きに行く等しながら関係を築き、地域の取り組みについて把握することが大切です。

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、コーディネーターは、これらの活動と連携してだけでなく、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。最近では、自治会や町内会の担い手が高齢化している、加入世帯が減少しているという状況もあります。それぞれの地域の課題を把握した上で、連携や活動の提案を行っていくことが大切です。ただし、こうした支援は全てを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関わっていきましょう。

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、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。無償のボランティアで活動を行っている団体や、有償で助け合い活動を行っている団体もありますので、それぞれの活動理念や設立の経緯などを知ることも連携していく上では大切なことです。

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ったりする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いくことも大切です。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かったり、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、コーディネーターとして留意しなければならないのは、これらの活動に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、財源、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。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たりす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』等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。

（２）生活支援サービスに対するニーズの把握

コーディネーターとして把握しなければならないのは、要介護認定で要支援となっている方々の生活ニーズの把握です。特にこれまで介護予防サービスの訪問介護や通所介護を利用していた方々のニーズを把握することが重要です。

そのためには、要支援の方々について、全体の人数把握と地区別の人数把握、介護予防サービスの利用状況の把握、生活ニーズの把握が必要となります

これらを把握するための主な方法としては、①個別事例の収集と分析、②行政資料の活用、③アンケート・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。

コーディネーターとしては、まずは既存の統計データや調査結果を把握した上で、必要に応じて多様な方法を活用していくことが求められます。

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、その地域で生活する高齢者の生活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。コーディネーターとして、専門職や地域住民との日常的な意見交換の機会を持つことも大切です。

①個別事例の収集と分析

コーディネーターとして赴任した地域には、既に様々な専門職が要支援の高齢者の生活支援に関わっています。そのため、具体的なニーズや生活状況を把握するため、介護保険事業者や地域包括支援センター等から個別事例を収集し、生活ニーズと支援方法を分析することも大切です。また、個別事例を通して、地域内で高齢者の生活支援に活用できる社会資源を把握することにもつながります。

また、個別事例を収集・分析する際には、コーディネーターとして事例を記録する様式を整備しておくことが望ましく、様式が統一されていないと分析が行いにくくなります。地域内の事業所等の状況を踏まえながら、収集した個別事例を記録し、分析していく体制を整えていくことも大切なことです。

②行政資料の活用

コーディネーターとして、まずは要支援の高齢者の人数の把握が必要です。さらにその人々のサービス利用状況を把握することが欠かせません。こうした状況は行政の介護保険担当課がデータを取りまとめており、また介護保険事業計画では、これまでの推移や将来推計も掲載されています。また、行政計画を策定するプロセスにおいては、高齢者の様々な生活ニーズの調査を行政が行い、報告書がまとめられている場合もありますので、こうした既存の行政資料を活用することが大切です。

行政資料を活用する際には、国の『厚生労働白書』や『高齢社会白書』のデータと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たりすることができます。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。

③アンケート調査・ヒアリング調査

要支援の高齢者の生活ニーズを把握するために、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ったりしながら生活ニーズを把握することもできます。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。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。ヒアリング調査は、高齢者やその家族から直接話を聞いていく方法であり、一対一で聞く場合もあれば、複数の高齢者やご家族と一緒に聞く場合もあります。具体的な場面としては、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行う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要支援の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。

この住民座談会は、要支援の高齢者だけでなく、様々な地域の問題を共有する場にもなり、新たな地域活動を始めていく際の動機付けの機会にもなります。「要支援の高齢者が集える居場所があったらいい」や「ちょっとした生活のお手伝いだったら自分にできることがあるかもしれない」など、様々な声から地域で必要な取り組みを考えていくことにつながる場として活用することができます。

なお、こうした住民座談会を進めていくには、参加している方々の声から生活ニーズを把握するための方法として、KJ法の活用が有効です。これは会場の参加者を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もいるため、参加している人々の声だけで話し合うのではなく、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展開例

地域アセスメントでは、高齢者の生活支援ニーズを把握し、そしてそのニーズ解決に向けて活用できる社会資源を把握していくことになります。生活支援コーディネーターとして実施していく地域アセスメントの展開例を紹介します。

①圏域別の高齢者数・要支援・要介護の認定者数の把握

まず、第1層の市区町村の範囲、そして第2層の各圏域における高齢者数と、要支援・要介護認定を受けている高齢者の数を把握します。その際、現在の要介護認定率を把握し、今後の高齢化率の推計とあわせることによって、将来、生活支援を必要とする高齢者がどれ位になるのかを分析していきます。また、認知症出現率は5歳刻みで公表されているデータがあり、今後地域でどれくらいの認知症の方が生活していくことになるのかも推計することができます。そのため高齢化率だけでなく5歳刻みの人口動態についても把握し、地域の現状と将来像を分析していきましょう。

そしてこれらのデータをグラフ化する等、分かりやすい資料を作成して、地域住民等との会合で活用していくことが求められます。

②要支援者のサービス利用状況（訪問介護・通所介護）の把握

次に、現時点で要支援者がどのような生活支援サービスを利用しているのかを把握していきます。特に訪問介護と通所介護の利用者数を把握し、特に訪問介護ではホームヘルパーが訪問時にどのような支援をしているのかの分析が重要です。実際に分析をすると、掃除が最も多く、次いで買い物、調理、洗濯の支援をしていることが多くあります。また掃除では、掃除機がけ、トイレ掃除、浴室掃除等の支援が行われています。

地域で助け合い活動を始めていくにあたっては、漠然と地域で助け合っていきたいと声を掛けられても戸惑う住民の方もいます。そのため、具体的に地域でどのような支援を必要とする人がどの程度いるのかを明確にし、その上で地域住民でできること、できないことを話し合っていく場を設定していくことが大切です。

ただし、要支援者の方々の中には、地域住民ではなく福祉専門職にお願いしたいという方々もいるでしょうし、今後支援を必要とする方々もいますので、現在のサービス利用状況がそのまま固定した生活支援ニーズではないことに留意する必要があります。

③要支援者の住宅地図へのマッピング

次に要支援者がどこで暮らしているのか、住宅地図へマッピングをしていくことも有効です。これにより地域の社会資源をどの程度活用できるかの検討がしやすくなります。また、地域の会合へ参加するにあたって、その地域の要支援者がどのように暮らしているのかイメージした上で参加し、必要な議論を行う意識を持つことができるようになります。

マッピングにあたっては、個人情報に基づいた作業になるため、まずは行政、社会福祉協議会、地域包括支援センター等の福祉専門職のみで行うことになります。その上で必要に応じて民生委員や自治会役員との協働作業の場を設定します。民生委員は民生委員法で守秘義務が規定されており、情報共有において問題ありませんが、自治会役員等の地域住民が含まれる場合は、情報共有におけるルールを明確にした上で作業することが大切です。例えば、災害時の要援護者台帳への記載について本人からの同意が得られている場合は、災害時の支援も含めた検討作業として行うことがあります。また、知り得た個人情報を作業時以外は他言しないという誓約書にサインしてもらった上で、情報共有していく方法もあります。要支援者のマッピングは、地域の状況を踏まえてプライバシーに配慮しながら行っていきましょう。

④地域の住民活動・市場サービス（生活支援・交流）の把握

支援を必要とする人々の状況を把握した上で、その生活支援に活用できる社会資源を把握していきます。把握にあたっては、地域住民とのグループワークも有効です。例えば、その地域で生活支援をしている住民組織や商店・企業等を挙げていき、それらがどのような活動をしているかをマトリックスにして整理していく方法もあります。また、住民との協働作業を進めていく際には、模造紙等に整理していくとよいでしょう。住民との協働作業は、福祉専門職が把握しきれていない住民活動や市場サービスの把握ができ、さらには生活支援等の活動の偏りも視覚的に把握することができ、今後の住民活動

の動機づけの場にもなっています。

資料 15

地域アセスメントの展開例

①圏域別の高齢者数・要支援・要介護の
認定者数の把握

②要支援者のサービス利用状況
(通所介護・訪問介護)の把握

③要支援者の住宅地図へのマッピング

④地域の住民活動・市場サービス
(生活支援・交流)の把握

⑤住民座談会で住民の意向・ニーズ
(地域の強み・課題等)の把握と共有

⑥アンケートやヒアリング調査による
生活ニーズの把握

これらのプロセスや内容は地域の状況によって異なる

⑤住民座談会で住民の意向・ニーズ（地域の強み・課題等）の把握と共有

地域の中で助け合い活動を生み出していくためには、住民同士が集まって話し合う場が欠かせません。ある程度地域の状況を把握・分析した上で、地域住民が集まる場を設定していくことになりますが、その際には、将来的に活動を組織化していくことを想定して、適切な規模で参加を呼びかけていくことが重要です。例えば、自治会町内会の範囲で助け合い活動を推進していくならば、住民座談会は自治会町内会の範囲で参加を呼びかけます。あるいは、小学校区のエリアでの助け合い活動を推進していくならば、参加の呼びかけは、その小学校区内の機関・団体・地域住民になります。この話し合い自体が住民同士の関係形成につながり、そして活動の動機付けにつながるニーズ共有の場となっていくます。

また、住民座談会を開く場合は、話し合いに必要な情報を準備しておくことが必要であり、制度改正やコーディネーターに関すること、地域の現状に関するデータを分かりやすくまとめ、説明や情報提供していくことが大切です。

⑥アンケート調査やヒアリング調査による生活ニーズの把握

地域で具体的な取り組みの検討が始まってきた段階では、改めて生活ニーズの整理が必要となります。これは現在のサービス利用状況だけでは見えない部分もあるため、必要な調査を行っていきます。調査において重要な視点は、次の手を打つために必要な情報が得られる調査にすることです。例えば、ある地域では住民座談会で高齢者の方々から買い物が大変だという声があり、買い物支援の活動を始めることになりました。そこで高齢者世帯へ戸別訪問による聞き取りアンケート調査を行い、買い物の実態把握をしたところ、実は何とかしているということが分かりました。その調査は、どのお店に、どれ位の頻度で、どういう手段で買い物しているか、あるいは誰に手伝ってもらっているかという実態を把握するものであり、自分では買い物が大変でも周りのサポートで何とかしている状況が見えてきたのです。こうした状況では買い物支援の活動を始めても、利用者がいなかったり、あるいは既存の関係性を切ってしまう可能性もあります。

調査を行うにあたっては、漠然と地域住民の意識を聞くのではなく、その地域で暮らす人々の生活実態を明らかにして必要な支援を考えることが大切です。

なお、これらの進め方や内容は、例示としてのものであり、これらをしなければならないことや、これだけをすればよいというものではありません。コーディネーターとしての目標は、誰もが安心して暮らせる地域社会を地域住民とともに創っていくことであり、そのために必要なことは何かを考えて行動していくことが大切です。

そしてこうした地域アセスメントは、地域の助け合いを支え、生み出していくための手段であり、地域アセスメントが目的となってしまってははいけません。例えば、地域アセスメントで得られた情報を表やグラフ、マップ化によって見える化し、協議体等で資料提供することによって本当に必要な取り組みを話し合っていくことができるようになります。また、時にはニーズの状況に応じて必要なメンバーでプロジェクトチームを編成していくことにもつながります。誰を支えるための、何のための地域アセスメントかを考えて実施することが大切です。

3. 地域アセスメントの留意点

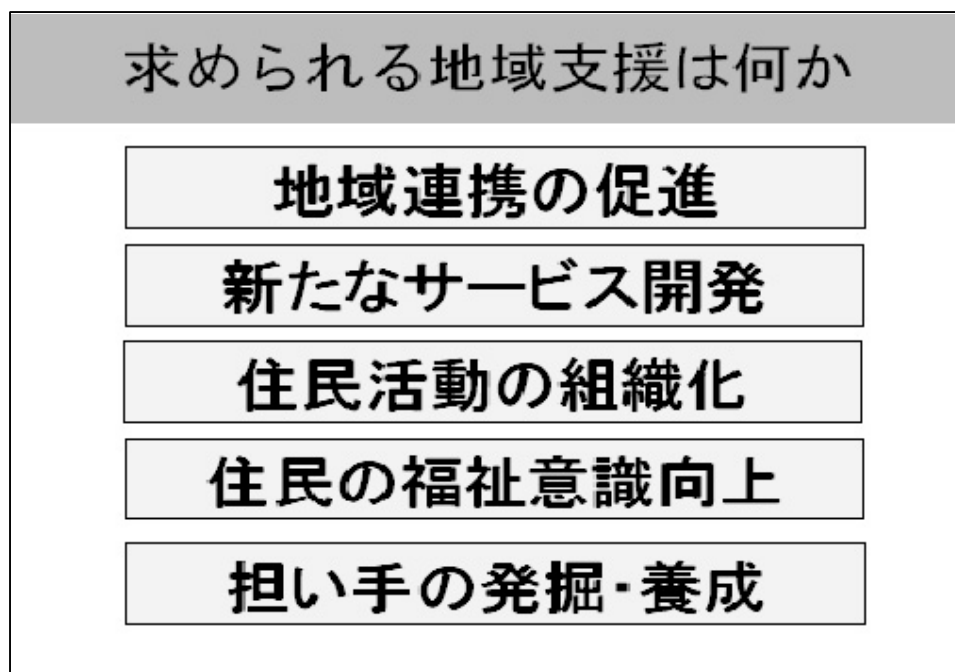
(1) 地域連携に生かす地域アセスメント

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。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) 地域の力を高める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、地域の力を高めていく支援に生かすために行うものです。要支援の高齢者の生活を支えていくためには、その人々が暮らしている地域の力を高めていくことが大切であり、具体的な支援として、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、⑤担い手の発掘・養成などがあります。コーディネーターとしてどのような取り組みを展開していけば、地域の力を高めていけるかを判断するためにも地域アセスメントを行うことが大切です。

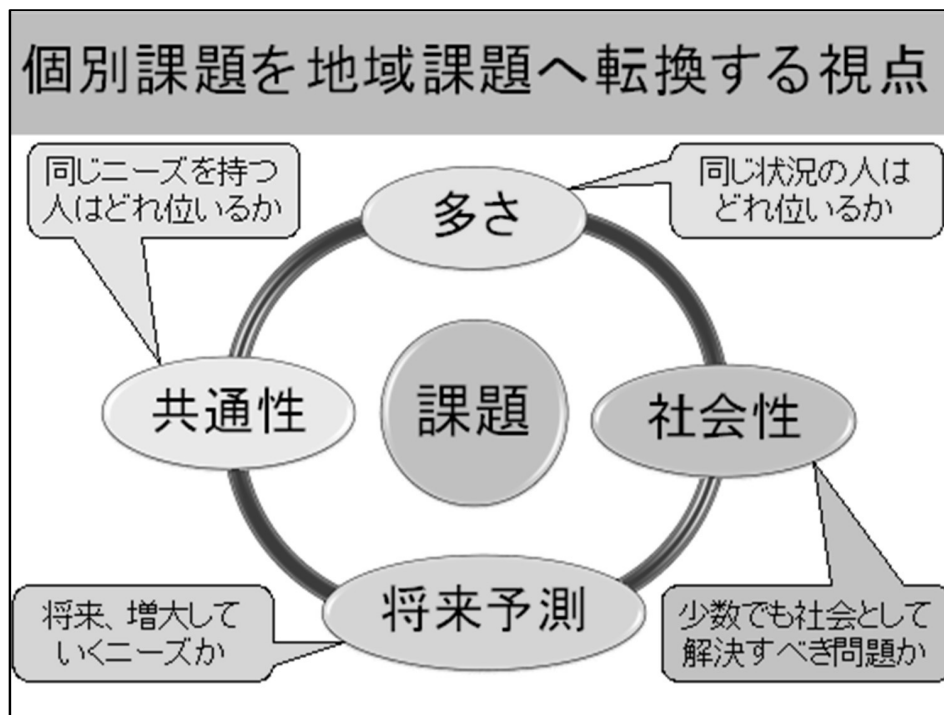
資料 16



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必要があります。

資料 17



(3) 地域アセスメントの地理的範囲

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。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、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めます。そうでないと、せっかく把握した情報が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る、エクセルファイルなどで管理しておくことで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じた地域力向上

こうした地域アセスメントは、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。

地区名		エリア	
-----	--	-----	--

歴史

--

地域特性（ハード面・ソフト面の概況）

地理的特徴	
交通アクセス状況	
生活環境 (商店、金融機関など)	
住宅状況	
地域活動の状況	
防災活動の状況	
相談できる場所	

基礎情報

人口		世帯数		世帯平均人数		高齢化率	
(0～14歳)		(15～64歳)				高齢人口(65歳以上)	
出生数		死亡数		転入数		転出数	
一人暮らし高齢者人口		高齢者のみ世帯		要介護認定者数		外国人登録者数	
身体障害者数		知的障害者数		精神障害者数		自治会加入率	

公共施設

種別	総数	名称	特記事項(地域との協働事業、キーマン等)
保育園			
幼稚園			
小学校			
中学校			
高校・大学・専門学校			
公民館			
公園			

福祉・保健・医療機関等

種別	総数	名称	特記事項（地域との協働事業、社会貢献、キーパーソン等）
老人福祉センター			
特別養護老人ホーム			
老人保健施設			
デイサービス			
グループホーム			
有料老人ホーム			
障害者福祉施設			
児童福祉施設			
子育て支援拠点			
医療機関			

地緣組織

種別	総数	状況（構成人数、加入率・状況、活動内容、歴史、キーパーソン、他組織との関係性等）
町内会・自治会		
地区民児協		

ボランティア・NPO・当事者活動

[illegible]

生活関連産業

企業・商店名	活動内容・キーパーソン等

行政機関（当該地区における地域課題把握・解決を目的とする取り組み等）

社会福祉協議会（当該地区における地域課題把握・解決を目的とする取り組み等）

専門職が把握している地域課題

新たな課題（まとめた情報の分析や新たに見えた課題）

社会資源把握演習シート

	高齢者の生活支援に活用できる社会資源(組織・サービス・活動・人材など)		
	担当地域内にある	隣接地域内にある	地域になく開発したい
行政機関			
保健・医療・福祉関連の機関・団体			
地縁組織			
ボランティア・NPO・当事者団体			
中間支援組織			
生活関連産業			
その他			

IV. 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。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

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、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）協議体・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として、協議体が設置され、充分に活用されることが期待されますが、他にも地域ケア会議の活用も有効な機会となります。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、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。

また、コーディネーターは、協議体のメンバーと協議しながら、取り組みを進めていくことが求められています。ニーズによっては、地域ケア会議か協議体のいずれかで検討することもあれば、地域ケア会議と協議体の会議を一体的に行って対応策を検討していくこともできます。

資料 18

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

サービス開発の基本的なプロセスは、以下の流れになりますが、全ての場合に当てはまるものでなく、地域の状況によっては、省略あるいは順序が異なる場合もあります。そのため以下のプロセスと方法は、こうしなければいけないというものでなく、参考例として

ください。なお、サービス開発の演習を行う際には、地域の個別事例を取り上げながら「サービス開発演習シート」を活用した検討を行うこともできます。

（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が必要な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、病院の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、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实际的でしょう。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」を挙げており、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、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、周知や説明の際に活用できます。

（８）担い手を養成する

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。例えば、要支援の方々の高齢者の生活支援をテーマにする場合、高齢者の心理や社会関係、生活ニーズなどを学んだ上で、実際の活動上の配慮等を経験者から学んでいく等が考えられます。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）担い手を組織化する

担い手を養成し、既存の活動団体への参加につなげるだけでなく、場合によっては担い手を組織化して新たな活動団体を立ち上げることも考える必要があります。特に地域内の助け合い組織がない地域においては、担い手の養成段階から組織の立ち上げを意識して、研修プログラムを組むことが求められます。例えば、研修参加者の関係を築いていくために、単発講座ではなく4回以上の連続講座とし、研修内容にもグループワークを盛り込んでいくこと、また受講者募集の段階から将来助け合いのグループを立ち上げていくために講座を開講することを伝えておくことも考えられます。さらにはどのような活動を行っていく組織にするかによって、研修の内容が異なってきますので、研修企画者の明確な意図が大変重要となります。

そして組織の立ち上げにあたっては、組織の役員体制や規約づくり等、実務的なフォローが必要となる場合があります。これについては活動の担い手となる人々自身が既存の団体や他の先進的活動を行っている人々からアドバイスをもらいながら自分たちで考えていけるように側面的な支援をすることも大切です。コーディネーターがあまり関わりすぎると依存的な関係になり、コーディネーターがいないと活動できないような組織にならないように心掛けた関わりが求められます。

また、新たな組織を作る場合は、地域の状況をよく考慮する必要があります。住民活動の基本的な組織として自治会や町内会がどのような状況かによって、その後の展開が異なってきます。自治会町内会の加入率が高い地域であり、かつ組織の規模が担い手の

確保において十分な大きさであれば、自治会町内会の活動として助け合いを展開していくことが考えられます。しかし、役員が頻繁に交代している自治会町内会では福祉活動の継続が難しくなることもあるため、自治会町内会の中に福祉部会を設置し、会長等の役員が交代しても福祉部会のメンバーが継続しやすい組織にしていくことも考えられます。一方で、自治会町内会の加入率が低い場合は、代わりに助け合い活動を行っていくボランティア・NPO組織を立ち上げていくことを検討する必要があります。例えば、自治会町内会のエリアにあわせたボランティア・NPO組織を立ち上げ、自治会町内会との連携・協力をかなり重視していく場合や、自治会町内会のエリアにこだわらず、自分たちのできる範囲で活動を展開していく組織にしていくことも考えられます。また地域によっては、社会福祉協議会が小学校区や中学校区を範囲とした住民組織の立ち上げを支援し、住民主体の活動を推進している場合もあり、このような学校区を範囲として組織を立ち上げていくことも有効な場合があります。いずれにしても、これまでの地域活動がどのような状況であるかを把握した上で、地域にとって本当に必要な組織は何かを考えることが大切です。そして地域住民や関係する専門職と話し合い、合意を形成しながら組織化を進めていく必要があります。これまでの行政のコミュニティ政策や社会福祉協議会の小地域福祉活動の推進方策を踏まえて進めていくことが求められます。

(10) 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、福祉に必要な財源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ったりすることもあります。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。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

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の見守り活動を行っている地域もあります。学校や教育委員会、商工会議所、観光協会、農林水産業の活動状況など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、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。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。

社会資源開発演習シート

解決したいニーズ			
開発したい社会資源			
開発を検討する機会			
地域全体における ニーズ把握の方法	対象		
	方法		
開発のために 連携する機関・人々	【フォーマル】		【インフォーマル】
担い手の 発掘・養成の方法			
準備作業のプロセス	時期	内容	
必要経費			
資金調達方法			

V. 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

ここでは、コーディネーターが機能と役割を発揮するために、踏まえておくべき高齢者の生活支援ニーズの内容と生活支援等サービスの現状について整理し、今後取り組むべき課題にはどのようなものがあるのかについて具体的に見ていきます。なお、ここでの高齢者とは、要支援認定者、介護予防・生活支援等サービス事業対象者及びこれに至らない見守りや声かけが必要な全ての高齢者です。

(1) 日常生活における高齢者の不自由さ～「あると助かる」

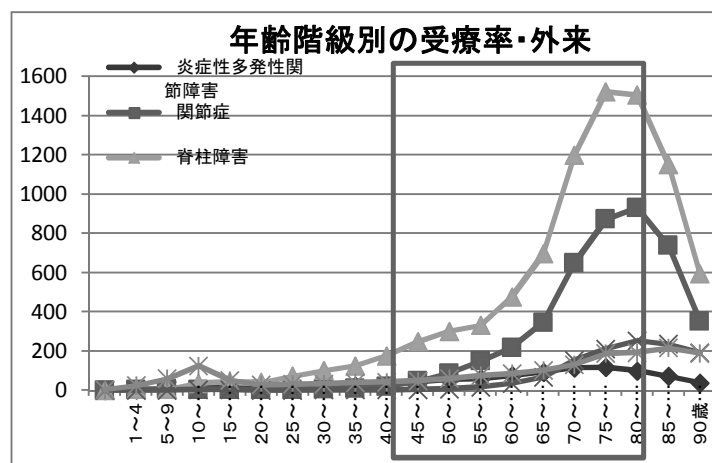
高齢になると、掃除、洗濯、調理、買物など日常生活を営むうえで不可欠な家事等に様々な不自由を感じるようになります。

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いいます。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、などということもあります。

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（資料 33）。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います。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ていたり、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。

資料 19



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（資料 34）を参考に、見ていきたいと思います¹⁾。

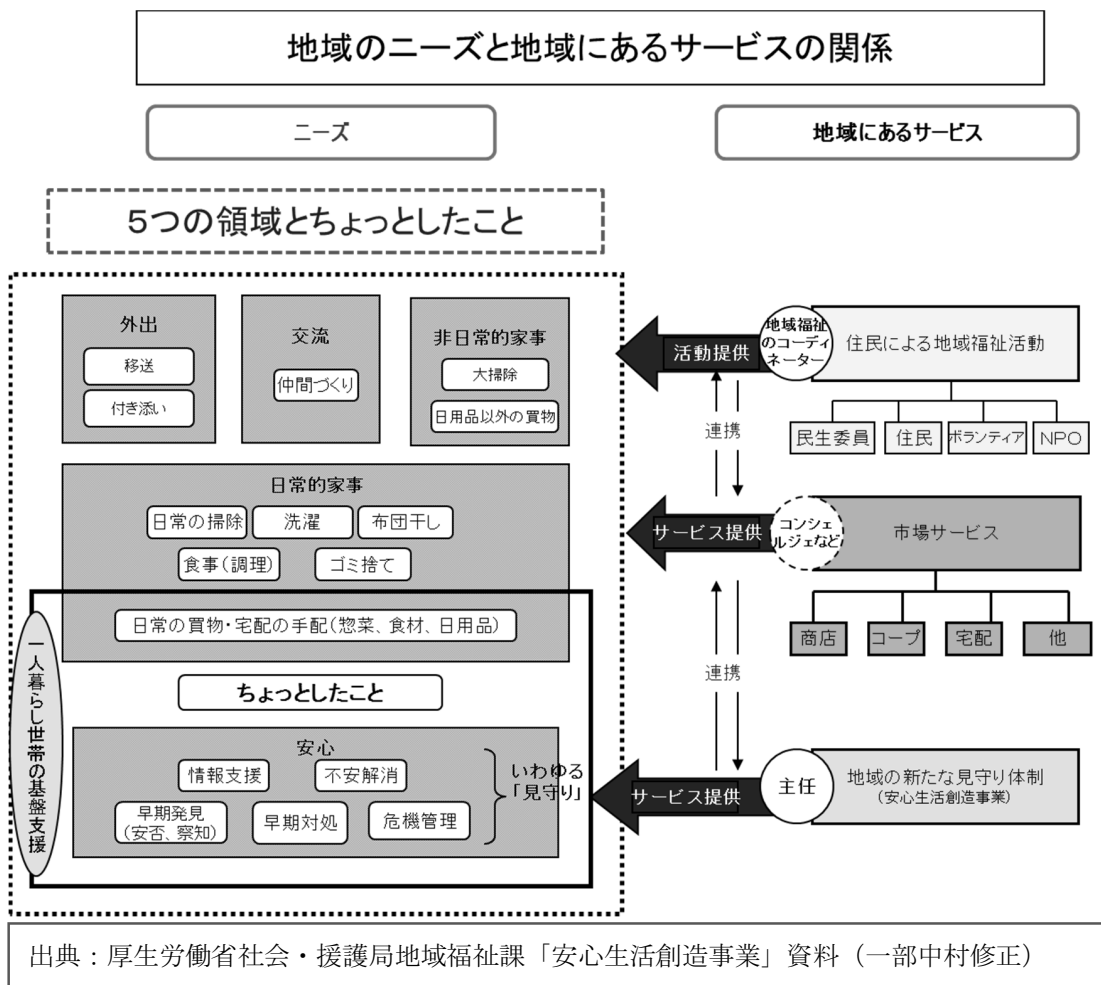
この整理によると、生活をうまく営むためには、「５つのこと」と「ちょっとしたこと」をこなすことが必要だといえます。「５つのこと」とは、自分の存在を気にかけていてくれる人がいる「安心」の確保、買物や掃除、調理、布団干しなどの「日常的な家事」、通院や買物などの「外出」、友人知人等との「交流」、大掃除や家電製品の買物など「非日常的な家事」のことで、「ちょっとしたこと」とは、蛍光灯の交換や固い蓋の開け閉めなどのような日常生活で不意に起こるようなことです。そして、この「５つのこと」と「ちょっとしたこと」は、どれも生活の上で必要なことですが、その中でも「安心」の確保は基盤であり、最も重要で不可欠なものだと整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

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、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か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～「あると助かる」

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そうですが、生活支援等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持つ生活支援等サービスを、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⁾。高齢者の生活支援等サービスの充実には、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。



(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

このようにみていくと、高齢者の生活支援ニーズは、次の3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。1つ目は、高齢者本人の「あると助かる」状態からくるものです。2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です。3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等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、生活支援等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2つの方法がとられてきました。

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となり、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、予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優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お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いわれます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、予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、もともと配食サービスは、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、食事と安否確認の提供を主とした毎日型、地域社会との交流と介護予防に主眼のある週1回型など地域により様々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せんが、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、それぞれに長所や短所があります。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得る最適な形を求めている、地域での検討が必要といえます。

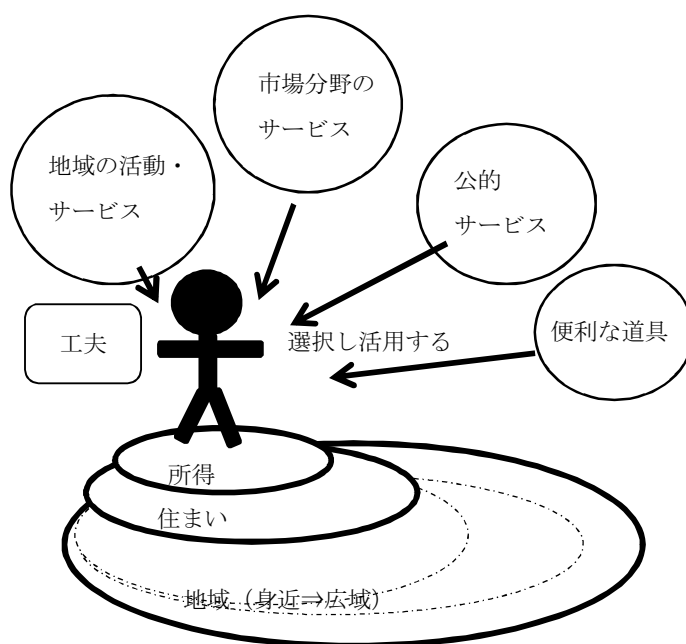
（５）高齢者の生活における自立の姿

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いることもあるかもしれません。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。

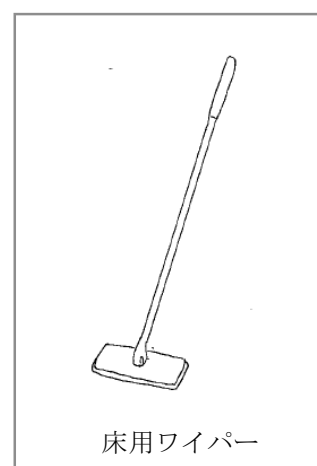
例えば、高齢者世帯を訪問すると、掃除機をかけるのは大変だからと、床用ワイパー（参考１）や粘着ロールに代えたり⁵⁾、洗濯ものを干しやすいよう廊下に低く物干し竿を設置してあったり、買物が大変なので、缶詰やレトルト食品など日持ちのする食料を多めにストックする、食事は、自分で作ったり、配食サービスを利用したり、出来合いの総菜を買ってきたりといった複数の方法を組み合わせて飽きないように確保しているとか、近所の知り合い数人とタクシーに乗り合わせて買物に行き、タクシー代を節約しているという例もあります。月に数千円を自分で積み立てて、年に１回便利屋に、床磨きや換気扇掃除など普段できないことを依頼しているという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

資料 21

生活方法の工夫・道具の活用・生活支援等サービスの活用のイメージ



（参考１）



作成：中村

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⁾。このように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（資料 35）。

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を維持できるように支援することは、自助支援であり、介護予防としても有力な方法です。

2. 発達する道具（生活支援用具）と生活支援等サービス

（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し、介護予防にも資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のでしょうか。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、既にか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、炭バサミ（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際に利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）

（参考 3）



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のでしょうか。

（２）高齢者と生活支援等サービスの活用

生活支援等サービスについてはどうでしょうか。

生活支援等サービスは、地縁団体、ボランティア団体、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）地域の生活支援等活動・サービスと市場分野の生活支援等サービスの特徴

生活支援等サービスは、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（地域の生活支援等活動・サービス）と市場によるもの（市場分野の生活支援等サービス）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地域の生活支援等活動・サービス

地域の生活支援等活動・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、日常の支え合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。地域の生活支援等活動・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等サービス

市場分野の生活支援等サービスは、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等サービスは、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等サービスの利用は、今後一層の広がりをみせると予測されています⁹⁾。

また、市場分野の生活支援等サービスは、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. 高齢者の生活支援等サービス活用上の課題と支援の方法

(1) 生活支援等サービスの地域差と情報の散在

生活支援等サービスは、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、メニューが揃っていないとか、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。

生活支援等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揃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のでしょうか。

一般的に、生活支援用具や生活支援等サービスの活用は、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、自分の必要に応じて最適な生活支援用具をうまく選べ、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わないのではないのでしょうか。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等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等サービスの情報を、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、現在活用できる生活支援等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、対応でき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、生活支援等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。

生活支援等サービスの把握は、地縁団体、ボランティア団体、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等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ケースが多いので、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等サービスは、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、利用し得るものであるか、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等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等サービスは、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。

例えば、地域や市場分野の生活支援等サービスに馴染みのない高齢者が、利用イメージを持てるように、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等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おうといった支援も、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つ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。生活支援等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等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（コミュニティカフェや居場所等）・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

既存の生活支援等サービスでは、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不可欠です。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お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、それが生活支援等サービスの役割を担っている例もあります。生活支援等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たり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。

生活支援等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等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います。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、生活支援等サービスが、必要な高齢者に漏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「あると助かる」状態や気持ちから生まれてくるものだと思います。そのような高齢者に普遍的ともいえるニーズに対して生活支援をどのように整備すべきか、「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等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」ことを踏まえ、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 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等サービスに関する資源アセスメントを行い、介護保険制度内であるかどうかに関わらず、幅広く把握することが重要。
- ② しかし、高齢者の生活支援等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。
- ③ そのため、介護予防・自助支援の観点からも生活方法の工夫、生活支援用具や生活支援等サービス情報が必要な高齢者に漏らさず届くような環境整備が求められている。
- ④ そのうえで、不足するサービスは、地域、市場分野、市町村等幅広い主体によって開発を進める。
- ⑤ 生活支援等サービスのメニューは、「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」）を備えていることが必要。
- ⑥ 生活支援等サービスの提供には、包括的な方法と単品サービスで対応する方法があるが、それぞれ長所短所があることから、その特徴を踏まえて整備、提供する。
- ⑦ 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。

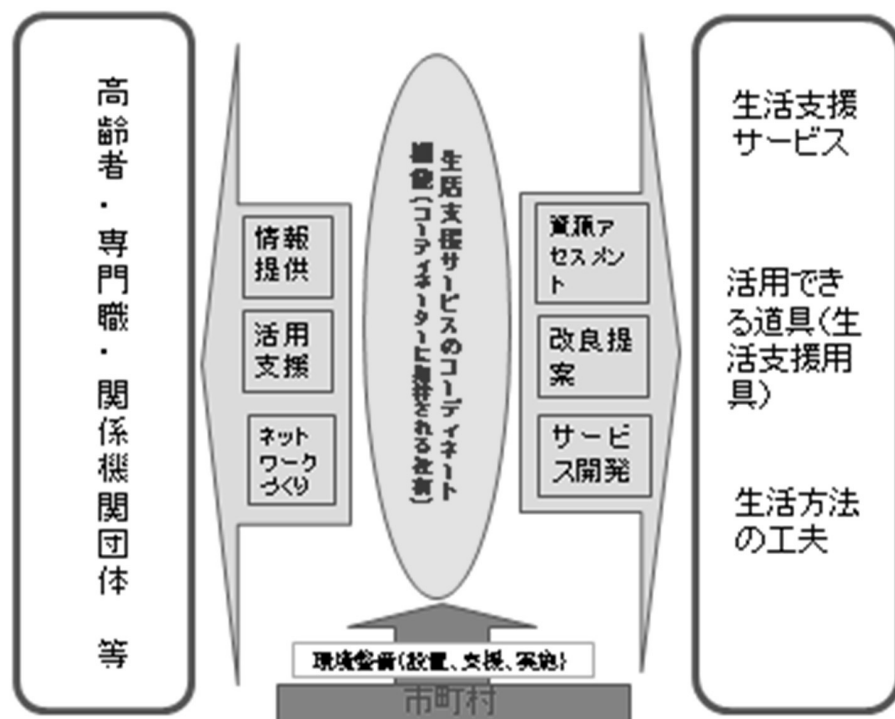
高齢者の自立生活支援の前提には、生活方法の工夫、生活支援用具や生活支援等サービ

スに関する情報が必要な高齢者に漏らさず届くような介護予防環境が整っている状態であることが求められます。そのためには、現在の生活支援等サービスの課題（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等サービスの活用が支援できるよう、地域の状態を整えていく必要があります。

コーディネーターは、市町村区域（第1層）あるいは日常生活圏域（第2層）において、「資源開発」「ネットワーク構築」「ニーズと取組のマッチング」の機能を担う者として配置されますが、そこには、その前提となる介護予防環境を整えていく機能も併せて期待されていると考えてよいでしょう。

資料 22

生活支援サービスの把握、開発、活用支援イメージ



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」としていますが、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」と表記しました。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ます。
- 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」をつくる必要があること、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 p 20－33）
- 3) 中村美安子（2004）p 66、p 70－71
- 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ます。
- 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』 p 63 - 71

**(参考)生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)
指導者養成事業 企画委員名簿**

※50音順、敬称略、◎は委員長

所属及び役職	氏 名
特定非営利活動法人 全国コミュニティライフサポートセンター 理事長	池田 昌弘
長野県 健康福祉部 介護支援課計画係 主事	小林 志伸
公益財団法人さわやか福祉財団 理事長	清水 肇子
日本大学 文理学部 社会福祉学科 教授	諏訪 徹
社会福祉法人全国社会福祉協議会 地域福祉部 部長 全国ボランティア・市民活動振興センター所長	高橋 良太
松戸市 介護制度改革課 課長	中沢 豊
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
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
ルーテル学院大学 名誉教授 コミュニティ人材養成センター所長	和田 敏明 ◎

<事務局>

厚生労働省老健局振興課 課長補佐	谷内 一夫
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係 主査	寺崎 譲

