平成 27 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

平成 27 年 7 月～9 月

平成 27 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　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）・・・・・・・・・・・・・・・25

Ⅲ　サービス開発の方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37

Ⅳ　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・・・・・・・・・・・・・・・・・55

Ⅴ　高齢者の生活支援ニーズと生活支援サービス ・・・・・・・・・・・・・・・・65

参考資料 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・79
「生活支援コーディネーター及び協議体とは」
～その目的、仕組み及び養成について～・・・・・・・・・・・・・・・・・・・81

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 ・・・・・・・・・・・115

研修映写用資料 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・159

関係団体テキスト紹介 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・221

コーディネート機能及び協議体の構築に関する実践事例 ・・・・・・・・・・・223

委員名簿 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・269

平成２７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　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する。

〇研修スケジュール

※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。

1日目	研修内容	
13:00～13:05	開会挨拶	
13:05～13:35 （30 分）	「生活支援コーディネーター及び協議体とは」 ～その目的、仕組み及び養成について～	行政説明
13:35～14:25 （50 分）	生活支援コーディネーターと協議体に期待される機能と役割 ・コーディネーターと協議体の活動理念 ・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 ・生活支援等サービスの体制整備における市町村の役割 ・都道府県の役割	講義
14:25～14:35	休憩	
14:35～15:05 （30 分）	高齢者の生活支援ニーズと生活支援サービスについて ・高齢者の生活支援ニーズ ・発達する道具と生活支援サービス ・高齢者の生活支援サービス活用上の課題と支援の方法	講義
15:05～17:05 （120 分）	高齢者に係る地域アセスメントの手法について ・地域アセスメントの意義 ・地域アセスメントの方法 ・地域アセスメントの留意点	講義 演習
17:05～17:20	質疑応答	
2日目	**研修内容**	
10:00～12:00 （120 分）	サービス開発の方法について ・サービス開発の意義 ・サービス開発の仕組みづくり ・サービス開発のプロセスと方法 ・サービス開発の留意点	講義 演習
12:00～13:00	昼休憩	
13:00～15:05 （125 分）	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 ・生活支援コーディネーターの視点 ・生活支援コーディネーターの役割 ・生活支援コーディネーターの視点で行うアセスメント ・生活支援サービスを推進・開発する上での生活支援コーディネーターの視点	講義 演習
15:05～15:20	質疑応答	
15:20～15:30	閉会挨拶	

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）】

■「地域介護予防活動支援事業」が中核

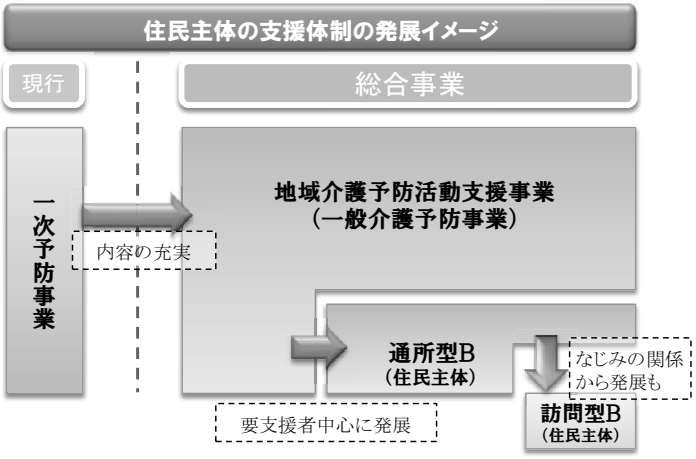
従来の一次予防事業は、意識啓発等の「介護予防普及啓発事業」が中心であったが、総合事業では、地域における住民の主体的な取組みの育成・支援を行う「地域介護予防活動支援事業」が中心的な事業となる。
また、現行の一次予防事業の類似の事業については、週に1回の活動を複数回に増やす、予防的な要素を組み込むなど、助成の交付も含め、目的にあった取組に強化・改善することが求められる。

■ 要支援者中心のサービスに発展させ通所型Bを整備

一般介護予防事業の利用者は全ての高齢者を対象としているが、初期の段階では元気高齢者の利用が多いと考えられる。要支援者相当の利用者が増えていく過程で、通所型B（住民主体の支援）への発展的な移行も考えられる。

■ 通所型Bから訪問型Bへの発展

訪問型Bは、生活支援を住民主体で行うものであり、信頼関係やなじみの関係が重要な前提となる。通所型B（住民主体）の継続的な運営により住民間のなじみの関係が構築されると、簡単なゴミ出しや買い物支援などを提供する訪問型Bに発展することが期待される。



※留意点
例示は、あくまで典型的な支援やサービスのイメージを示すもので、各地域における生活支援体制は、地域の状況を踏まえて創意工夫のもとに開発されるものであり、その姿は、地域毎に異なるものとなることが予想される。
また、示しているもの以外の発展パターンをとることも充分に考えられる。

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っ

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。

■ **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、高齢者の状態にあわせて支援の内容を柔軟に変化させる仕組みへの転換。

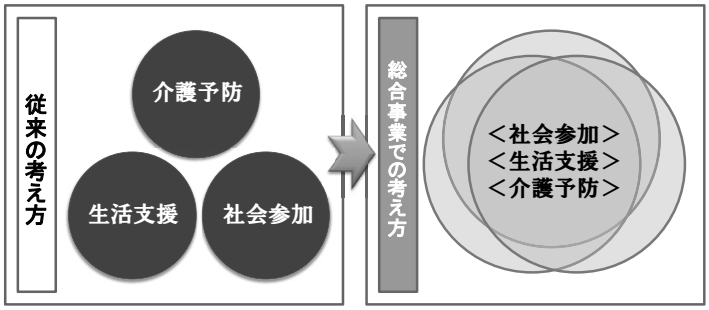
■ **年齢や心身の状況等によらず、生きがい・役割をもって生活できる住民主体のネットワークの形成**

“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。

■ **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。

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、自分たちに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

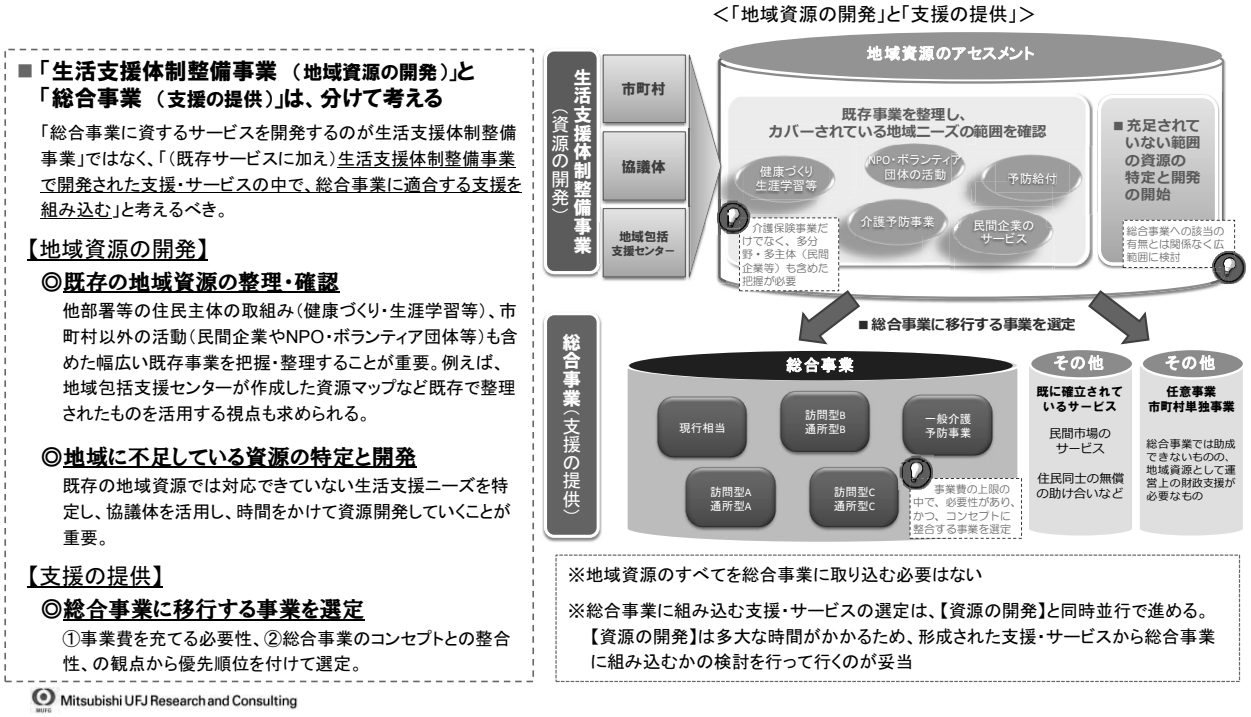
第１層及び第２層のコーディネーターの活動は、市町村全域及び日常生活圏域（中学校区域等）において利用者のニーズに合った生活支援等サービスが行われるように、既存の資源を把握し、地域に不足するサービスの創出やサービスの担い手の養成等の資源開発や関係者間の情報共有やサービス提供主体間の連携の体制づくりなどのネットワーク構築を進めることに重点が置かれます。

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）。

資料3

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

4.「地域資源の開発」と「支援の提供」を分けて考える



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ただきたいと考えている。**（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し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」

などとしつつ、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。

市町村	協議体	コーディネーター
○生活支援サービスの充実に関する研究会の立ち上げ ・関係する主な団体、機関に参画を求め、議論 （例）包括、社会福祉協議会、ＮＰＯ、社会福祉法人、地縁組織、協同組合、民間企業等 ○ニーズと地域資源の把握 ○市町村の方針の決定 ・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、サービス充実の方針の決定 ・（必須ではない）事業実施要綱等の策定 ※研究会の立ち上げはできるだけ早期に行う。 事業計画策定委員会等の活用も考えられる。		
○各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置 ・地域で活動を行う主な団体、機関（生活支援・介護予防の提供主体等）のリストアップ ・団体、機関に協議体への参画を求める ・市町村の方針の周知 ※コーディネーターの適任者がいる場合、協議体とコーディネーターを同時に設置・選出することも考えられる。 ※以後、適宜、協議体・コーディネーターを支援	○協議体の活動開始（初期は情報収集等から開始） ・ニーズや地域資源の情報共有、連携の強化 ・情報の集約化による地域課題や実態の把握（地域資源の調査・マッピング等） ・既存のサービスで対応できるものとできないものの仕分け ・既存のサービス、集いの場等の活用 ・開発が必要なサービスの議論 ・地域包括支援センターとの連携	
	○コーディネーターの選出 ・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得る人物をコーディネーターとして選出 ・選出されたコーディネーターを広く関係者に周知 ※コーディネーターが選出されたら、協議体・コーディネーターが中心に実施 ※選出されたコーディネーターは、都道府県が実施するコーディネーター向け研修を受講することが望ましい。	
	○コーディネーターと協議体の連携による生活支援の担い手の養成やサービスの開発 ・生活支援・介護予防サービスへの参加啓発 ・地域に不足する生活支援サービスは担い手の養成に着手（サービスの開発） ・人材（ボランティア等）の育成 ・育成したボランティア等が活動する場所の確保	

※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ので、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ー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考えています。

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。

既存の職員が兼務を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-ターの役割を効果的に果たすことができる職種や配置場所を、市町村が中心となって、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を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しての財政支援を想定し、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とのことだが、どのようなメンバーに声がけをすれば良いか。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になります。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

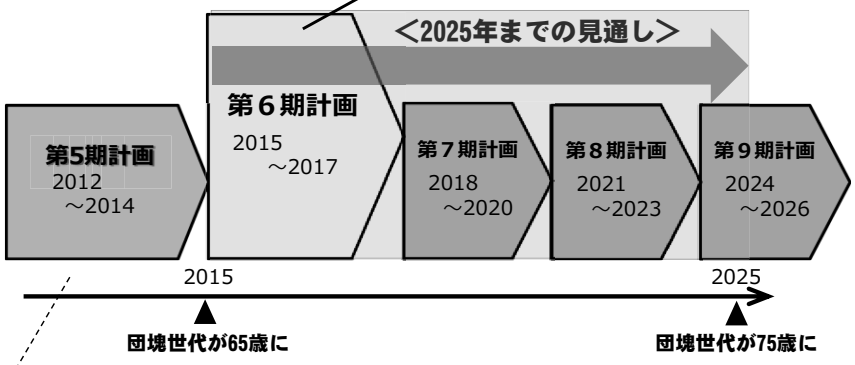
村は、介護サービス需要や財政等についての現状、見通しなどについての情報を積極的に住民に提供し、目指す地域づくりの方向性を住民と一緒に考えていくことが求められています。今般の介護保険制度改正の中で、2015 年度からの開始される第６期計画から 2025 年までの、サービス・給付・保険料の水準の中長期的な推計値について、市町村が介護保険事業計画において定めることを努力義務とした（介護保険法第１１７条第２項第３号）ので、この制度等も積極的に活用することが望まれます（資料１１参照）。見える化、問題提起、規範的統合といった言葉は、こうした市町村の役割を説明したものです。

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。



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

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～

ー 情報の収集・整理 ー

■ 地域資源の整理、既存事業の現状把握

- 総合事業実施に向けた検討体制を早期に構築するため、まず、**協議体の設置に向けて取り組むことが必要**。
- 地域包括支援センターの職員の理解を得つつ、これまで**センターが作成した資源マップ等の情報の蓄積を活用し、できる限り既存の地域資源を整理**。
- 庁内の健康づくり、生涯学習、市民協働、まちづくりといった担当課にも説明し、民間企業やNPO・ボランティア団体等の事業も徐々に整理していく。その中で、地域とのつながりがあり人材の発掘や育成に適任の人材がいれば、生活支援コーディネーター候補として検討することも考えられる。
- **従前の予防給付や介護予防事業の費用・サービス提供内容等の状況を把握**。その際には、事業費の上限は原則の上限のほかに、選択可能な計算式、移行期間中の10%の特例等が設けられていること等を踏まえ、**費用見込みを大まかにたて、移行時期や移行後の事業内容の検討も行う**
- **ケアプランの分析等を通じ現在のサービス提供内容の分析を行い、協議体での今後の総合事業の事業展開の検討の材料**としていくことも有効。

ー 関係機関・団体への働きかけ ー

■ 関係機関との市町村の方針共有

- 生活支援サービスに関係する機関・団体等が参画する研究会を立ち上げ、左記の現状把握で得られた情報を伝達し、市町村から地域資源開発に向けた基本的な方針を提示し共有する。
- 既存会議等も活用し、**最低限必要なメンバーで協議体を早期に立ち上げ、徐々にメンバーを増やす**形式も可
- 【メンバー】市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治体の代表者などに加え、市内全体を営業範囲とする民間企業など

⇒研究会から市町村区域での協議体（第１層）に発展させることも考えられる

第２層協議体は早期の立ち上げが重要

早期に各地域の特性を把握し、地域に積極的に足を運んで住民等との関係づくりを進める必要があるため、第２層協議体の早期立ち上げが重要。

■ 中学校区域等での住民主体の支援体制づくり

- 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、担い手候補の発掘・育成、担い手同士の交流などを図る場をつくる
- 【メンバー】地域住民の顔を知り、実際に地域で住民主体の活動をしている人など

⇒この支援体制を、第２層協議体に発展させていく。

Mitsubishi UFJ Research and Consulting　10

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、やらされ感がない自発的

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、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．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、コーディネーターと協議体が協働し、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、コーディネーターや協議体が中核となり、そうした情報を踏まえたうえ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。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」等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、話を聞きに行く等を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。最近では、自治会や町内会の担い手が高齢化していたり、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うえで、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渡りますが、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うえでは大切なこととなります。

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、連携することや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を与える場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、市民、NPO、企業、行政等の間に立って様々な活動を支援する組織です。具体的には 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等サービスの連絡会組織等を指す言葉です。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ボランティアセンター等を設置していますが、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』等を参照してください。

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、その活動理念を尊重しつつ、企業の協力の申し出を地域で有効に活用するため、協議体に参画いただき、地域の生活支援等の担い手として活動いただくことが、地域にとっては担い手の獲得、企業側にとっては地域の

要望に応じ、利益団体としてではなく社会貢献を行うことができるなど、双方にメリットがあると考えられます。

（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、要支援認定者、介護予防・生活支援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。

上述のような高齢者の方々について、①全体の人数把握と地区別の人数把握、②介護予防サービスの利用状況の把握、③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うえで、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うえ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とりまとめており、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。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となります。

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用紙を郵送して回答者に記入してもらう、あるいは調査員が調査票を持参して聞き取りを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易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、関係者と協議のうえ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うえで、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うえ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自宅を訪問して直接話を聞く方法は、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、対象者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、ワークショップ形式で住民座談会の参加者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方法が有効です。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

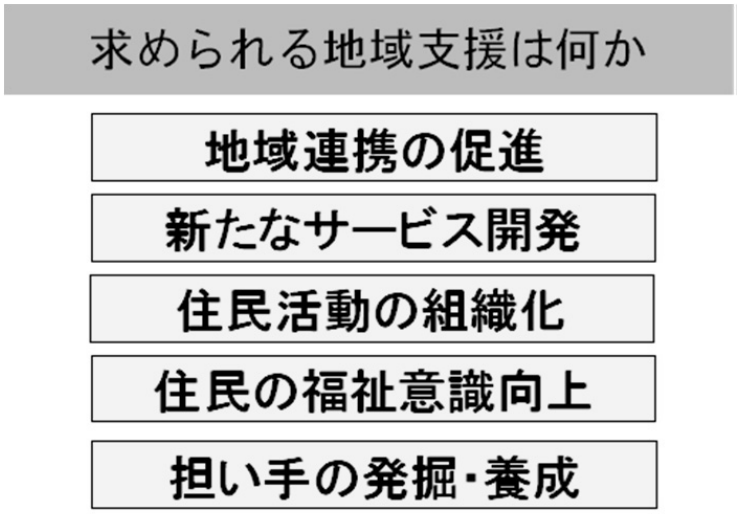
地域アセスメントとして地域内の社会資源の把握を行う場合には、社会資源の有無や名称、場所を把握するだけでなく、相手の機関や団体の中で連絡担当となる方の氏名や連絡方法についても把握することが大切です。社会資源の把握は、支援に必要な連携のために行うものであり、地域連携に生かすための地域アセスメントとして行うことが必要です。そのため、できるだけそれぞれの社会資源の担当者と直接会い、お互いに顔と名前と業務の分かる関係性を築くことが求められます。コーディネーターとして新たに赴任した際には、自分の顔と名前と業務内容を記載したチラシ等を作成して、各機関や団体を訪問していくとよいでしょう。

（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

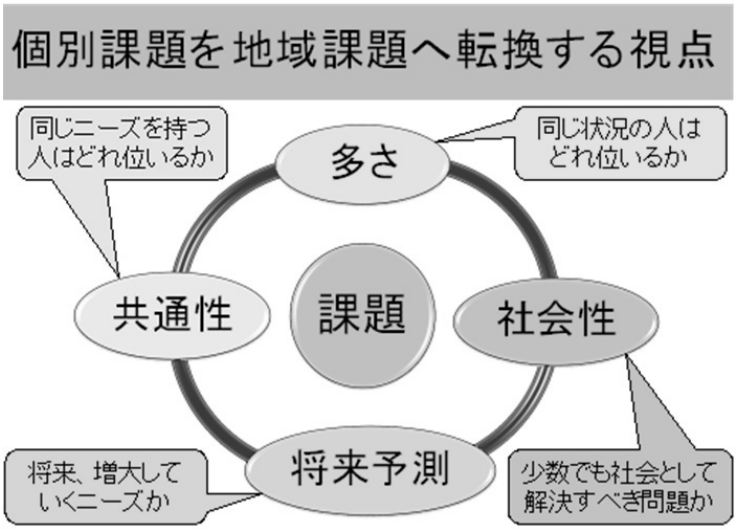
る地域の力を高めていくことが大切であり、具体的な支援として、①地域のネットワークづくり、②新たなサービス開発、③住民活動の支援、④福祉意識向上に向けた福祉教育、⑤担い手の発掘・養成などがあります。コーディネーターとしてどのような取り組みを展開していけば、地域の力を高めていけるかを判断するためにも地域アセスメントを行うことが大切です。

資料15



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というようなことです。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。

資料16



（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うえで、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、様式を整えて記録することが望まれます。なぜなら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らなくなるからです。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、人に関わ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、表現の仕方を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、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つく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。

地域アセスメント基礎情報シートの活用方法

地域アセスメント基礎情報シート（p.34）はコーディネーター自身が活動する地域の基礎情報を把握し、業務に生かしていくためのシートの例です。必ずこのシートを使用しなければならないというものではなく、社会資源の状況も地域によって様々ですので、これをたたき台としてそれぞれの地域状況に即してシートを作成してください。

例示のシートでは、地域の「歴史」や「地域特性」として地理的特徴や交通アクセス状況、生活環境、住宅状況等を整理し、また人口や世帯数など数字で把握できる「基礎情報」を記入するようになっています。また「公共施設」や「福祉・保健・医療機関」については数や施設名と共に地域で取り組まれている活動を特記事項に記入していきます。「地縁組織」や「ボランティア・ＮＰＯ・当事者活動」については、活動内容やキーパーソン等についても把握し、「行政」や「社会福祉協議会」が当該地区で行っている取り組みについても把握し、記入していきます。これらを行ったうえで、「専門職が既に把握している地域課題」を整理し、把握した情報の分析を通して「これからの課題」について関係者とともに考えていくためのシートとなっています。

社会資源把握演習シートの活用方法

社会資源把握演習シート（p.36）は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）を把握する際に整理するためのものです。コーディネーターの養成研修で活用する場合は、事前課題として記入してきてもらい、異なる地域の受講者と把握してきた情報の交換を行う等が考えられます。また事例をもとに専門職や地域住民と一緒に地元の社会資源を整理していく演習として活用することもできます。

社会資源については、「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」に分けていますが、これらの内容についてはテキストを参照し、各地の状況に応じてアレンジして活用ください。

また、「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」という欄を設けています。住民の生活範囲は専門職の担当地域内だけで完結するわけではありません。隣接地域の社会資源を活用していることもあり、また今後活用することも考えられます。そのため、社会資源の把握については担当地域内だけで考えず、広く把握していく視点を養うことを意図しています。また社会資源を把握していく中で、不足していることに気づいた場合に、その気づきを記入できるように「地域になく開発したい」という欄を設けています。

地域アセスメントシート　　作成日

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

公共施設

種別	数	特記事項（施設名、地域開放・地域との共催事業等特筆される活動、ｷｰﾊﾟｰｿﾝ等）
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	数	特記事項（施設名、地域開放・地域との共催事業等特筆される活動、ｷｰﾊﾟｰｿﾝ等）
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		
ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ		
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		

地縁組織

種別	状況（構成人数、加入率・状況、活動内容、歴史、ｷｰﾊﾟｰｿﾝ、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

団体名	活動内容・ｷｰﾊﾟｰｿﾝ等

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			

Ⅲ　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方法を考えて提案し、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となりかねません。

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。確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活動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。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、十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会議開催に向けて、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17

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、全ての場合にあ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（１）～（10）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、参考例となります。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」（p.53）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に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、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。

既存の社会資源を活用した事例とその開始と継続のポイント

資料18

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型の地縁組織を活性化させた事例

■町内会等

鹿児島県鹿屋（かのや）市　打馬（うつま）町内会（約550戸）

- ある高齢者からの要望をきっかけに、民生委員の呼びかけに打馬町内会長が応え、公民館を使ってのサロン活動が始まった。活発な活動は地域の多くの高齢者のいきがいとなっているほか、助け合い活動の素地にもなっている
- 平成22年に社協の地域福祉推進事業のモデル地区となり、地域のニーズを調査した結果、「打馬あんしん安全見守り隊」を組織しての見守り・声かけ活動や、電球の取り替え等生活を支援する助け合い活動が始まった
- 平成26年5月、認知症者や家族への支援活動として、鹿屋市内で初の高齢者徘徊模擬訓練を実施するなど、福祉に関する意識が高い

市の人口	約　108,000人
高齢化率	24.80%

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料19

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型の地縁組織を活性化させた事例（続）

沖縄県那覇市　市営真地（まあじ）団地　自治会（約380戸）

- 平成22年、団地の集会所を利用したデイサービスの利用者が女性に偏っていたことから、男性高齢者の地域参加の場を設けるべく毎週金曜日百円でランチを提供する「百金食堂」を開設。口コミで話題になった結果、若い世代や団地外の近隣住民も集まる多世代共生の場となった。夏休みには多くの子どもで賑わっているほか、ボランティアには地域若者サポートステーションや小規模作業所等さまざまな団体が協力している
- 住民の買い物支援のための移動スーパーの招致活動や、移動サービスなどの活動も行っている

市の人口	約　322,500人
高齢化率	19.10%

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料20

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型の地縁組織を活性化させた事例（続）

東京都立川市　都営大山団地　自治会（約1,600戸）

- 女性自治会長がリーダーシップを取り、「全世帯名簿」を作成、高齢者・子どもの見守り、安心コミュニティー形成活動を行っている
- 平成11年、大山MSC（ママさんサポートセンター）を設立し、子育て支援や高齢者支援に関しても積極的な活動を行っている
- 年平均 30 人位の葬儀がある。自治会メンバーが葬儀ボランティアのメンバーになり、非常に安い費用で自治会葬を行っている。自治会加入率100%

市の人口	約　179,100人
高齢化率	21.40%

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料21

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型の地縁組織を活性化させた事例（続）

岐阜県各務原市（かかみがはら）　社協・緑苑連合支部（約2,100戸）

- 高度経済成長期に造成された新興住宅地で、その時期に各地から転入した 世代が高齢者となる時期を迎えたため、単身世帯が増加し、ご近所付き合いが希薄で孤立化してしまうケースが一気に増えて、地域の課題となっていた
- 社協・緑苑連合支部では、地域交流通貨「グリン」による助け合い活動や、絵手紙をお届けする高齢者とのふれあい交流活動などを展開してきたが、さらに一段と広く住民間の交流をはかるため、空き家を借り、常設型の拠点「ふらっと」をオープンした。子育て中の親子の集い、いろいろな趣味を楽しむ集い、手作り料理での食事会、住民の作品　展示を行うなど、幅広く地域住民が
ふらっと立ち寄れる集いの場となっている

市の人口	約　148,600人
高齢化率	23.20%

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人さわやか福祉財団

（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。ニーズの内容や量によって、サービスの内容や提供体制が異なります。例えば、高齢者やその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、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現実的と思われます。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というものでなく、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と、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、予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、要支援の高齢者の生活支援をテーマにするならば、高齢者の心理や社会関係、生活ニーズなどを学んだうえで、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がけた関わりが求められます。

担い手を組織化した事例とその働きかけの手順について

資料22

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型地縁組織をベースに新型組織をつくった事例

■ 町内会・自治会の活動の枠にとらわれず、有志が集まって、テーマ型の助け合い活動の組織をつくっている

埼玉県 上尾市（あげお） 尾山台団地自治会（約1,100戸） ➡ **NPO法人ふれあいねっと**

- 団地自治会の助け合い活動に対し、団地外の住民からもニーズがあったため、NPO法人を立ち上げた
- 家事援助・子育て支援や付き添い付送迎サービス等を行う会員制組織「たすけあい友の会」の活動をNPO法人に移行したほか、団地内の空き店舗を借り上げて「ふれあい食堂」を開業したり、センサー付電子機器による24時間見守りサービス等の活動を行っている

市の人口	約　228,200人
高齢化率	23.60%

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料23

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型地縁組織をベースに新型組織をつくった事例（続）

北海道登別市　幌別鉄南地区町内会（ほろべつてつなん）（約1,200戸） ➡ **NPO法人「ゆめみ～る」**

- 町内会の福祉活動の枠を広げ、幅広い地域活動を展開するため、登別市幌別鉄南地区の有志がＮＰＯ法人を立ち上げ、旧コンビニエンスストアを改装し、食堂をオープン。広さ４０坪。席数６０席で、メニューは、手打ちそば、定食、有機栽培コーヒーなど
- 店舗の２階を利用し、高齢者のための「ふれあいいきいきサロン」や、子育て中の親と子どものための「ふれあい子育てサロン」を開いている。毎週土曜日に、店頭で朝市を開いて産地直送の野菜、果物、鮮魚、水産加工品を販売。高齢者の見守りとして配食事業を行い、配食時には声をかけて安否確認

市の人口	約　50,700人
高齢化率	29.50%

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料24

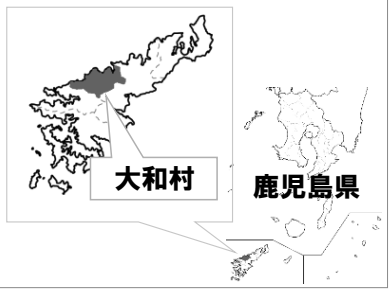
新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型地縁組織とは別に新型組織をつくった事例

■ 自由な形で地域の有志が集まって、組織をつくっている

鹿児島県大和村（やまとそん）　名音集落（なおん）（約110戸）　**「のんティダの会」**

- 平成23年、地域包括支援センターの呼びかけで行った「支え合いマップ」作りが契機となり、男女15人で助け合い組織「名音（のん）太陽（ティダ）の会」を結成した
- 空き倉庫を改修して居場所をつくり、毎週土曜日に定例のサロン「のんティダ喫茶」を開いて地域の交流拠点となっている。また、草刈りや出前散髪などの簡単な家事援助や、「孤独死を一人も出さない」ための見守り活動を黄色の旗を使って行っている



村の人口	約　1,700人
高齢化率	37.10%

資料25

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

従来型地縁組織とは別に新型組織をつくった事例（続）

山形県東置賜郡川西町吉島地区（ひがしおきたま）（約750戸）　**NPO法人きらりよしじまネットワーク**

- 平成14年、5人の住民が地域の将来についての危機意識を共有したことをきっかけに、周囲の住民に働きかけを開始。平成16年、地域にある各種団体が、それぞれに「将来的な会計の一元化と地域全体でのNPO法人格の取得」を決議し、全世帯加入のNPO法人の設立が決定された
- 同年、地域住民が広く参加するためのワークショップを開始、多くの住民が話し合いに参加し、30年先を見据えた地区計画を策定した
- 自治会、商工会、地区社協などもNPO法人の部会の中に組み込まれ、各部会に分かれた組織の中で各種の事業を展開している

町の人口	約　16,600人
高齢化率	31.14%

（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、寄付そのものが活動を伴わない社会参画であるという視点も取り入れ、多くの参画者を確保することも重要です。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に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変わってきます。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

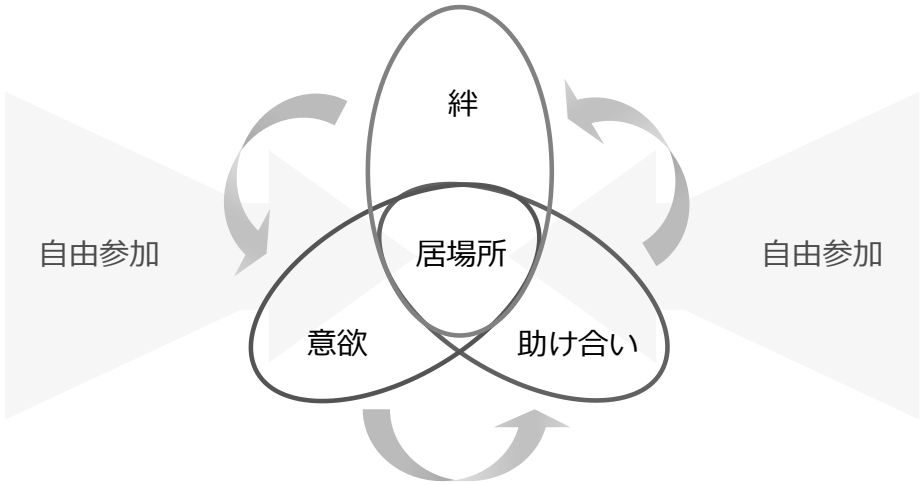
きる専門職なのです。

サービス開発の事例として居場所に係る留意点等

資料26

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

1. 居場所とは？



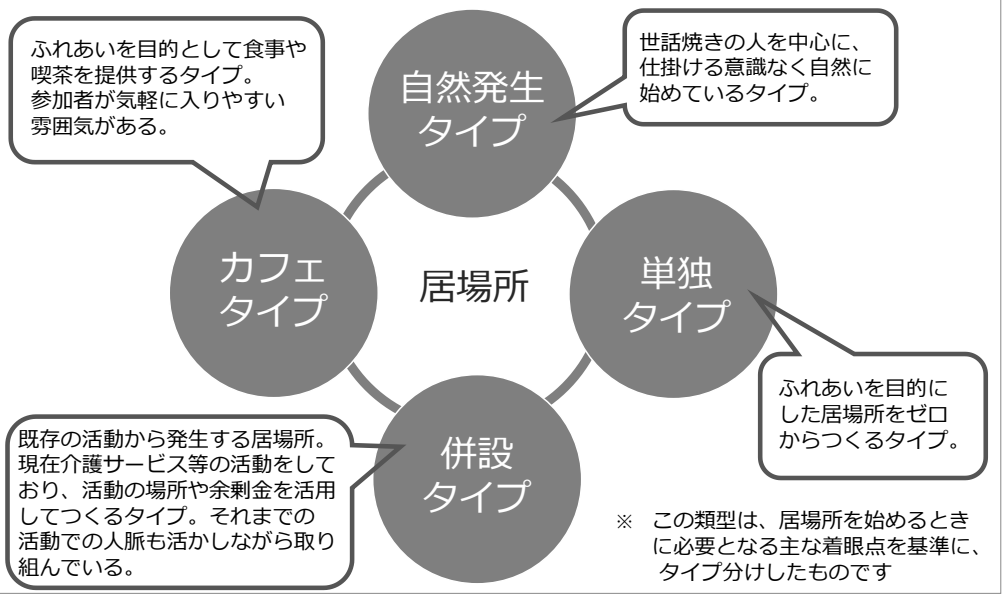
居場所は地域に住む多世代の人々が**自由に参加する場所。**そこにおける主体的な人との交わりによって**生きる意欲**が高まり、**それぞれの間の絆（共感）が生まれる**とともに、それが様々な**助け合いに発展**する。また、来られなくなった人を訪ねる訪問型居場所になることもある

新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料27

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

2. 類型

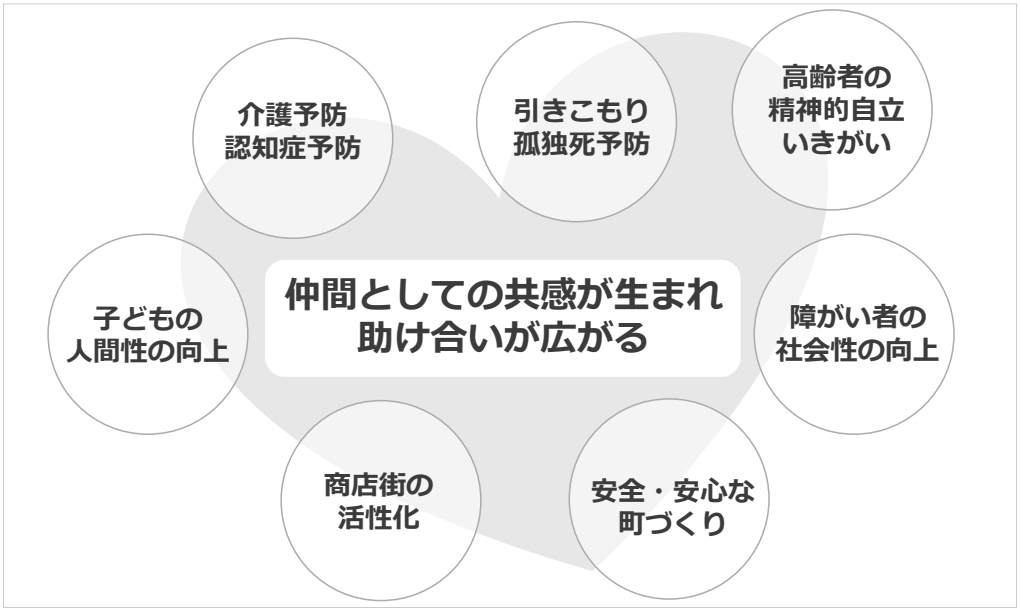


新地域支援　助け合い活動創出ブック　　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料28

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

3. 効果

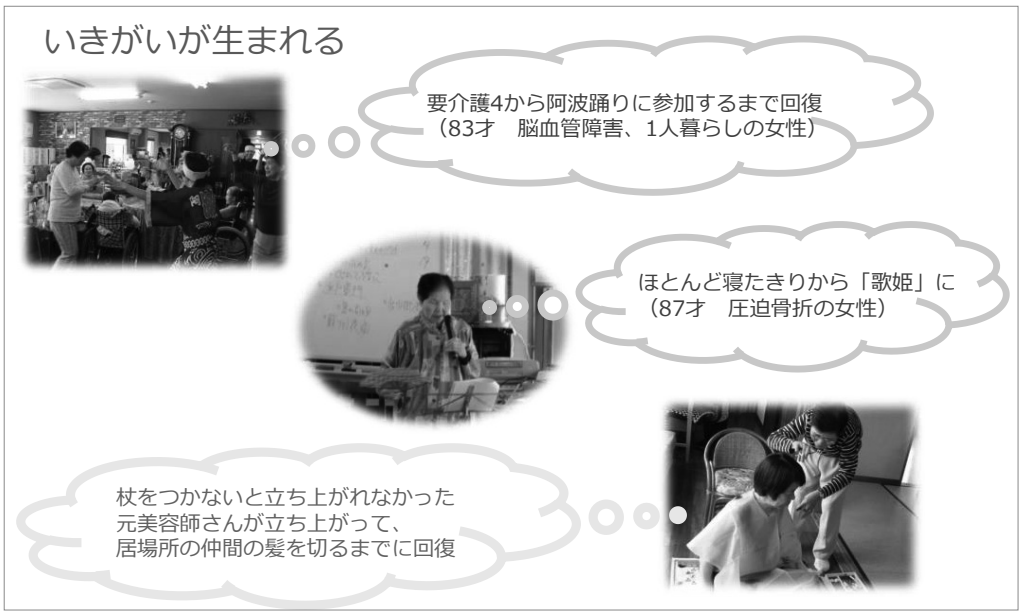


新地域支援　助け合い活動創出ブック　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料29

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

3. 効果（続）



新地域支援　助け合い活動創出ブック　公益財団法人 さわやか福祉財団

資料30

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

4. 立ち上げ支援

居場所のニーズが
認められれば・・・

旗振り

例えば、総合計画等に入れてもらうと、立ち上げる人が動きやすくなる

人材を発掘

- 勉強会の開催
  実践者を講師にすることで、想いが伝わり、住民の心を動かす

立ち上げる人の類型選択にアドバイス

立ち上げの支援

- 場所探しの協力
  （空き家、空き部屋、空き店舗や公民館等）
- 当初の設備整備費の調達に協力
- 自治会、老人クラブ、民生委員、NPOなどとつなぐ　など

運営の支援

- 保健師等地域の関係者の協力を取り付け
  －保健師は現場で必要な人に居場所の情報を伝えることができる
- 広報
  －行政が広報することで、住民への信頼性や認知度が高まる
- 活動保険の費用などの調達に協力する

居場所の普及

- 事例集の作成
  居場所の普及のため
- 交流会の場を提供
  実践者などが集い、情報交換のできる場をつくることにより、悩みを解決し、居場所を広げ、活性化させる

資料31

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

5. 立ち上げの留意事項

ひと

- ２人からでも、３人からでも始められる

もの

- ベンチが１つあって人が集まりおしゃべりがはじまれば、居場所になる

おかね

- 居場所はまとまった資金がなくても始めることができる

情報

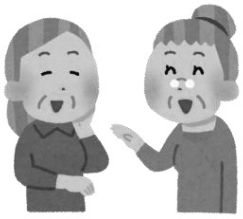
- 参加者を集めるには、特に宣伝はしなくても、口コミで集まってくることが多い

資料32

新地域支援　助け合い活動創出ブック
（公益財団法人さわやか福祉財団 資料）

6. 運営に関するアドバイス

なるべく仕切らないこと！



- みんなが主役。みんながつくる
- テレビはつけない
- プログラムありき、にはしない
- 誰が来ても、「あの人、誰？」という目で見ない

みんなでやることの一例

- ものづくり
- 生き物や植物を育てる
- おいしい食事

サービス開発演習シートの活用方法

サービス開発演習シート（p.53）は、コーディネーターの養成研修やコーディネーターが専門職や地域住民とともにサービス開発について話し合う際に活用することを想定しています。各地の状況に応じて演習シートをアレンジして活用ください。以下、シートの項目ごとに解説します。

■解決したいニーズと開発したいサービス

サービス開発は既存のサービス等では対応が難しいニーズに対応していくための取り組みです。そのため、まずは解決したいニーズを明確に整理することが大切です。この時のニーズは、本人や家族が表明しているニーズと専門職の見立てによるニーズのどちらでも構いません。その上で、このニーズを解決するためのサービスとして開発したいものを検討していきます。新たに開発したいサービスとして様々な方策が考えられる場合もありますが、この演習シートでは一つの方策に絞り込んで検討していくことになります。

■開発を検討する機会

こちらはサービス開発を検討する会議としてどのような機会が活用できるかを考えるものです。高齢者支援の関係では、地域ケア会議やコーディネーターが関わる協議体が考えられます。また高齢者支援だけでなく広く地域全体で取り組む問題であれば、他の会議の活用が考えられます。自らが働く地域でどのような検討の機会があるかを把握し、活用していく視点を養うための欄です。

■地域全体におけるニーズ把握の方法

こちらは個々のニーズ把握ではなく、解決したいニーズを持つ人々が地域全体においてどれくらいいるのか、またニーズの状況はどのようになっているかを把握する方法を考えるためのものです。例えば、通院に困っている人々が多く、通院支援のサービス開発を検討したいということであれば、調査の「対象」として考えられるのは、医療機関までの距離が遠い地域で暮らしている人々や、高齢者のみ世帯等のように同居者による車での通院が困難な世帯等になります。そしてそれらの人々に対してどのような「方法」で調査を行うかを検討します。例えば調査の内容としては、単に通院に困っているかどうかだけでなく、①いつ、②どこへ、③どのように、通院しているかを細かく把握することが必要である等を検討します。そして、介護保険サービスを利用している世帯なら介護支援専門員やホームヘルパーが訪問した際に聴き取り調査をしたり、または社会福祉協議会や民生委員等に協力を依頼することも考えられます。新たに開発するサービスが本当に必要とされるサービスとなるためにとても重要な部分です。

■開発のために連携する機関・人々

解決したいニーズや開発したいサービスの内容によって、連携する機関や人々が異なります。ここでは連携すべき機関・人々を検討していきますが、フォーマルとインフォーマ

ルを区別する際には、演習参加者の捉え方が様々であるため、用語の定義が必要となります。例えば法律や制度に基づくものをフォーマル、逆に法律や制度に基づかないものをインフォーマルとして整理することもできます。

■準備作業のプロセス

いつまでにサービスを開発するかを意識して、それに向けた段取りを考えていきます。例えば住民による助け合い活動を生み出していくためには、関係者への説明、学習会の開催、担い手の発掘と養成、ニーズ調査、組織の立ち上げ、活動の周知など地域の状況に応じて段取りを考えていくことになります。

■必要経費と資金調達方法

コスト意識を持つことをねらいとして、サービスを開発し運営していくためには、何にどれ位の費用がかかるかを考えていきます。そして必要な経費を明確にした上で、そのための資金を生み出していく方法を考えます。その際には、行政からの補助に頼らないという条件をつけて話し合うことで多様な方法のアイデアを出し合うとよいでしょう。

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		

Ⅳ　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の中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つながります。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がわからない等、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に聞き出し、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く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ったります。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はなく、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いても、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“を意識した支援方策を優先する
　　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。

ご近所の方にお願いする場合は、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）
〇本人の、「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を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）

〇本人の趣味や嗜好、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。

〇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。

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」

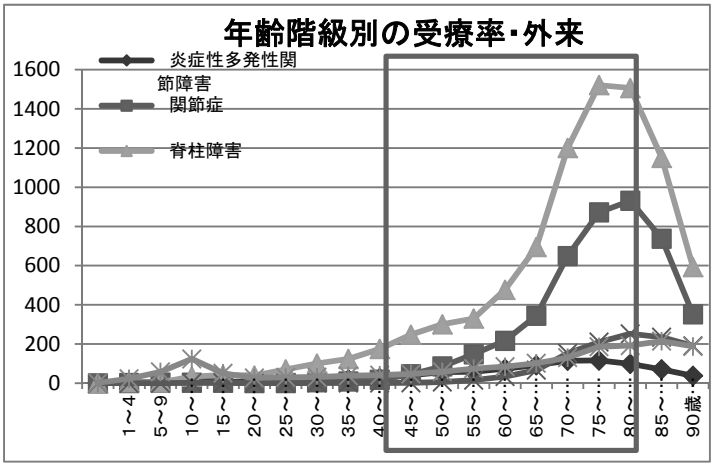
高齢になると、掃除、洗濯、調理、買物など日常生活を営むうえで不可欠な家事等に様々な不自由を感じるようになります。

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33



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。

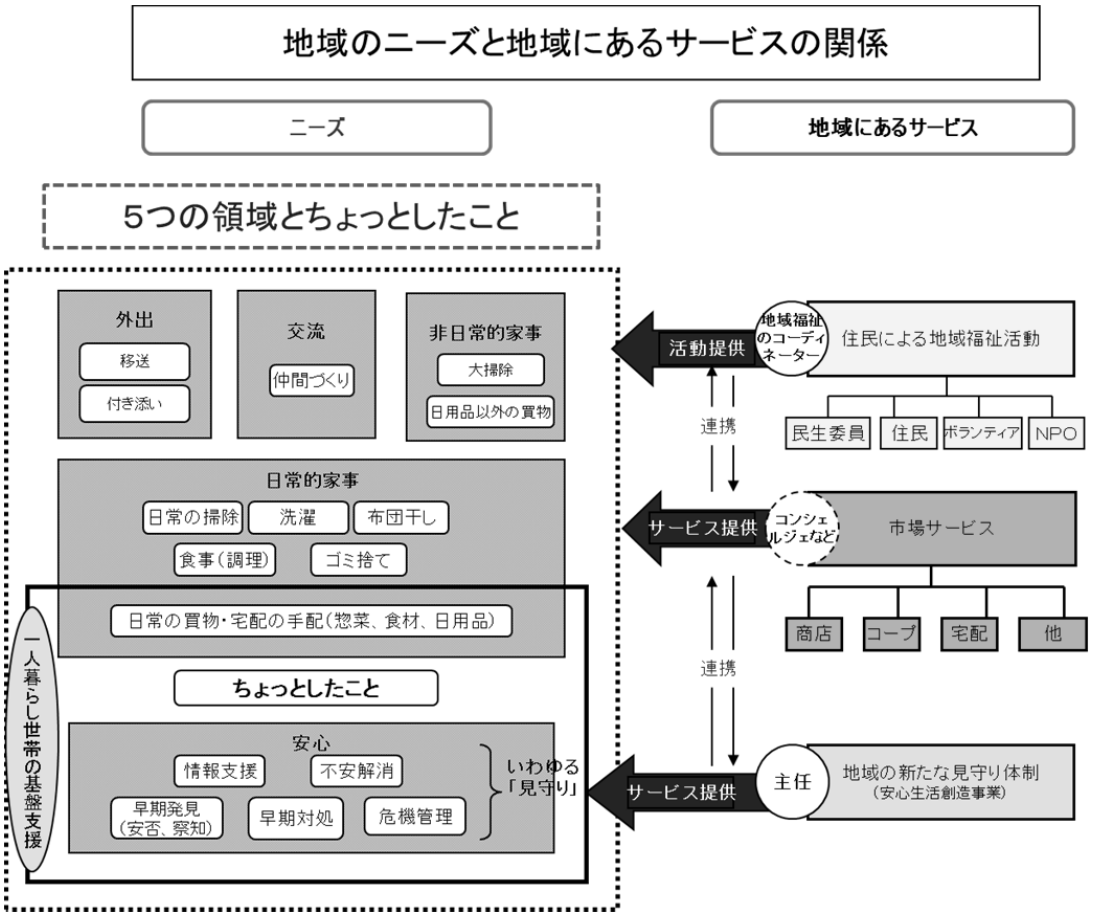
なお、「安心」の確保については、隣近所のさりげない見守りに取り組む地域が増えつつあります。担い手は近隣住民もあれば、ボランティアグループもある、非常勤職員を置く地域もあるなど、その方法は地域により様々で、気になる高齢者の自宅を訪問する活動も広がってきています。良く取り組まれている見守り活動・サービスをみると、「早期発見（安否確認・変化の察知）」「早期対処」「危機管理」「情報支援」「不安解消」の要素が、何らかの形で含まれているといわれます。見守り活動・サービスが「安心」の確保にしっかりつながるためには、これらの要素を意識した取り組みにすることが必要だといえます。

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～「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ますが、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。

資料34



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。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。

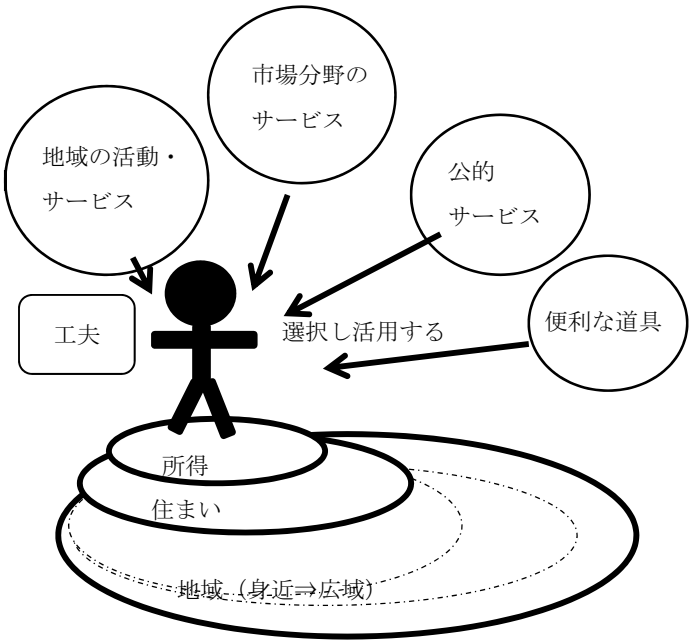
（５）高齢者の生活における自立の姿

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。

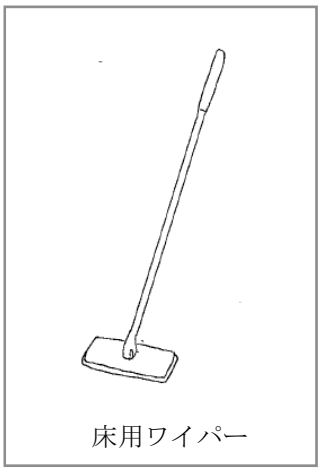
例えば、高齢者世帯を訪問すると、掃除機をかけるのは大変だからと、床用ワイパー（参考１）や粘着ロールに代えたり[5)]、洗濯ものを干しやすいよう廊下に低く物干し竿を設置してあったり、買物が大変なので、缶詰やレトルト食品など日持ちのする食料を多めにストックする、食事は、自分で作ったり、配食サービスを利用したり、出来合いの総菜を買ってきたりといった複数の方法を組み合わせて飽きないように確保しているとか、近所の知り合い数人とタクシーに乗り合わせて買物に行き、タクシー代を節約しているという例もあります。月に数千円を自分で積み立てて、年に１回便利屋に、床磨きや換気扇掃除など普段できないことを依頼していると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

資料35

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。

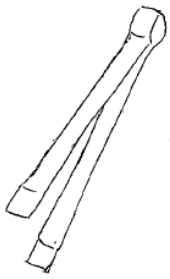
先に挙げたように、床用ワイパーや粘着ロールは、既にかなりの高齢者に活用されています。日持ちがし電子レンジで温めるだけで済むような惣菜の開発も進んでいます。かがむことが辛いと、炭バサミ（参考３）を家の数か所において床の物を拾う時や洗濯物を洗濯機から取り出す際に利用している人もみかけます。「自分に合った道具を生活支援用具として生活にうまく取り入れる」ことができれば、生活の不便さが一部でも改善される可能性は高いといえます。

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）

スタンド型掃除機

（参考３）



炭バサミ

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われます。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。

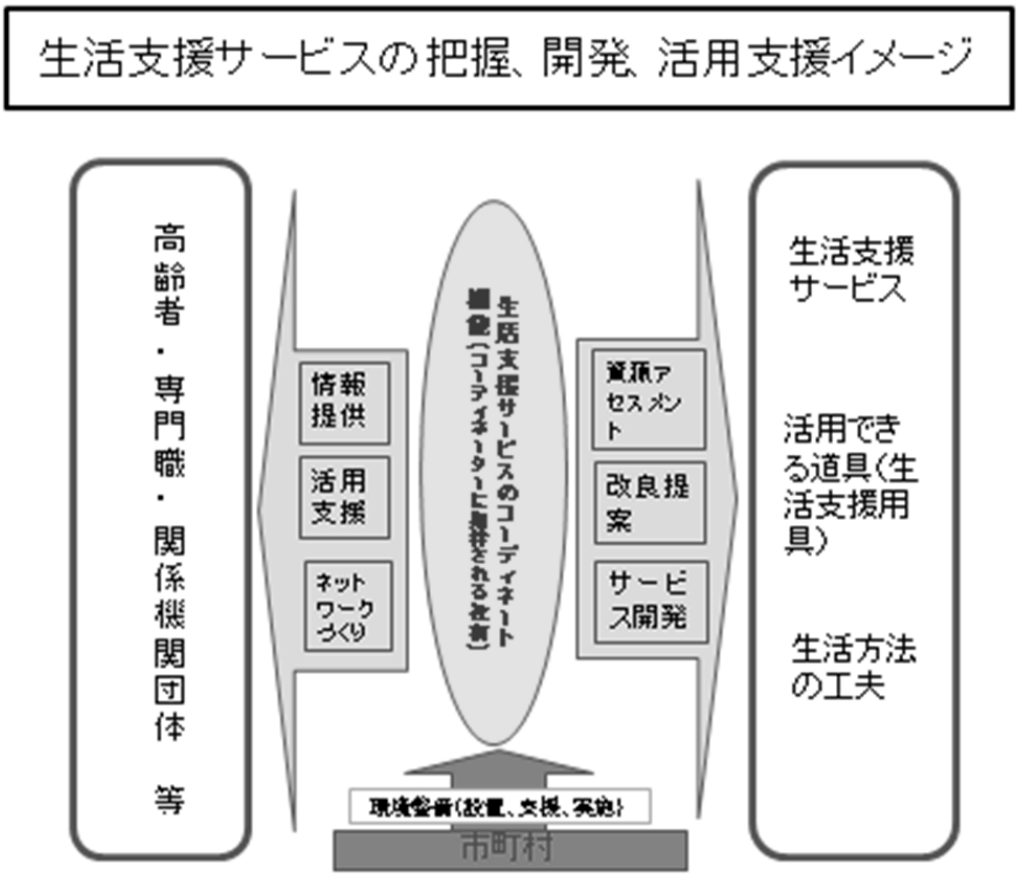
① まずは、高齢者の生活に活用できる生活支援用具や生活支援等サービスに関する資源アセスメントを行い、介護保険制度内であるかどうかに関わらず、幅広く把握することが重要。
② しかし、高齢者の生活支援等サービス活用の課題には、サービスの質・量の地域差や不足、情報の散在によるアクセスしづらさ、高齢者個々の活用力の差がある。
③ そのため、介護予防・自助支援の観点からも生活方法の工夫、生活支援用具や生活支援等サービス情報が必要な高齢者に漏らさず届くような環境整備が求められている。
④ そのうえで、不足するサービスは、地域、市場分野、市町村等幅広い主体によって開発を進める。
⑤ 生活支援等サービスのメニューは、「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36



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』ｐ63 - 71

参考資料

「生活支援コーディネーター及び協議体とは」
～その目的、仕組み及び養成について～

厚生労働省 老健局振興課

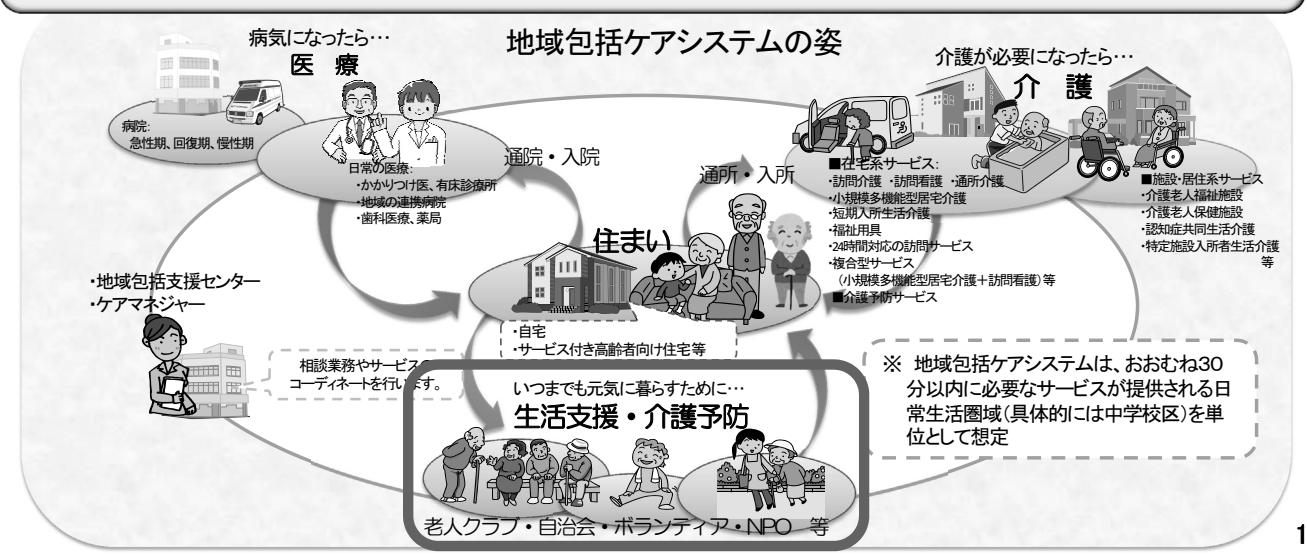
地域包括ケアシステムの構築について

○ 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。

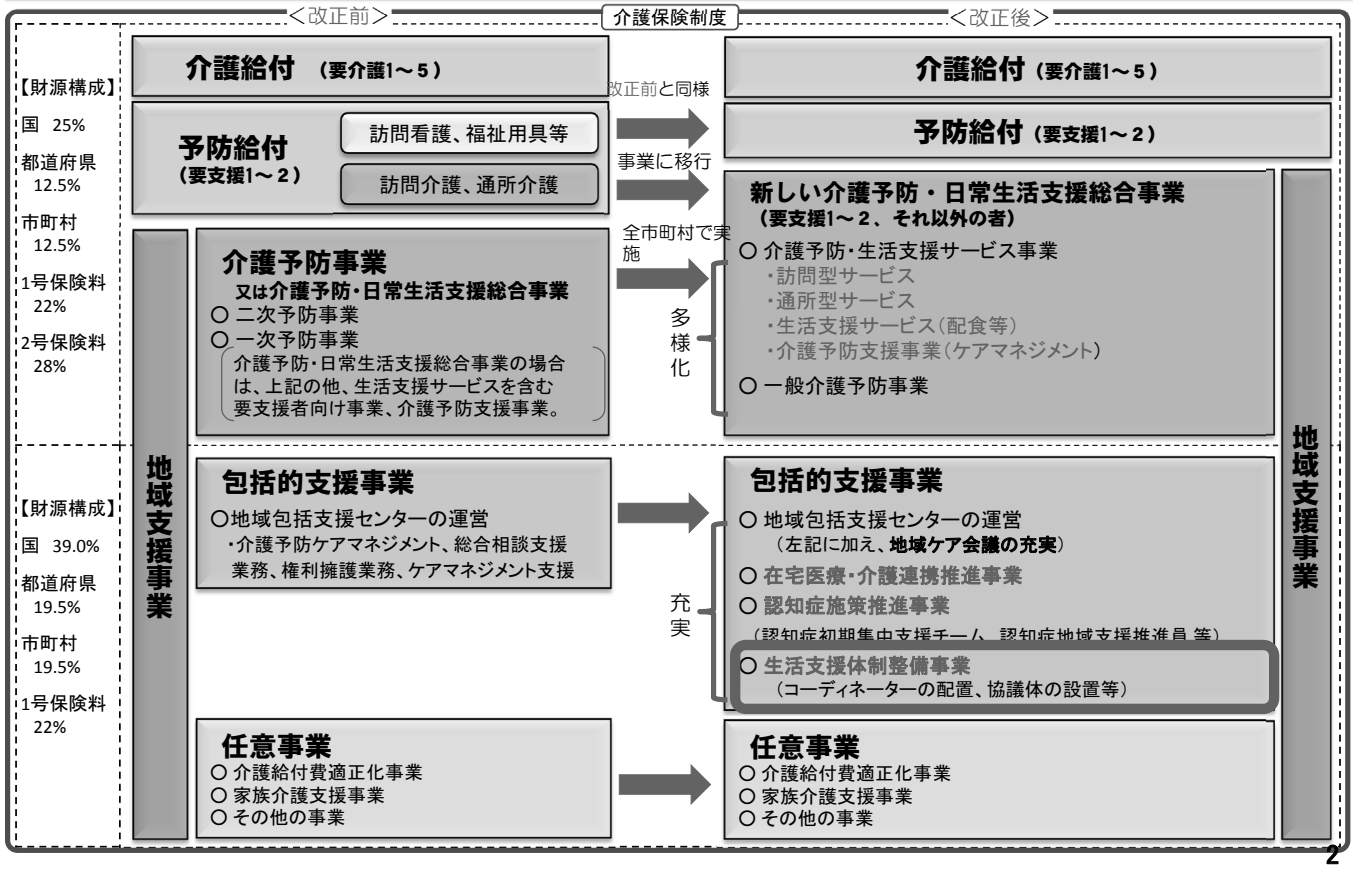
○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。

○ 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。



1

地域支援事業の全体像



2

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実
118億円（公費：236億円）

○ 地域包括ケア実現に向けた、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、サービスの多様化を図る。
○ 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

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 13億円（公費：26億円）	認知症施策 28億円（公費：56億円）	地域ケア会議 24億円（公費：47億円）	生活支援の充実・強化 54億円（公費：107億円）
地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進	初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人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自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進	地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進	生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※１ 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。（財源は、消費税の増収分を活用）
※２ 上記の地域支援事業（包括的支援事業）の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、１号保険料22%
※３ 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

3

新しい包括的支援事業（新規4事業）の「標準額」について

以下の①～④の算定式の合計額を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

※平成29年度まで（実施の猶予期間）においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。
※4事業の合計額（「標準額」）の範囲内で柔軟に実施ができる
※市町村の日常生活圏域の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。（次項に追加協議の参考例）

①生活支援体制整備事業

■第1層　8,000千円
※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる

■第2層　4,000千円　×　日常生活圏域の数
※日常生活圏域が一つの市町村は、第1層分のみを算定。

②認知症施策推進事業

■認知症初期集中支援事業　10,266千円
※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる

■認知症地域支援・ケア向上推進事業　6,802千円

③在宅医療・介護連携推進事業

■基礎事業分　1,058千円

■規模連動分　3,761千円　×　地域包括支援センター数

④地域ケア会議推進事業

■1,272千円　×　地域包括支援センター数

4

＜標準額を超える協議の例＞

生活支援体制整備事業

○日常生活圏域の中にサブセンターやブランチなどを設置した小圏域を設定しており、生活支援コーディネーターや協議体を当該小圏域単位に配置
○第2層における生活支援コーディネーターに、専門職などを配置
○1つの日常生活圏域に生活支援コーディネーターや協議体を複数配置

認知症施策推進事業

○認知症初期集中支援チームについて、市町村の規模が大きく、かつ、施策の対象となる者が多く見込まれることが明らかな場合
○認知症地域支援推進員について、市町村の規模が大きく、かつ、地域での相談件数やサービス事業所等の数も多い場合

在宅医療・介護連携推進事業

○医療機関数・介護事業者数が多いため、資源把握にかかる調査を重点的に実施
○医療ニーズの高い要介護者が多く、在宅医療・介護連携に関する相談窓口を複数設置する必要がある
○多職種研修や普及啓発事業などについて、山間部や離島等、会場へのアクセスが難しいために、通常以上に開催しなければならない

地域ケア会議推進事業

○通常の地域ケア会議に加え、地域包括支援センターの後方支援等を行う基幹的機能を有するセンター等が、自らの担当地区以外の支援困難事例を検討する会議や多数の専門職が必要な会議を開催する場合

5

生活支援・介護予防サービスの基盤整備事業の活用例（案）

前提

○市町村全域において実施する必要はなく、地域を限定してモデル的に取り組むことも可能。
○当初はコーディネーターや協議体が配置、設置されていなくとも、活用が可能。
○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。

活用例

○協議体の設置に向けた生活支援・介護予防サービスの充実に関する研究会等の立ち上げや開催に係る経費

研究会等出席に係る謝金（報償費）、開催調整に係る旅費、資料印刷費（印刷製本費）、会場借上料（使用料及び賃借料）　等

○研究会や協議体等が中心となって実施する地域資源の実態調査等の情報収集に係る経費

調査様式印刷費（印刷製本費）、調査様式郵送料（通信運搬費）、調査に係る委託料　等

○生活支援・介護予防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実施に係る経費（第１層）

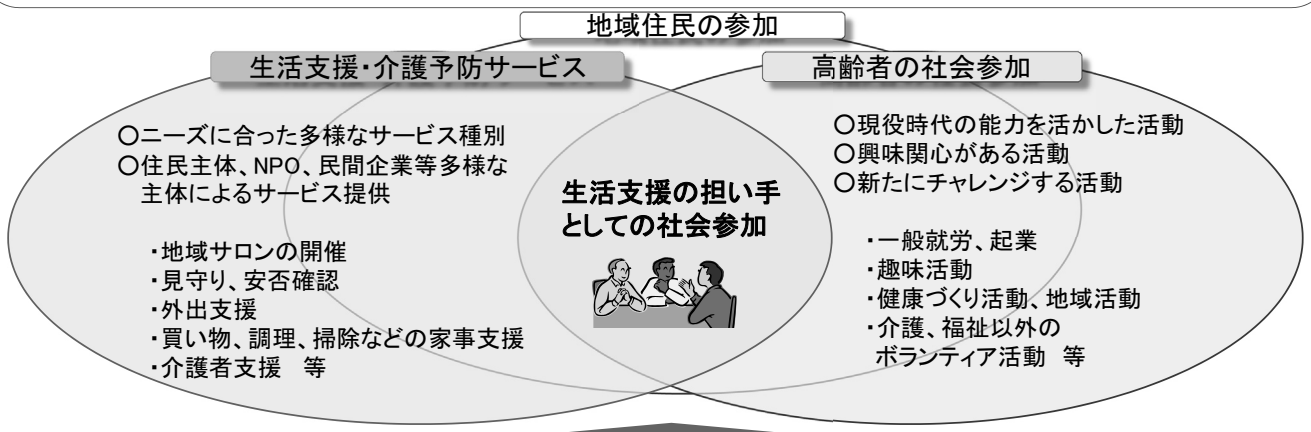
研修の講師謝金（報償費）、研修調整に係る旅費、資料印刷費（印刷製本費）、会場借上料（使用料及び賃借料）　等

○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

6

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

○　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

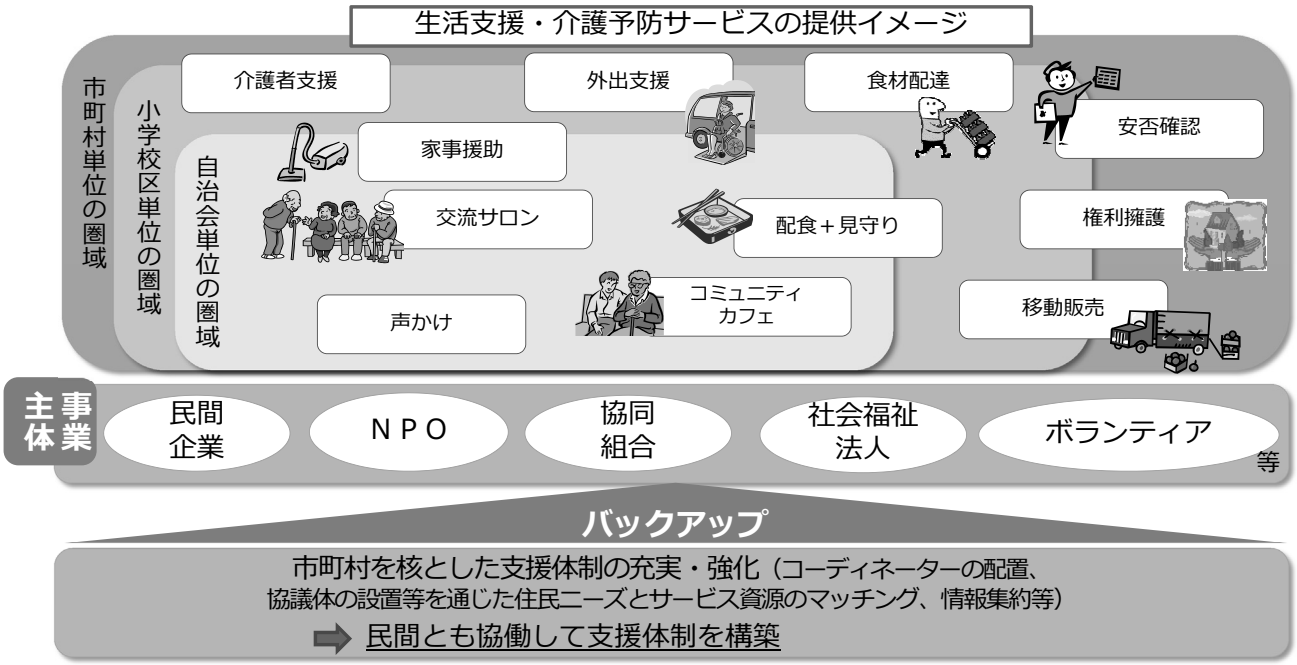
都道府県等による後方支援体制の充実

7

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



8

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層の日常生活圏域（中学校区域等）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　日常生活圏域（中学校区域等）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

※ 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

9

コーディネーターの目的・役割等について

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、資源開発、関係者のネットワーク化、地域の支援ニーズとサービス提供主体のマッチング等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。

役割

○生活支援の担い手の養成、サービスの開発等の資源開発・・・・・第1層、第2層
○サービス提供主体等の関係者のネットワーク構築・・・・・・・・・・・・・第1層、第2層
○地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチング　・・・第2層

配置

常勤・非常勤やボランティアなどの雇用形態については問わず、また、職種、人数、配置場所、勤務形態等は一律には限定せず、地域の実情に応じた多様な配置が可能であるが、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。

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がある者、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ず、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。

10

協議体の目的・役割等について

設置目的

生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、多様なサービス提供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・協働による資源開発等を推進する。

役割

○コーディネーターの組織的な補完
○地域ニーズの把握、情報の見える化の推進（アンケート調査やマッピング等の実施）
○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

設置主体

設置主体は市町村であり、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、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。
※特定の事業者の活動の枠組みを超えた協議が行われることが重要。

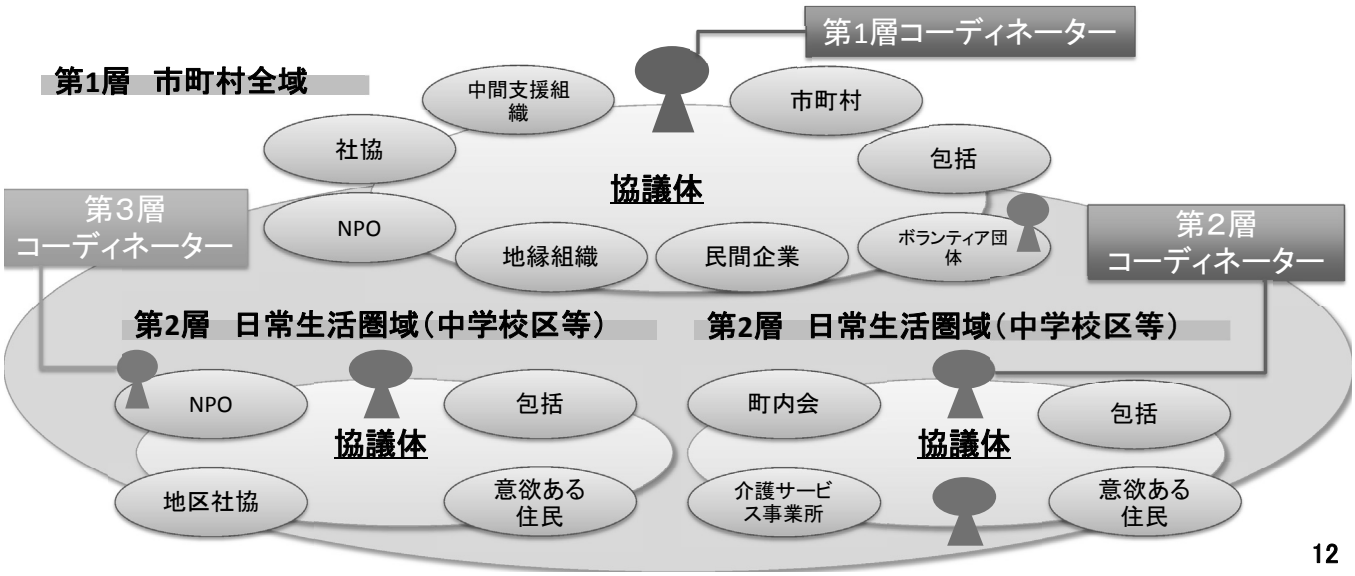
構成団体等

○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。

11

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

○ 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」の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、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望ましい。
○ 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、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
○ 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、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
○ 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るため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数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想定される。



12

生活支援・介護予防サービスの分類と活用例

サービスの分類	サービス事業	一般介護予防	任意事業	市町村実施	民間市場	地域の助け合い	備　考
①介護者支援			総合事業の対象外であり、任意事業、市町村の独自事業での実施を想定。介護者の集い、介護教室等。				
②家事援助	訪問型サービスで実施。NPO・ボランティアを主に活用			要介護者の生活支援は任意事業で実施可能。一般財源化された軽度生活支援は市町村独自で実施可能。			
③交流サロン	要支援者を中心に定期的な利用が可能な形態は総合事業の通所型サービス、その他の地域住民の通いの場は一般介護予防事業を主に想定。住民、ボランティア等を中心に実施。						
④外出支援	訪問型サービスDで実施。担い手はNPO、ボランティア			左記以外は、市町村・民間事業者が独自に実施			
⑤配食＋見守り	その他の生活支援サービスを活用可。担い手はNPO、民間事業者等		左記以外は、任意事業又は市町村・民間事業者が独自に実施				サービス事業では、民間市場で提供されないサービスを提供
⑥見守り・安否確認	その他の生活支援サービスを活用。担い手は住民、ボランティア等		左記以外は、地域の地縁組織・民間事業者等による緩やかな見守り				

※ 上表中、地縁組織は地区社会福祉協議会、自治会、町内会、地域協議会等を意味する。

13

＜地域資源の整理イメージ（例）＞

資料）寒河江市役所提供

区分			公的サービス		保険外サービス　（非営利・福祉組織など）							市場分野（民間企業）
			市福祉サービス（地域支援事業含む）	介護保険サービス	社会福祉協議会	介護事業所	NPO法人	シルバー人材センター	農業協同組合	生活協同組合	地縁団体等	
5つのこと	日常的な家事	買物、掃除、調理、布団干しなど	**事業名：生活支援ホームヘルパー派遣** 内容：日常の家事支援 料金：1時間200円1回2時間迄、週2回迄 要件等：一人暮らし、高齢夫婦世帯	**訪問介護事業所（8事業所）**	訪問介護事業所	**A事業所介護保険外自費サービス** 1時間2000円 **B介護事業所家事代行サービス** 1時間2625円～（スポットサービス） **C介護事業所支援** 1時間1500円	**A事業所有償ボランティアサービス** 1時間950円	**家事支援** 掃除1時間791円～ 調理1時間904円～	訪問介護事業所 食材宅配サービス	**①生協くらしのたすけあい（家事支援** 1時間650円） **②食材宅配サービス** **③弁当宅配**		○**A社**（家事支援　1時間2100円～　） ○**B社**（弁当・食品配達） ○**C社**（弁当・食材宅配） ○**D社**（弁当宅配）（山形市） ○**E社**（弁当宅配）（山形市） ○**F社**（冷凍弁当宅配）（河北町） ○**G社**（冷凍弁当配達） ○食材宅配**H店**内で買い物をしたものを送料324円～発送
	安心	自分の存在を気にかけてくれている人がいる	**①事業名：安心訪問サービス** 内容：ヤクルト届け安否確認 料金：無料 要件：一人暮らし **②事業名：配食サービス** 内容：月・水・金の昼食を届け安否確認を行う。 料金：400円又は300円 要件：一人暮らし・高齢夫婦世帯 **③事業名：緊急通報装置貸し出し** 内容：3件までの緊急時連絡先を予め登　録した緊急通報装置を貸し出す。 料金：無料 要件：一人暮らし	**訪問介護事業所（8事業所）**	**①一人暮らしサロン** **②民生委員の訪問**	安否確認　話し相手など **A事業所介護保険外自費サービス** 1時間2000円 **B事業所家事代行サービス** 1時間2625円～（スポットサービス） **C介護事業所支援** 1時間1500円	**A事業所** 安否確認　話し相手など	安否確認　話し相手など **家事支援** 掃除1時間791円～ 調理1時間904円～		安否確認　話し相手など **生協くらしのたすけあい（家事支援** 1時間650円）	①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動	○**J社**（緊急時ブザーを押すことで24時間セコムにつながり現場駆けつけや相談可能。　基本料金　1890円／月） ○**J社**（通報ボタンを押すと社へつながる。見守りシステム、安心入浴システム他あり。） ○**K社**（モバイル版緊急通報システム）
	外出	通院や買物	**①事業名：福祉タクシー利用助成** 内容：福祉タクシー利用券600円年間18枚迄助成 **②事業名：移送サービス** 内容：ストレッチャーでの移送が必要な方に利用券12枚迄助成。所得制限あり。 **③デマンドタクシー** 内容：市内交通空白地帯から公共施設、病院等へのタクシー車両による移動支援。 料金：地区により300円又は500円	**訪問介護事業所（8事業所）**	**介護サービス（訪問介護・乗降介助）**	通院買い物付き添いなど **A事業所介護保険外自費サービス** 1時間2000円 **B事業所**家事代行サービス 1時間2625円～（スポットサービス） **C事業所**支援 1時間1500円	**A事業所** 通院買い物付き添いなど **B事業所福祉有償運送サービス** 内容：介助なしでは公共交通機関の利用が困難な方の自家用車を使用しての移動支援。 料金：2キロ以内400円 要件：介護度、自立度基準あり。	**通院買い物付き添い** 1時間904円		**福祉有償運送サービス**		○**Lタクシー**（福祉車両） ○**Mタクシー**（福祉車両） ○**N社**（福祉タクシー）　朝日町
	交流	友人、知人等	**事業名：介護予防生きがい活動事業（ミニデイ）** 内容：各地区公民館等での交流活動 料金：1800円（食費含む） ○ふれあい元気サロン	**通所介護（デイサービス）16事業所**	**①一人暮らしサロン** **②一人暮らしの集い**		**A事業所** OCサロン		通所介護事業所 自費通所介護（デイサービス）料金：2600円		①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動	
	非日常的な家事	大掃除や家電製品の買物、雪片付けなど			**除雪ボランティア** 内容：単身か高齢世帯低所得、近くに親族居ない世帯の除雪 料金：無料	**大掃除、保険対象外の支援など** **A介護事業所介護保険外自費サービス** 1時間2000円 **B事業所家事代行サービス** 1時間2625円～（スポットサービス） **C介護事業所支援** 1時間1500円	**A事業所** 大掃除、保険対象外の支援など	**庭木の手入れ、大掃除** **雪片付け**1時間1244円～				
ちょこっとしたこと		蛍光灯の交換や硬いふたの開け閉めなど			**よろずやボランティア** 内容：高齢単身世帯への30分程度の支援 料金：無料							

「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。

市町村

○生活支援サービスの充実に関する研究会の立ち上げ

○ニーズと地域資源の把握

○市町村の方針の決定

※研究会の立ち上げは早期に行う。
事業計画策定委員会等の活用も考えられる。

↓

○各地域（日常生活圏域等）に協議体を設置

※コーディネーターの適任者がいる場合、協議体とコーディネーターを同時に設置・選出することも考えられる。
※以後、適宜、協議体・コーディネーターを支援

協議体

○協議体の活動開始（初期は情報収集等から開始）

・ニーズや地域資源の情報共有、連携の強化
・既存のサービス、集いの場等の活用
・開発が必要なサービスの議論

↓

コーディネーター

○コーディネーターの選出

※コーディネーターが選出されたら、協議体・コーディネーターが中心に実施。
※コーディネーターは、都道府県が実施するコーディネーター向け研修を受講することが望ましい。

↓

○コーディネーターと協議体の連携による生活支援の担い手の養成やサービスの開発

※　地域で適切な者がいる場合には、コーディネーターの配置を先に行うこともあり。

コーディネーター及び協議体設置に係る参考事例

①地域包括支援センター型

【佐々町地域包括支援センター（長崎県佐々町）の取組事例】
地域包括支援センターの３職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が中核となって設置した事例

②住民・行政等協働型

【神奈川県平塚市（町内福祉村事業）の取組事例】
行政が仕組みづくり（制度化）を実施し、住民と協働して設置した事例

③社会福祉協議会型

【伊賀市社会福祉協議会（三重県伊賀市）の取組事例】
社会福祉協議会が中核となり、市町村と協働して設置した事例

④ＮＰＯ型

【ＮＰＯ法人ふらっとステーション・ドリーム（神奈川県横浜市）の取組事例】
【ＮＰＯ法人介護者サポートネットワークセンターアラジン（東京都杉並区）の取組事例】
テーマ型の活動を行うＮＰＯが中核となり、市町村と協働して設置した事例

⑤中間支援組織型

【ＮＰＯ法人コミュニティ・サポートセンター神戸（兵庫県神戸市）の取組事例】
自らが事業を実施せず、事業を行うＮＰＯを側面から支援するＮＰＯのような組織のはたらきかけ等により設置した事例

16

新しい総合事業の実施予定

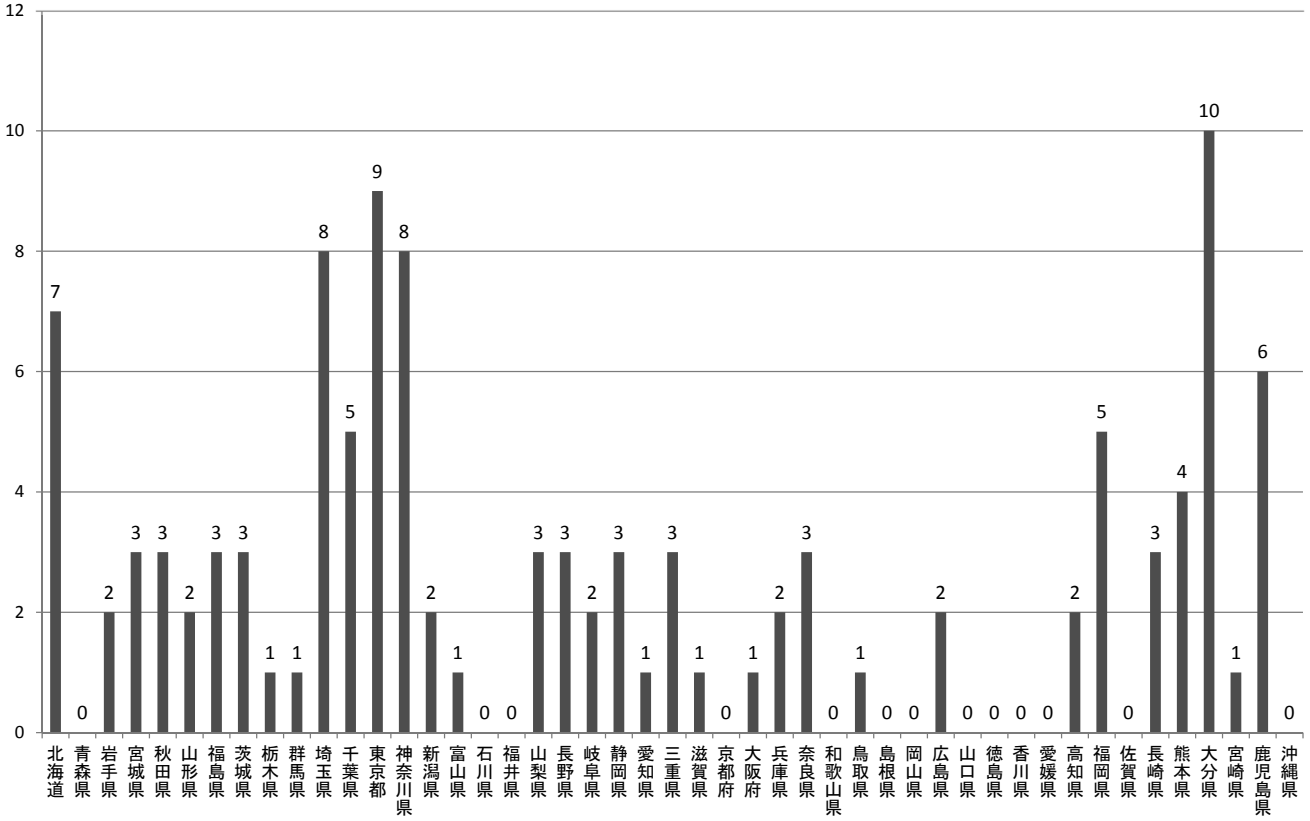
実施予定時期	保険者数（全国1,579）
平成27年度中	114
平成28年度中	277
平成29年度4月	1，069

H27.1.26時点（厚労省調査）

※　平成27年度中実施予定のうち平成27年4月から実施予定の保険者は78
※　実施時期未定・検討中の保険者は119

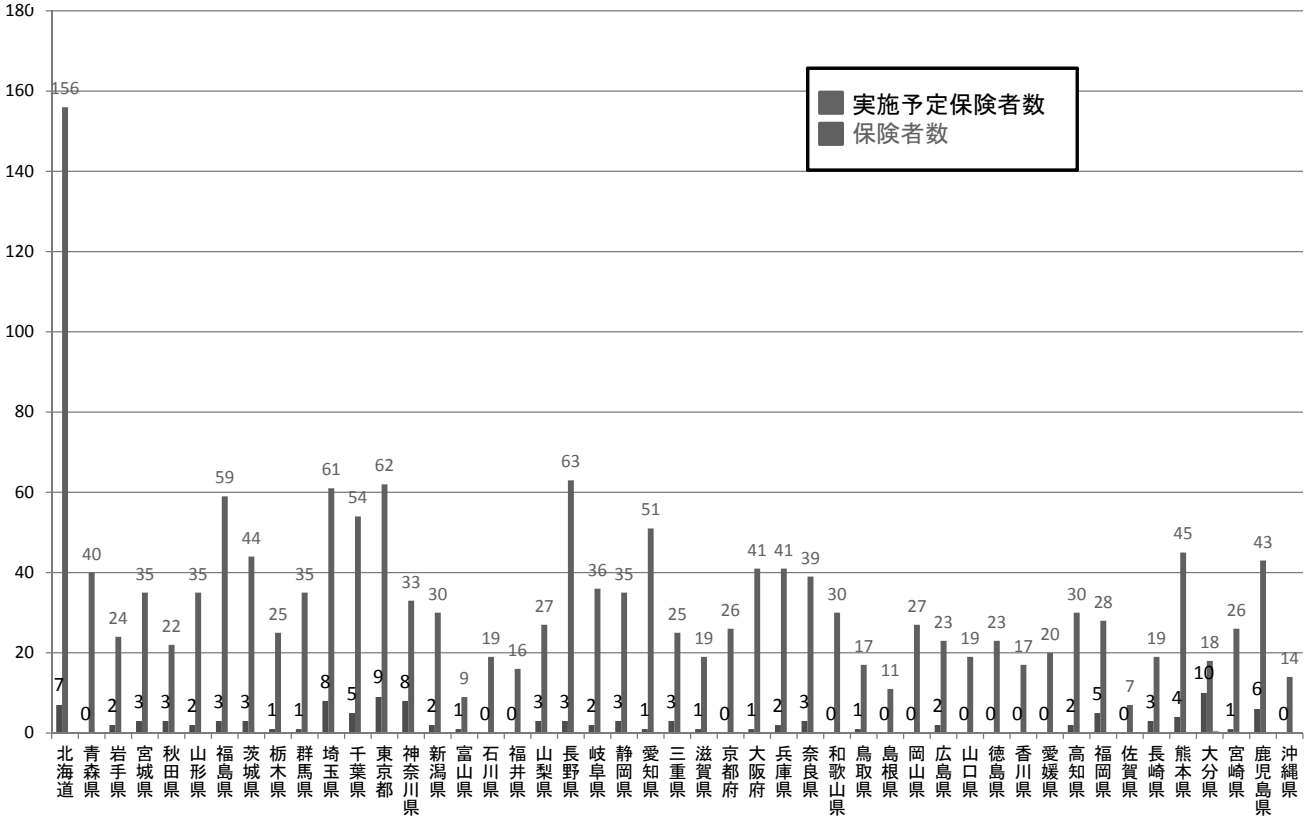
17

平成27年度の新しい総合事業の都道府県別実施予定保険者数



18

（参考）平成27年度の新しい総合事業の都道府県別・実施予定保険者数／保険者数

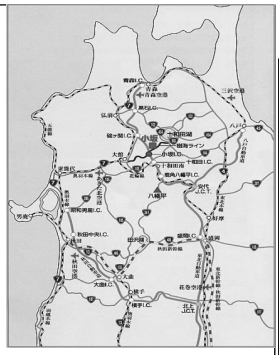


19

事例1　秋田県　小坂町

秋田県小坂町における平成27年度からの総合事業実施までの流れ

面積：201．70Km²
東西：21．1km
南北：24．6km



北隣：青森県平川市
南隣：鹿角市
西隣：大館市
東隣：鹿角市
　　青森県十和田市

主な地域指定：広域市町村圏(ふるさと)
　　過疎
　　辺地
　　振興山村
　　地方拠点

十和田湖に代表される美しい自然、そして鉱山の歴史に彩られた近代化産業遺産の建物群がヨーロッパの町にも似た独特の風景を形づくっています。

平成26年8月	7月に行われた全国課長会議を受けて移行に向けた検討を内部で開始
9月	総合事業の影響を受ける主な2法人・1民間事業者を対象に総合事業への早期移行について打診・協議を開始
10月	総合事業において総合事業へ移行が可能なサービスを洗いし、類型・基準等の検討や調整、課題の洗い出し作業
～12月	仙台市で行われた総合事業関係のセミナーへの参加
平成27年1月	事業者に対して総合事業で行うサービスの詳細に関する説明、必要な調整 平成27年度当初予算の編成作業（介護報酬改定も影響し一部を2月上旬まで延長） 介護保険業務システムの改修業務についてシステムベンダーと契約締結
3月	町議会に対して総合事業の実施について説明 住民説明会を開催（第6期介護保険計画と並行して実施） 要綱・委託契約書等の整備 介護保険業務システムの改修作業 国保連合会との業務の委託範囲について調整（審査支払事務等）
4月	国保連合会と事業対象者の台帳情報の試験登録を実施
5月	国保連合会に正規の台帳情報を登録 事業者（事業委託分）から前月の利用実績で委託料の支払い

★この他に、事業者から個別に相談が出た際には適宜対応している。

20

〈事例1 秋田県 小坂町〉

総合事業の各サービス種別に相当するサービスの現状

①訪問型サービス

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス
サービス種別	①訪問介護（第1号訪問事業）	②訪問型サービスB
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	住民を主体として行う生活援助
対象者とサービス内容の考え方	○既にサービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、今後も継続してサービス提供の必要がある方が対象 ○現行の基準に沿い、訪問介護員によるサービス提供を必要とする場合	○利用者の状態等も踏まえながら、利用を促す ○現在町社会福祉協議会において実施しているサービスを当てはめ、総合事業において実施することができないか協議を継続中
実施方法	事業者指定（みなし指定）	補助（助成）
基準	予防給付の基準を基本	必要最小限の基準内容とする予定
サービス提供者	訪問介護員（訪問介護事業者）	ボランティア主体
提供開始年月	平成27年4月	平成27年7月

★その他、基準緩和型の訪問サービス（訪問型サービスA相当）の実施が可能かについて検討・協議中である。

21

〈事例1 秋田県 小坂町〉

②通所型サービス

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス
サービス種別	①通所介護（第1号通所事業）	②通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能向上のための機能訓練	ミニデイサービス
対象者とサービス内容の考え方	○既にサービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、今後も継続してサービス提供の必要がある方が対象 ○現行の基準に沿ったサービス提供を必要とする場合	○既に通所系サービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、状態や利用希望等も踏まえて緩和した基準によるサービス提供が可能な方が対象 ○既存の事業所に併設する形での運用を想定
実施方法	事業者指定（みなし指定）	委　託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	通所介護事業者の従事者＋ボランティア
提供開始年月	平成27年4月	平成27年4月

22

〈事例1 秋田県 小坂町〉

多様なサービスの例　ーミニデイサービス「くるみ」

既存の通所介護で提供しているサービス全てを必要としない方を対象に、時間や内容をある程度限定し、基準等を緩和したミニデイサービスを平成27年4月から開始した。町が事業主体となり、管理運営を町社会福祉協議会へ委託している。
福祉保健総合センター内に設置し、設備等で通所介護と共有できる部分は共有している。
利用者からの評判は良く、今後さらに内容の充実を図りながら安定した運営を行っていく。

～「くるみ」の利用者の様子①～

利用者の方が塗り絵をしている様子です

23

いきいき交流

〈事例1 秋田県 小坂町〉

虚弱高齢者を対象として、楽しく集える場を提供し、交流活動を通じて生きがいづくりを進め、要介護状態への進行を防止します。

本事業は、社会福祉法人　小坂ふくし会へ委託し、「はいから倶楽部」を拠点に実施しています。

※はいから倶楽部･･･特別養護老人ホーム「あかしあの郷」に併設された地域交流スペース。
近隣には銀行、スーパーマーケット、診療所などがあり、地域住民が気軽に立ち寄れるための拠点として整備されました。

はいから倶楽部外観

～はいから倶楽部の内部の状況～

24

〈事例1 秋田県 小坂町〉

一般介護予防事業の実施状況

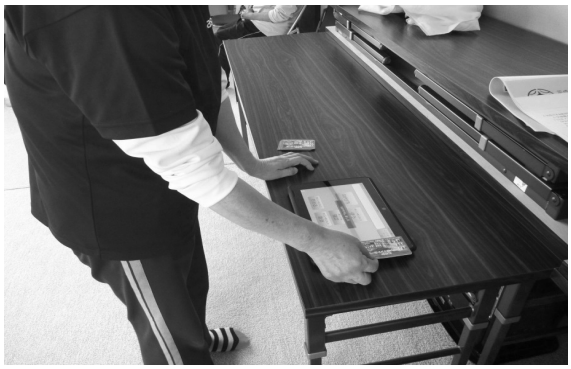
こさかはっぴいカード

町が実施している各種介護予防事業の参加者（特に男性）の掘り起こしを目的に、埼玉県志木市・神奈川県横浜市の取り組みを参考にして介護予防ポイントカード事業を開始した。

町内の65歳以上の高齢者に対しポイントカードを交付し、事業参加者と運営ボランティアにポイントを付与している。年間の累計ポイント数に応じて、商品券と交換することとしている。

交付状況は、事業開始からわずか1カ月で第1号被保険者数の約20%に達した状況であり、カードを交付した被保険者からの反応も上々である。

今後は町社会福祉協議会が実施する事業も交付対象とする予定であり、より意欲を持って様々な事業に参加していただけるように努めていく。



25

〈事例1 秋田県 小坂町〉

生活支援サービス協議体の設置、生活支援コーディネーターの設置に向けた取組状況について

生活支援コーディネーター：2名

・40年以上保健師として活動し地域に精通している方1名
・地域・団体に精通している町社会福祉協議会職員1名
※町社会福祉協議会が持つ地域のネットワークを活かし、運用面でより充実した内容とする

協議体（平成27年秋頃設置予定）

☆設置の意義・目的
・関係機関の情報共有や連携を図るとともに、地域資源の発掘や構築
・地域ケア会議で出された地域課題や運営協議会等で示された方向性との整合性を図るために、町（地域包括支援センター）が協議会の事務局を担う。

☆協議会に求める役割
〇体制構築に向けた企画立案や必要な協議・調整
〇コーディネーターを組織的に支持
〇各構成員で把握している地域ニーズを共有し、地域課題の解決に結びつける

☆今後の予定
平成27年 7月 協議会の構成について確定をさせる
8月 要綱の整備、構成員へ参加の打診・調整
10月 構成員向けの研修を実施
第1回目の会議を実施予定

想定している協議会構成員の構成
・町社会福祉協議会（SC1名）
・社会福祉法人1団体
（町の介護予防事業受諾団体：1名）
・自治会総連絡協議会
（地縁活動や見守り活動：
町内5地区から代表を5名）
・民生委員（声かけや見守り：2名）
・介護予防協力員（代表1名）
・ボランティア活動実践者（居場所づくりや家事支援の分野から各1名）
・地域包括支援センター（SC1名・事務局兼務）

26

事例2 千葉県 流山市

流山市の総合事業を早期導入の考え方と準備の過程

2025年には、高齢者人口が48，800人（＋9，300人）となり、高齢化率は26．7%、4人に1人が高齢者のまちとなる見込み。また、市内の北部地域の高齢化率は、30%を超える見込みです。

こうした‘高齢者が中心のまち’となっても、まちの活力を維持し、成熟さが感じられるようなまちとするためには、また、高齢者がいきいきと、人生でもう一度輝くことができるまちとするためには、どうあるべきかを市民とともに追及し、実践していくことが必要と考えました。

しかし、はじめは、総合事業の新しいルールのもとで予防訪問介護と予防通所介護の受け皿をどう確保していくかに執着してしまいました。

また、既存の有償ボランティア活動を行うNPO法人の活用についてもどのように新制度と整合させるか悩み、新しい仕組みの設計をなかなか進めることができませんでした。

27

〈事例2 千葉県 流山市〉

総合事業に対する発想の転換

そこで、現場に出て、自分たちのまちがどうなっているのか、実際に見て、活用できるものがないか考える事にしました。 地域に出て行ってみると、キラキラ光る様々な資源、「何とかしよう」という気概を抱いている人たちがいました。

これならば、総合事業を推進することで、地域コミュニティの再生を図りつつ、高齢者が互いに支え合う仕組みを中心とし、さらには子育てが一段落した主婦の方々も可能な限り巻き込んで、高齢者が目標と生きがいをもって、明日も生きることを希望と自信を持って約束できる‘わがまちづくり’に積極的に取り組めるという確信に至ったのです。

地域に飛び出せ！

高齢化のピークまで、あと11年しかない。まちづくりには大変時間がかかるものだ。 一刻も早く、こうした‘わがまちづくり’に着手することが市に求められていると判断しました。

総合事業のルールに合わせてモノをつくるのではなく、総合事業を手段として活用して、まちづくりを進めようと、発想を転換したのです。

28

〈事例2 千葉県 流山市〉

訪問型サービスAとして参画した生協の事業実施展開イメージ

花いちりん流山
（千葉県高齢者生活協同組合）

新規創設部門

現行の訪問介護相当
★介護予防訪問介護事業所からのみなし指定

訪問型サービスA
★4月1日付け事業者指定

地域サポートセンター
（有償ボランティア：独自サービス）

国保連経由で審査・支払

雇用労働者（資格を持たない地域住民）による提供

市の担い手養成研修の受講

元気高齢者、主婦、3級ヘルパー、社会貢献意欲のあるヘルパー

草刈り、樹木剪定

見守り、話し相手等

生活支援コーディネーターのバックアップ（人材のマッチング）

主に、身体介護のほか、現在介護予防給付により介護予防訪問介護を利用している要支援者向けた当面のサービス

要支援者、事業対象者の生活支援サービスを担う
＊買い物、掃除、調理ゴミ出し等

多様な生活支援ニーズを抱える高齢者を支援
＊多様な生活支援サービスに柔軟に対応

29

〈事例2 千葉県 流山市〉

シルバー人材センターを訪問型サービスAの事業主体として活用するイメージ

公益社団法人
流山市シルバー人材センター

新たな対応部門

個別の注文に応じ会員が生活支援等のサービスを提供

訪問型サービスA実施部門
（委託による実施）
会員による提供形態は今までと同様

センターは既に住民参加型サービスとして体制が整っています。いかにして『その気』にさせるかがカギ。

提供人数等に応じた一定期間ごとの包括払いを予定（実績報告～精算有り）。センターに直接支払い。

大掃除

草刈り、樹木剪定

買い物

調理

掃除

市民からの要請に個別に対応。サービス内容及び時間に基づいて料金を個別に決定。庭木の剪定、草刈り、大掃除等幅広く対応
（生活援助の注文は月２、３件）

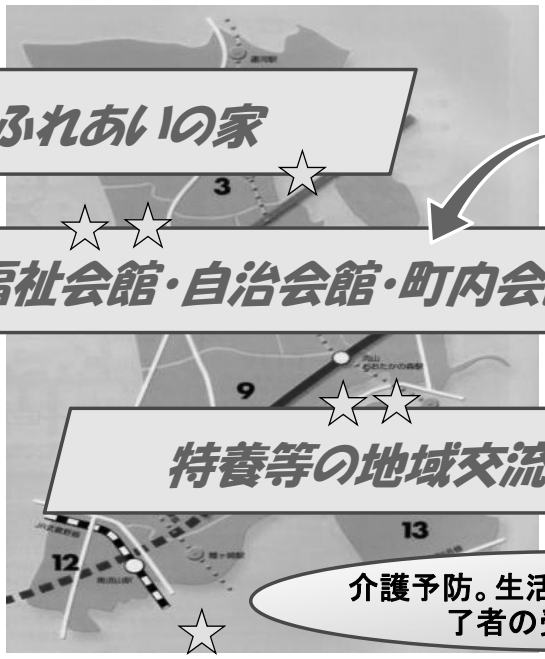
地域包括支援センターのケアマネジメントに応じ、あらかじめ設定されたサービス内容、単価により、要支援者・事業対象者の生活支援サービスを担う。
＊買い物、掃除、調理、ゴミ出し等

30

通所型サービスの真の戦略

〈事例2 千葉県 流山市〉

地域の身近な場所に介護予防・にぎわいの場をつくっていく…一般介護予防事業で促進



高齢者ふれあいの家

地区社協のサロン活動とのコラボが期待できる

福祉会館・自治会館・町内会館

特養等の地域交流スペース

イメージとしては要支援1の方が歩いて行ける距離が望ましい

介護予防。生活支援サービス事業終了者の受け皿にも・・・

31

高齢者ふれあいの家等への「ながいき応援団」の派遣事業（Ｈ２６年度～）
※４月から一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）に位置付けて実施中

★地域へ介護予防教室のデリバリー★

〈事例2 千葉県 流山市〉

流山市には、空き家等を住民・ＮＰＯが運営し、高齢者の集いの場となっている『高齢者ふれあいの家』が、１５箇所あります。

こうした流山市の特性を活かし、高齢者ふれあいの家に介護予防メニューを取り入れていただくために、以下の介護予防教室が開催できる人材をデリバリーする事業（「ながいき応援団」の派遣事業）を２６年度から実施しています。

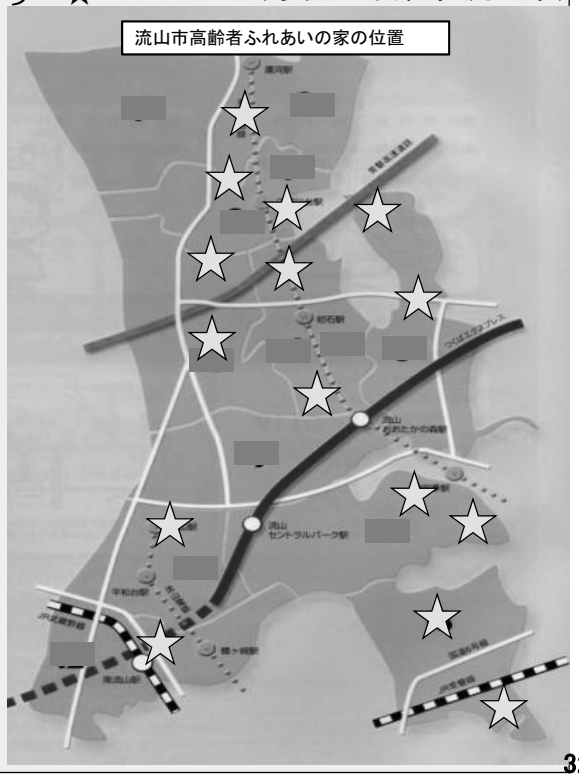
★元気づくり体操を指導できる指導者
（重度化防止推進員）

★音楽を利用した介護予防指導者
（音楽療法士）

第６期では、重度化防止推進員の派遣先を、自治会館（市内に１００箇所以上）のほか、特養等の地域交流スペースを対象に拡大していく作戦。

また、デリバリーメニューに、口腔機能、栄養改善などを追加していく（地域リハビリテーション活動支援事業の活用を検討）。

こうした取り組みにより、認定に至らない高齢者を増やすことと共に、介護予防・生活支援サービス事業から‘一般介護予防事業’に移行した方の受け皿づくりを進めていきます。



32

【みんなで介護予防体操】

〈事例2 千葉県 流山市〉

同じ地域の方が講師役になって、
パッチワーク教室

33

協議体の立ち上げ、運営の方向性

〈事例2 千葉県 流山市〉

第1段階

平成27年7月から、市内全体を対象エリア第1層）とした協議体を立ち上げる（準備会からスタート）。

参加組織、団体等（現時点の予定）
- ●NPO法人（複数）
- ●流山市社会福祉協議会
- ●流山市シルバー人材センター
- ●民生児童委員
- ●老人クラブ
- ●生活協同組合
- ●介護保険事業者
- ●商工会議所
- ●コミュニティスポーツリーダー
- ●学識経験者
- ●その他地域の支え合い、生活支援に関する活動を行う団体等

市町村担当者、
地域包括支援センター、
生活支援コーディネーターは、
事務局側として参画

▼役割・話し合うこと
- ・ 地域の支え合い・生活支援の体制整備のための連携の強化
- ・ 地域の支え合い・生活支援の現状と生活支援ニーズの把握・共有化
- ・ 支え合い・生活支援の体制整備の企画立案と対応の検討
- ・ 社会資源マップ等の情報の見える化の推進
- ・ 生活支援コーディネーターの支援及び連携

等

第2段階

日常生活圏域を対象エリア（第2層）とした協議体については、 27年12月頃を目標に立ち上げを推進する。

第2層の協議体に追加して参加する組織、団体等（現時点の予定）
- ●地区社会福祉協議会
- ●自治会

※議題によっては、事前周知し、地域住民に広く参加を呼び掛けることも。。。

34

事例3 奈良県 生駒市

＜生駒市特徴＞
- ・奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.18㎢。
- ・江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、年々人口は増加傾向にある。
- ・大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。
- ・市民の高い定住意向の割合：83.9% （全国平均64.7%）
  （平成20年度 生活総合調査）

生駒市における「総合事業」導入に向けた3つの視点

1. 自立支援の視点
   ⇒新しくリハビリテーション職を事業に導入し、短期・集中的な介入により「自立」や「QOLの向上」を目指す事業

2. 人材育成の視点
   ⇒地域づくりや介護予防への関心を高め、2025年問題を真剣に考え、わがまちに必要な「地域包括ケア」に向けた体制整備を共に作り上げることを目指す

3. 人財活用の視点
   ⇒一般市民や既存団体、介護事業所等の協力を得ながら、市との協働で作り上げることができる事業の選定

35

生駒市の総合事業の体系　〈事例3 奈良県 生駒市〉

事業名	直営・委託・指定	形　態	人員基準	利用者実人数の見込み	期間と時間数	事業費（円）
パワーアップPLUS教室	委託	集中型C	PTorOT、看護師、介護予防実践指導者、介護士、社会福祉士等各1名、ボランティア（4～5）名	90名	1時～3時 週に2回利用 （送迎付き）	11,472,000
パワーアップ教室（4教室）	委託	集中型C	運動実践指導者、介護士、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、ボランティア等	279名	1時半～4時 週に1回利用 （送迎付き）	18,414,000
転倒予防教室	直営	集中型C	理学療法士、介護予防運動実践指導者、ボランティア6名等	42名	10時～11時30分 週に1回利用	1,360,000
ひまわりの集い（2教室）	委託	緩和型B	生駒市健康づくり推進員連絡協議会会員COOP5名、たけまるホール10名	COOOP30名、たけまる50名	10時半～1時 手作りランチ付き 週に1回or隔週利用	2,689,000
生活支援サービス	委託	緩和型B	シルバー人材センターの会員で市の研修受講者	110名	介護予防ケアマネジメントによる必要数	5,492,000
パワーアップplus教室訪問型	直営	集中型C	PTorOT1名と、市の保健師と担当包括職員	90名	1件あたり50分～60分 1,137,000 程度の訪問	
介護予防通所介護 介護予防訪問介護	指定	現行相当		148名 198名	現行相当の予定	

36

〈事例3 奈良県 生駒市〉

新しく創出した事業

①【パワーアップ教室PLUS】
健康管理、痛みのコントロールや評価を行いながら、可動域や活動量を向上する事業（理学療法士・作業療法士・保健師・看護師・運動実践指導者・介護職などの多職種と高齢者のボランティアとのコラボレーション）

「通所型」と「訪問型」のセット事業
＊自宅と自宅周辺の環境も精査した上で、行動範囲が拡大できるメニューの考案がポイント！

②【転倒予防教室】
理学療法士が中心となり、運動実践指導者と共に、①で活動性を上げ卒業してきた人の「地域移行の場」として、その体力を維持・向上するための事業

③【生活支援サービス】
シルバー人材センターに研修を行った上で、家事支援を中心とした生活支援サービスの提供を行う事業

④【ひまわりの集い】
生駒市健康づくり推進員連絡協議会にて、閉じこもりがちな高齢者の居場所と外出機会の確保のための手作りの食事を提供する「会食サロン」事業

37

〈事例3 奈良県 生駒市〉

新しく創出した事業の紹介

集中介入期：通所型事業
（OT・PT・NS・運動指導員・介護職・ボランティア等）

集中介入期：訪問型事業
（OT・PT・保健師・包括職員等）

移行期：転倒予防教室
（ＰＴ・介護予防運動指導員）

生活期：ひまわりの集い
（生駒市健康づくり推進員）

集中介入期～生活期
生活支援サービス
（シルバー人材）

38

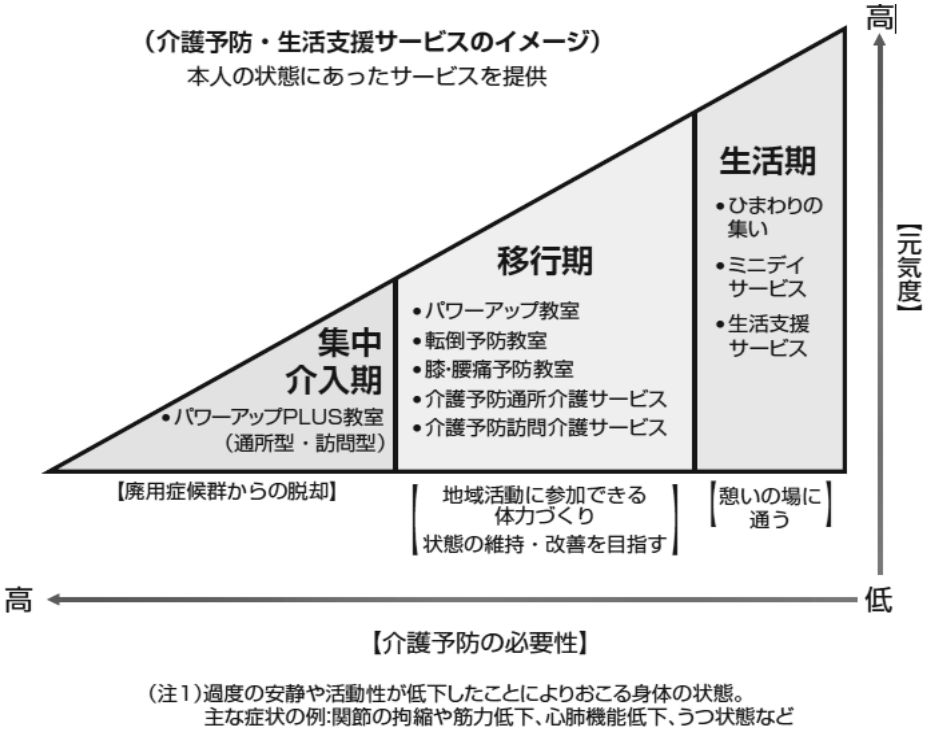
事業例の紹介　　ひまわりの集い～会食サロン

〈事例3 奈良県 生駒市〉

生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託して事業実施
地域支援事業の一次予防事業～介護予防・生活支援サービスに移行

39

生駒市の事業体系図のイメージ図



（注1）過度の安静や活動性が低下したことによりおこる身体の状態。
主な症状の例:関節の拘縮や筋力低下、心肺機能低下、うつ状態など

協議体と生活支援コーディネーターについて

- 第1層：介護保険運営協議会のメンバー＋αで検討

  ↓

  市民活動推進課と社会福祉協議会と高齢施策課において
  ニーズ調査の実施（案）、ボランティアの養成・育成等

- 第2層：市民自治協議会との連携、平成27年度は「勉強会」の立ち上げ

- ひまわりの集い等を全市拡大していく方法論の検討等

事例4　埼玉県　吉見町

町のイメージキャラクター
“よしみん”

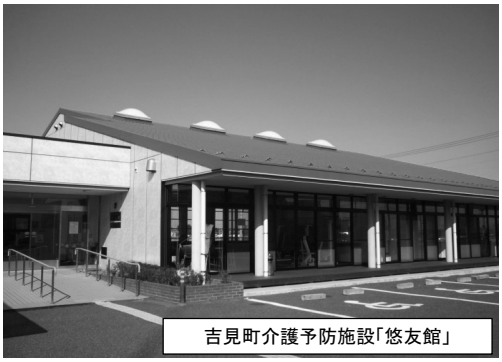
- 面　　積：38．64平方km
- 人　　口：20，634人
- 高齢者人口：5，409人（高齢化率：26．6%）
- 要介護認定者数：833人（第2号被保険者29人を含む）
- 要介護認定率：15．4%　　（平成27年4月1日現在）

42

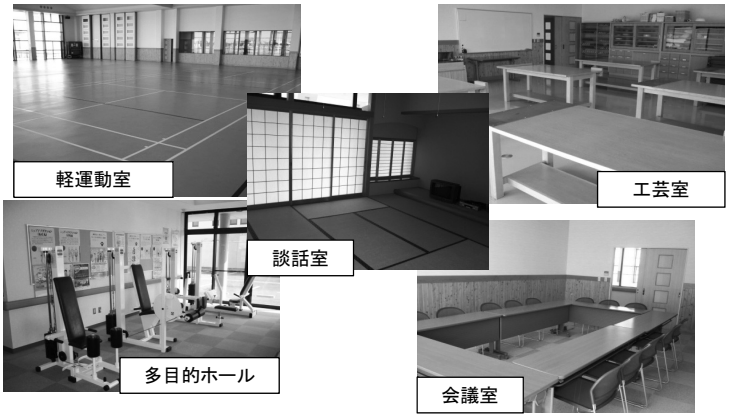
〈事例4 埼玉県 吉見町〉

吉見町介護予防施設「悠友館」

平成１５年４月開館	平成１４年度に埼玉県の補助事業「介護予防拠点整備事業費補助金」を受け、高齢者の健康保持を目的とした介護予防、世代間交流の拠点として、　総事業費　215,292千円で建設。 「悠友館」は、約５００㎡の軽運動室をはじめ工芸室、会議室、談話室、多目的ホールを備え運動教室を中心に趣味を生かす教室などを展開。
平成１８年４月	介護保険制度改正に基づき「悠友館」内に「吉見町地域包括支援センター」を開設。従来実施していた介護予防教室を地域支援事業に位置づけ現在に至る。平成２６年度は、延べ１９，１１４人の方々が利用。
平成26年2月	隣接する保健センターと事務所を統合。


吉見町介護予防施設「悠友館」

（地域包括支援センター）



43

〈事例4 埼玉県 吉見町〉

〈介護予防事業イメージ図〉

■特定健診　■一般健診　■各種がん検診　■体力測定　■健康教室

元気な方

健康づくり
介護予防

悪化

日常の生活がちょっと大変な方

楽しみながら無理せず健康づくり

改善

日常の生活が大変な方

身体機能の維持・改善

【一般介護予防】
・のびのび体操教室(初心者コース)
・いきいき体操教室(中級者コース)
・にこにこ体操教室(上級者コース)
・元気アップ教室（筋力トレーニング教室）
・元気はつらつ教室
（運動器機能向上・口腔機能向上・栄養改善）

■出前体操教室
（地区公民館、生涯学習センター、荒川荘）
■いきいきサロン等（集会所等）
■パドル体操　■卓球　■太極拳　など

【介護予防・生活支援サービス事業】
・リハビリ・リハサロン(機能回復訓練)
・おたっしゃくらぶ
・かろやかくらぶ
■複合型介護予防事業(とじこもり予防、うつ・認知症予防)
■訪問型介護予防事業

44

〈事例4 埼玉県 吉見町〉

※赤枠は総合事業

平成27年度 介護予防事業のあらまし

（介護給付：要介護1～5）
（予防給付：要支援1～2）H27.3.31現在　サービス利用者数66人

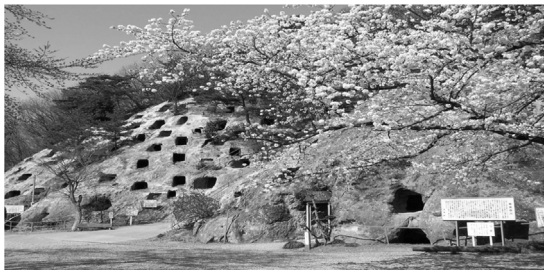
- 地域支援事業
  - 新しい介護予防・日常生活支援総合事業
    - 介護予防・生活支援サービス事業
      - 予防給付※併用含む
        通所リハビリ3人　訪問リハビリ1人
        福祉用具30人　短期入所1人
      - ○訪問型予防事業　20人
      - ○生活支援サービス（配食）20人
      - ○通所型介護予防事業
        - 既存通所介護　50人
        - 通所型サービス　15人　機能訓練事業
        - 通所型サービス　20人　おたっしゃくらぶ
        - 通所型サービス　20人　かろやかくらぶ
    - 一般介護予防事業
      - 元気アップ体操教室（筋力トレーニング）　20人×43回
      - のびのび体操教室（初心者コース）　30人×40回
      - いきいき体操教室（中級者コース）　30人×43回
      - にこにこ体操教室（上級者コース）　30人×43回
      - **介護予防リーダー育成事業**　30人×42回
  - 包括的支援事業
  - 任意事業
  - ○介護予防ケアマネジメント事業
    - 評価事業（体力測定）特定健診時に実施　5回
    - 悠友館
      - 複合型介護予防事業
      - 元気はつらつ教室
        - A　4月～6月　20人×10回
        - B　7月～9月　20人×10回
        - C　10月～12月　20人×10回
        - D　1月～3月　20人×10回
    - 荒川荘
      - アシタバ教室　パドル体操　20人×24回
      - ゆうゆう保健室（健康相談）　30人×24回
    - 地域
      - ≪介護予防事業拠点の拡大≫悠友館から地域へ ➡ ➡ ➡
      - 高齢者学級400人×1回
      - いきいきサロン　10人×50会場
      - **介護予防リーダーによるサロン活動**　24回
      - 出前体操教室　10人×20回×4会場
- 介護予防ボランティア活動の支援ほか
- ■総合相談事業　■権利擁護事業　■地域ケア会議の充実　■在宅医療・介護連携の推進　■認知症総合支援事業　■生活支援体制整備事業
- ■家族介護教室　■配食サービス　■紙おむつ給付　■適性化事業　■住宅改修理由書作成手数料

45

今年度からの取り組み

- 介護予防リーダー育成教室
- お住まいの地域のサロンの立ち上げや運営などに積極的に関わり、体操教室を実施。

地域における介護予防事業や介護予防活動の担い手となり、普及啓発や実践活動を行う。



46

介護予防ボランティア活動状況

介護予防ボランティア登録人数：71名 （H27 .6.12時点）

		7/10	7/11	7/12	7/13	7/14	7/15
特定健康診査	ボランティア数	13	14	14	16	13	14
	特定健診受診者数	237	296	198	174	313	212

平成２６年４月から平成２７年３月まで

	延べ参加者数	協力依頼	実動	出席率
①おたっしゃくらぶ （42回）	５２０	197（1回あたり平均4．7人）	１０６	53．8%
②機能回復訓練（リハビリ）（41回）	３３９			
③かろやかくらぶ （42回）	６０５	136（1回あたり3．2人）	８３	61．0%
④しゃっきりくらぶ （42回）	４７２			

その他の活動
高齢者学級への協力　　２３人
教育委員会生涯学習課との共催で吉見町の健康講座として開催。
活動としては、受付、案内、資料の配布等。３８９人という多数の参加があり、
健康講座にも参加している。

47

介護予防リーダー育成教室の内容

回	内容（講義及び実技）
1	運動と身体活動
2	柔軟運動（ストレッチ）
3	有酸素運動（ウォーキング）
4	筋力運動（筋トレ）
5	ロコモティブシンドローム予防体操（ロコトレ）
6	体力測定（Ⅰ）
7	アイスブレイク（脳トレ）
8	グループワーク
9	高齢者の栄養
10	サロン運営について

- 自分自身の介護予防や健康づくりに役立てる。

48

〈事例4 埼玉県 吉見町〉

サロン一覧

おしゃべり・会食（調理）・健康体操・お花見・手芸・合唱・季節の行事 など

↓

健康体操を介護予防リーダーが指導し、地域全体で介護予防に取り組む。

地域の高齢者が歩いて行ける距離（徒歩圏内半径500m）に1か所が目標です。

No.	サロン名	地域
1	田甲いきいきシニア	田甲
2	一ツ木いきいきサロン	一ツ木
3	本沢押し花クラブ	本沢
4	いきいきサロン本沢	本沢
5	なかよしクラブ	地頭方
6	ひまわりサロン	成城台
7	お茶飲みに来ませんか	地頭方
8	久米田いきいきサロン	久米田
9	げんきかい	下細谷
10	高砂いきいきサロン	北下砂
11	いきいきサロン光梅会	万光寺
12	たんぽぽ	八反田
13	なかよしキッズ	湖畔
14	なごみの会	新道ほか
15	ごしょクラブ	御所
16	あやめ会	松の平

49

〈事例4 埼玉県 吉見町〉

生活支援コーディネーター・協議体

生活支援コーディネーター（第1・2層で選任）

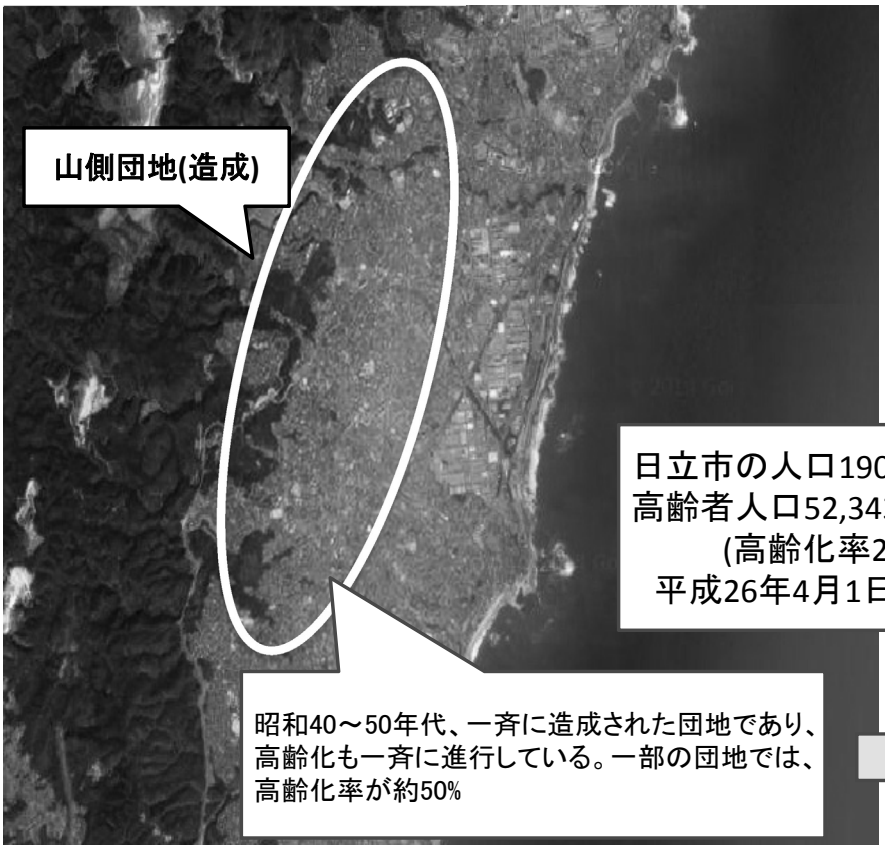
・地域包括支援センター内に新たに配置
・選任理由：サロン活動や家族会で中心的役割を果たし
　　知識や経験、熱意があったため。
・活動内容：今年度、サービス担い手の養成研修予定

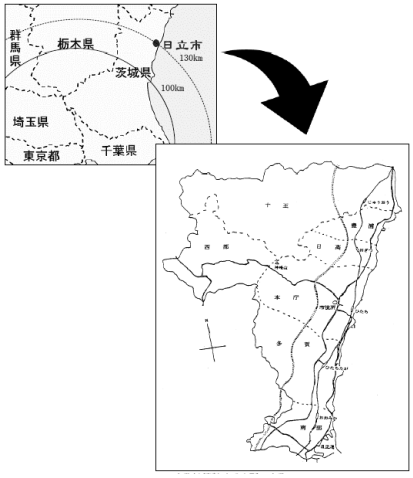
協議体

・平成27年4月から毎月協議体研究会開催
・構成要員：社会福祉協議会、農業協同組合、社会福祉
　法人職員及びコーディネーター、商工会や
　シルバー人材センター、生活協同組合に働きかけ予定
・協議内容：総合事業内容等、今後は、コーディネーター
　と連携を図り資源開発やニーズと取組のマッチングを推進

50

事例5　茨城県　日立市





日立市の人口190,303人
高齢者人口52,343人
(高齢化率27.51%)
平成26年4月1日現在

認定率
12.3%(平成21年)
⇩
21.3%(平成37年)

昭和40～50年代、一斉に造成された団地であり、高齢化も一斉に進行している。一部の団地では、高齢化率が約50%

⇨

平成37年(2025年)には、市全体の高齢化率が33%(推計)

51

3.11東日本大震災

日立市の震度・・・6強（津波、家屋倒壊、浸水）

被害状況・・・全壊436棟、大規模半壊706棟、死者0人

避難所設置・・・最大時69箇所、13,600人避難

地域において、自主防災組織参集

実施内容：避難所の運営支援、炊き出し、外出困難者への物資(水など)の配給及び災害ごみの搬出、パトロールなど

避難所の様子

地域住民主体の避難所運営

・食料の炊き出し・配食・給水・高齢者等の見守り・発電・健康体操・災害対策本部との連絡調整　など

52

〈事例5 茨城県 日立市〉

あんしん安全ネットワーク

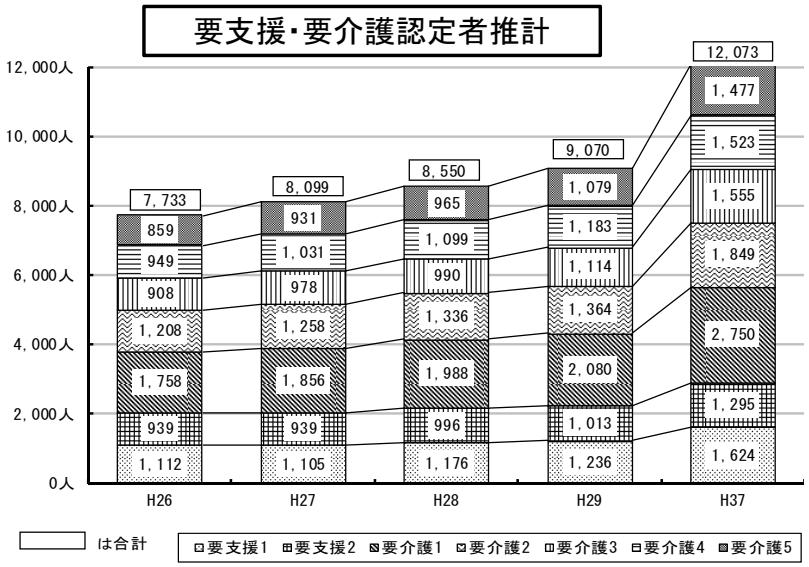
- ひとり暮らしの高齢者等を地域で見守るため民生委員、近隣住民、ボランティア等で構成する「チーム」を結成
- 平成26年度は、市内2,564チーム、協力者6,245人
  (H17→1,416チーム、H22→2,337チーム)
- チーム員が年4回高齢者の自宅を訪問
- 電気、ガスなどの事業者の協力により、火災予防などの家屋点検も実施

地域福祉推進部＝地区社協

- 日立市社会福祉協議会における市内全域における高齢者福祉事業(あんしん安全ネットワークを除く。)
- 一般介護予防事業
  ① ふれあいサロン事業(121団体)
  ② ふれあい健康クラブ事業(23地区)
- ふれあい配食サービス事業(約200人利用　週1回)

53

この厳しい現実(データ)をどのように克服するか



65歳以上の認定率(H25.10)

全　国	18.3%
茨城県	15.2%
日立市	14.2%

日立市のH21認定率は、12.3%

推計値では、H37認定率が、21.3%に

総合事業の実施は想定していない数値

平成27年度からの日立市高齢者保健福祉計画2015

・日立市計画の特徴

① 2025年問題を視野に入れた目標の数値化

- 平成34年の初回介護認定平均年齢　　２歳up(80歳→82歳)
- 〃　地域包括支援センター認知度　30%up(50%→80%)

【参考】前回計画の基本目標は、あんしん、いきいき、ささえあい

② 高齢者概念の転換

- 「高齢者は支えられる側」だけではなく、「高齢者は介護にならない。なったときは公助・共助で支える。」

③ 平成27年度から介護保険制度改正に伴う「新事業」を全面的に実施

- 介護予防日常生活支援総合事業、生活支援サービス、在宅医療介護連携、認知症初期集中支援、認知症地域支援ケア向上、生活支援基盤整備

より厳しい状況になるのは全国課題

- 日立市の地域特性に見合った「地域包括ケアシステム」

【以下は、主な取組】

① 地域介護予防活動支援事業としての「ふれあいサロン事業」

→ 参加者、活動団体の増

→ 元気な高齢者による協力員の確保と増

※ この場合、65歳以上にとらわれず、65歳未満の方へも協力員としての参加を促す。

(60歳定年と65歳高齢者の5年間に着目)

→ H27年度予算から、広報活動費を増額

② 新しい介護予防・日常生活支援総合事業

→ 窓口での初期対応を標準化

→ サービスを希望する方が窓口に相談に来ることが前提(サービス提供の訪問広報を自粛)

→ **市独自の窓口確認票**で、一般介護予防、総合事業、介護認定への振り分けを行う。

→ 従前要支援2であった方が、要支援1相当のサービス提供になる旨をケアマネジメントで管理。(超過する場合は、理由を明確化するとともに、過剰サービスを防止)

日立市の多様化するサービス(H27.4～)

訪問型サービス「基準型訪問介護」、「軽費型訪問介護」、「地域住民主体型訪問介護」、「短期集中訪問保健指導」

通所型サービス「基準型通所介護」、「ミニデイサービス」、「地域住民主体型通所介護」、「短期集中通所介護」

生活支援サービス「訪問介護一体型配食サービス」

③ 在宅医療・介護連携(2年目)

→ 医療系サービスが低調なこと、ケアマネと医師の主治医意見書のやり取りの課題など。まずは、現状・課題の共通理解と土台づくり

④ 高齢者自身の意識を変える

→ これから後期高齢者になっていく方の健康志向は高い。必要な情報を効果的に伝えることが重要

→ 平成27年度から、市の広報紙に「高齢者のくらしシリーズ」連載。様々な福祉サービスを効率的に活用していただき、自らが介護予防に取り組むことの重要性を訴える。

58

生活支援コーディネーター・協議体

①平成27年4月1日付で市社会福祉協議会に業務委託

②委託内容：生活支援コーディネーター(最低1名)の専任、協議体(話し合いの場)の設置(関係者会議年4回を含む)、地域資源の開発、ネットワークの構築など

③生活支援コーディネーターのこれまでの活動状況：
地域ケア個別会議への出席、
関係者会議(地域コミュニティ、民生委員、地域包括支援センター、市社会福祉協議会事務局など)への出席
現時点では、地域からの情報収集を中心に事業を展開している。

59

参考資料

60

「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

コーディネーターの配置について

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。

既存の職員が兼務を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現状も踏まえれば、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良いと考えているが、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ことができる職種や配置場所を、市町村が中心となって、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　全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をすることは想定していない。

61

「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

コーディネーターの配置について

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しての財政支援を想定し、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。

62

「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

コーディネーターの配置について

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。

63

「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

協議体の配置について

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とのことだが、どのようなメンバーに声がけをすれば良いか。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。

64

「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

地域ケア会議と協議体の関係

第３　生活支援・介護予防サービスの充実

問　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。

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ただきたいと考えている。（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効率的な運営を図っていただきたい。この場合も、コーディネーターの補完や地域ニーズの把握等の協議体に期待される役割を全うできるメンバーを選定いただきたい。

65

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４ブロックで実施

○　都道府県研修（平成２７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。

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

http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp
/chiiki/mura-index.htm

平塚市

お問い合わせは、
fukushi@city.hiratsuka.kanagawa.jp

1

平塚市の概要

H26.1.1現在

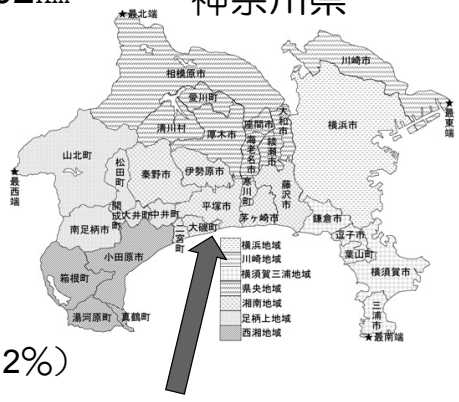
■市域　面積　67.88㎢
　　市街化区域　30.86㎢
　　市街化調整区域　37.02㎢

■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%）

神奈川県

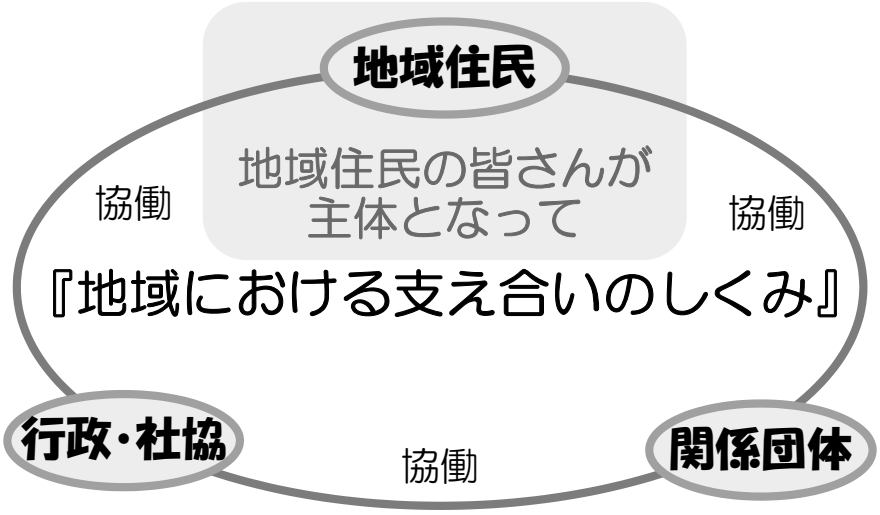


ココ！

2

⑧大神
⑤岡崎
⑦城島
⑭横内
④金田
⑥松が丘
⑬吉沢
⑫旭北
⑨八幡
⑪富士見
⑩旭南
①松原
②花水
③港
⑮なでしこ

町内福祉村とは

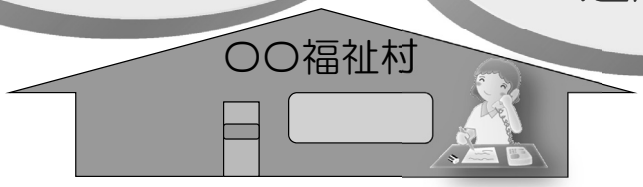

地域住民
地域住民の皆さんが
主体となって
協働
協働
『地域における支え合いのしくみ』
行政・社協
協働
関係団体

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)
訪問型B

ふれあい交流活動
（居場所サロン）
通所型B



5

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

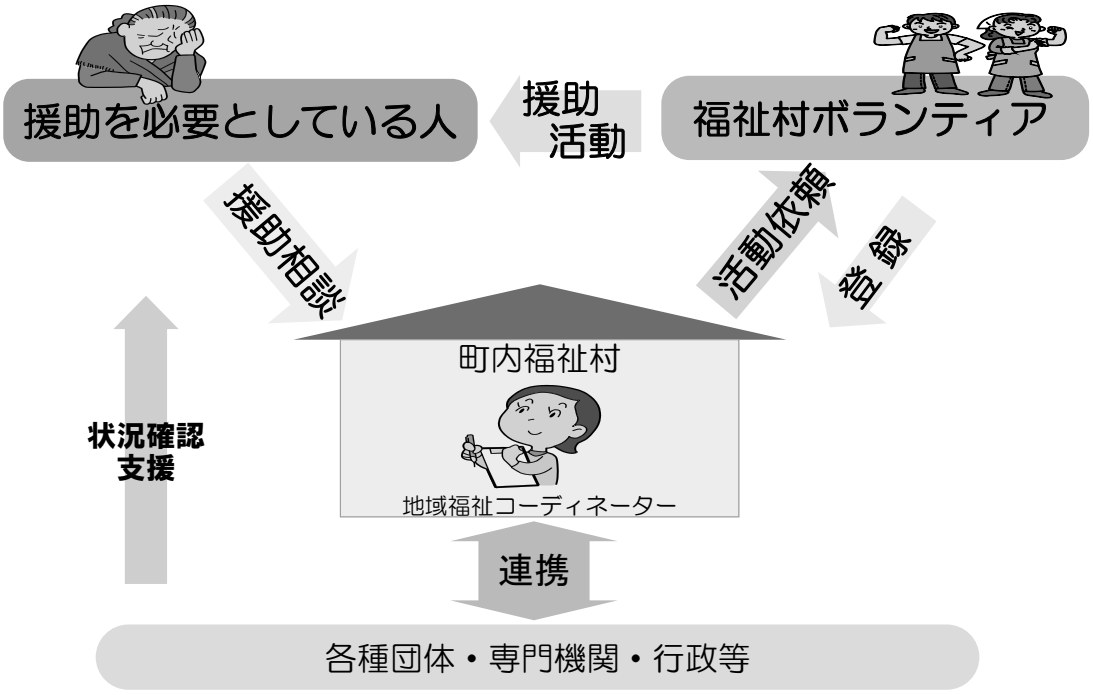
買い物

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』］

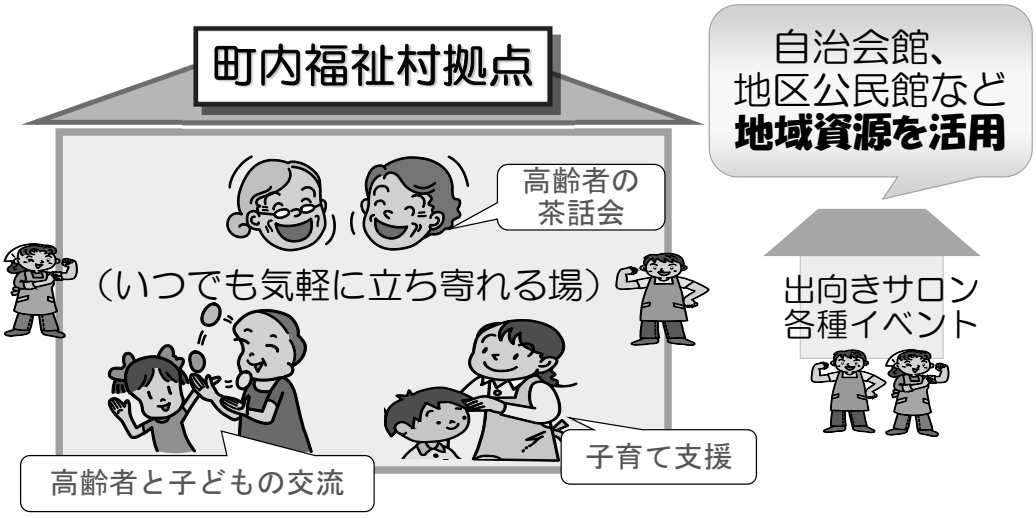
6

☆身近な生活支援活動のしくみ



7

ふれあい交流活動とは



『地域のつながり』を企画！

8

地区社協と福祉村の違い

地区社協	町内福祉村
構成	**構成**
地域の各種団体役員を 中心に構成された協議体	個人参加を中心に構成された ボランティア団体
資金	**資金**
地域からの賛助会費による 事業運営	市からの委託金による事業運営
拠点施設	**拠点施設**
なし （公民館等を利用して活動）	あり （市が負担）
役割	**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	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

9

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（原則1人）

10

町内福祉村のコーディネーター

第1～3層の担い手

生活支援コーディネーターを
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

11

町内福祉村の立ち上げ方

1. 最初のとっかかり

<u>その地区民児協の会長に</u>！

- 「ちょっと、自治会連合会長、地区社協会長に話をしておいていただけませんか？」
- ・必要性を知ってもらう機会（会って話す機会）
- ・中心人物は誰になりそうかを把握
- ・どれくらい福祉村が理解されているかを知る

12

町内福祉村の立ち上げ方

2. 地区のTOP3を集める

- 自治会・地区社協・民児協をおさえる！
- この3団体に前向きな理解を取り付ける
- それぞれ団体の委員が集まる月例会議などで時間をとってもらい、町内福祉村についての説明を行う。

13

町内福祉村の立ち上げ方

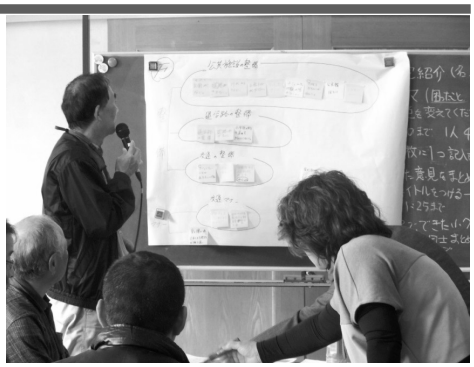
3. 設立準備会の発足

- 地区のおもだった団体代表者で構成！
- 8～10名くらいで組織し定期的に検討
- ・地区内の合意形成を準備会で進めてもらう
- ・福祉村設立に対する機運を地域で高める

14

町内福祉村の立ち上げ方

4. ワークショップを開催



✔ 設立準備会が主催
自主性への移行！

- この辺りから「自分たちが作る」意識の醸成
- ・公募もしくは各団体から参加者を募る
- ・8人位のグループワーク、30～40名が理想
- ・講師は市社協職員が中心

15

福祉村づくりはワイワイ、ガヤガヤでいこう！

町内福祉村の立ち上げ方

5. 開設準備の最終調整

設立総会開催に向けて！

- ボランティア募集、拠点の選定、役員の選出
- ・組織図
- 部会（触れ合い交流、生活支援、広報・・・）
- 地域福祉コーディネーター
- 会長、副会長、会計
- 事業計画案、予算案

17

立ち上げのプロセス

大神町内福祉村「よりきの郷」の例
下記、ホームページURLで詳しく紹介

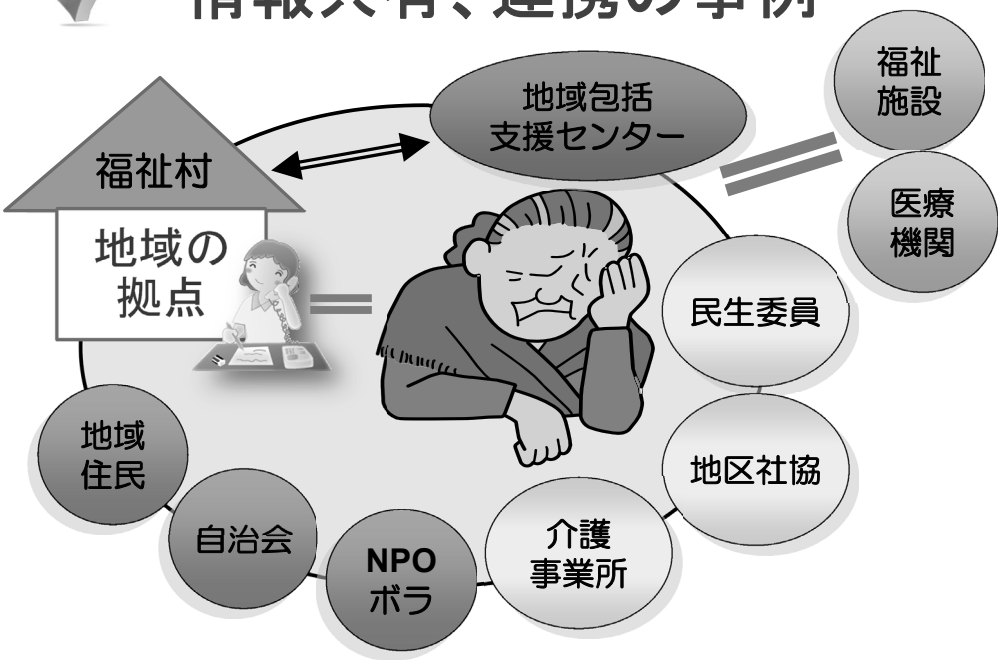
『福祉村ができるまで1～3』

http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/chiiki/process.htm
http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/chiiki/page00014.htm
http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/chiiki/page00015.htm

18

町内福祉村と協議体の関係

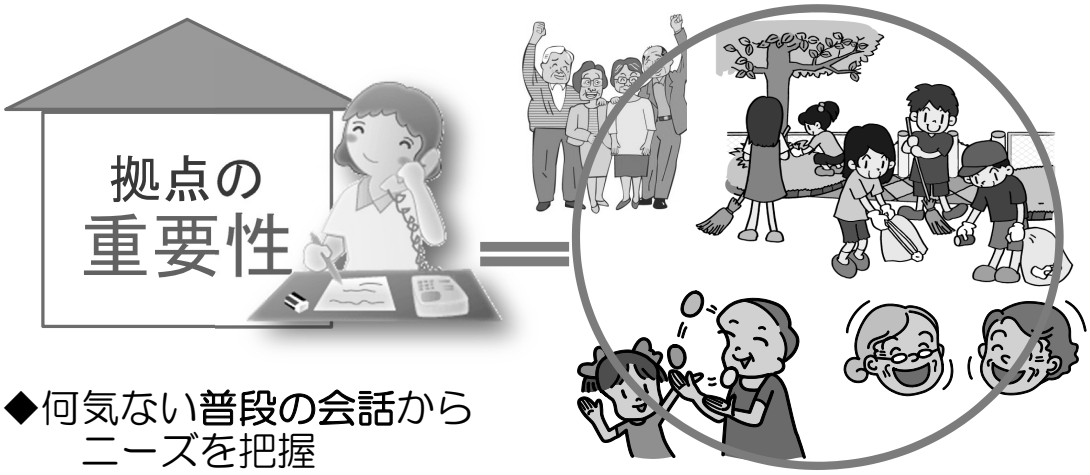
情報共有、連携の事例



19

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

20

岡崎地区鈴の里;地下歩道の壁画

21

岡崎地下道に壁画を描こう

11 月 30 日(土) 9：00 ～ 12：00
12 月　1 日(日) 9：00 ～ 12：00

雨天の場合は中止、どちらか 1 日でも実施します。

● 当日は汚れてもよい服装でご参加ください。

● 今回は大住中学校の生徒さんが、原画を制作します。
画く場所は、トンネル部の北面です。

この壁画制作には、落書き消しのボランティア団体「平塚をみがく会」のご協力と、関西ペイント㈱様から塗料を無償で提供頂いています。

主催：おかざき鈴の里　　後援：平塚をみがく会
岡崎地区自治会連絡協議会　　塗料提供：関西ペイント㈱

お問い合わせは“おかざき鈴の里”0463-58-8789 へ

22

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

23

ありがとうございました。

2015年、J1の舞台で！

平塚市

24

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

三重県伊賀市って？

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）

2

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。

3

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

4

“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）

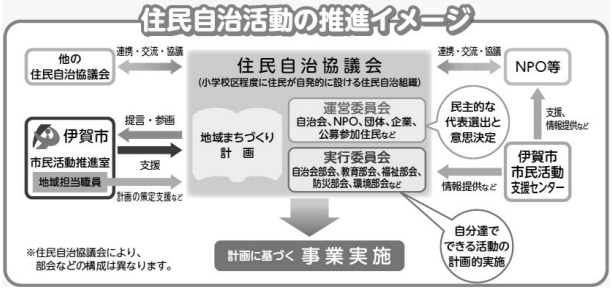
5

“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、<u>地域住民により自発的に設置される組織（38自治協）</u>
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

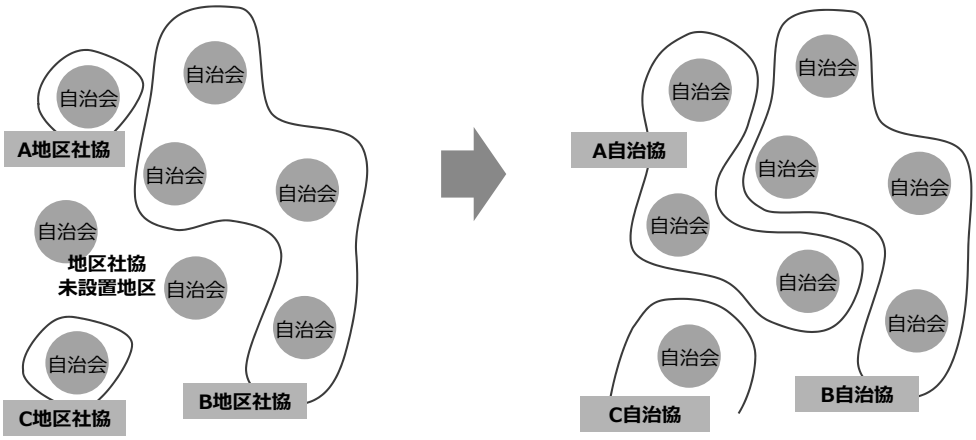


6

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。



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

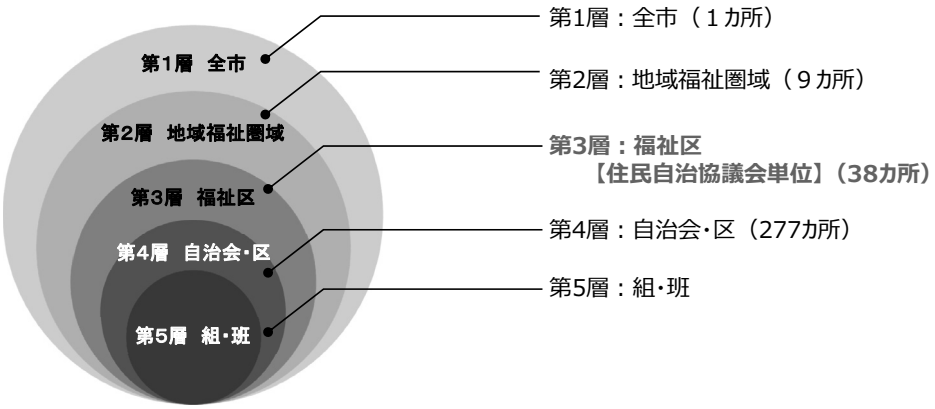
・行政の施策計画、社協の活動計画の**合冊版計画**
・市民の生活形態にあわせた適切な支援・サービスを提供するための**圏域（層）の設定**
　→次のページで詳しく説明します。
・行政、社協、事業者、地域の**役割を明記**
・5つの理念、11の基本方針とあわせて、**6つの「地域福祉の共通課題」**を明記

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

“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。



9

“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**

10

“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。

11

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

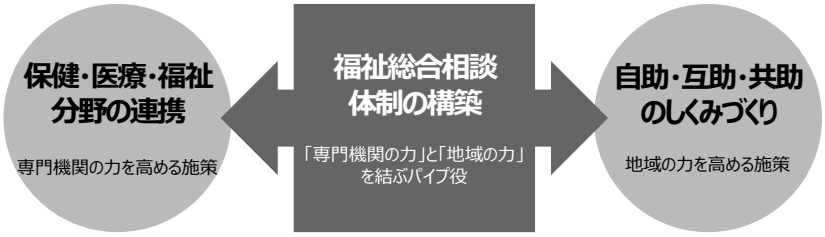
平成25年度
1）自助・互助・共助のしくみづくり
2）行政・社協・法人の役割整理

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

12

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。

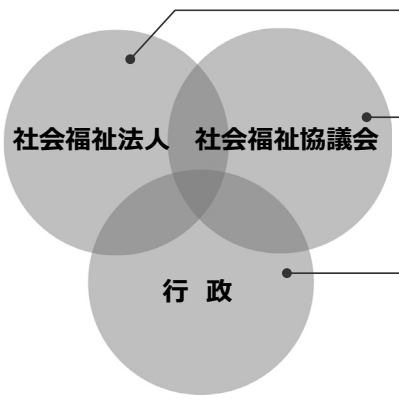


平成24年度～　　平成25年度：検討
平成26年度～運用　　平成25年度～

13

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。

14

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

15

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

16

新しい福祉総合相談体制の構築

「専門機関の力」と「地域の力」を結ぶ「パイプ役」づくり

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

17

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

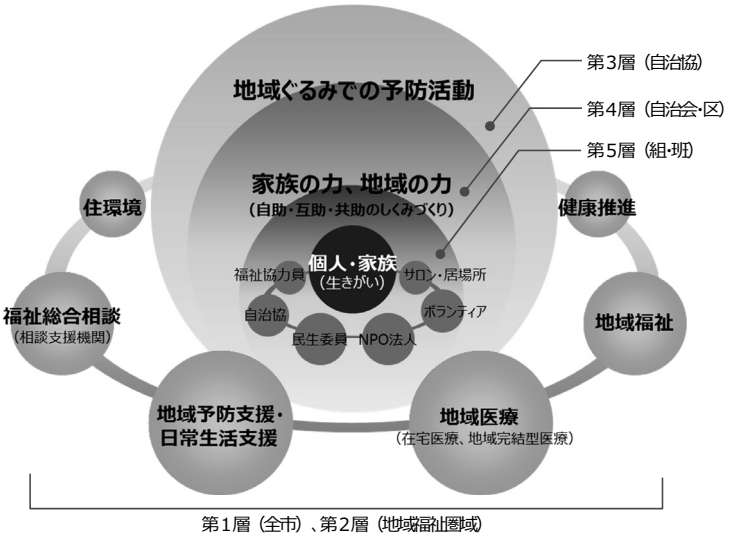
検討体制

→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

18

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。



19

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

20

伊賀市の
“コーディネーター”と“協議体”

21

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。

22

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

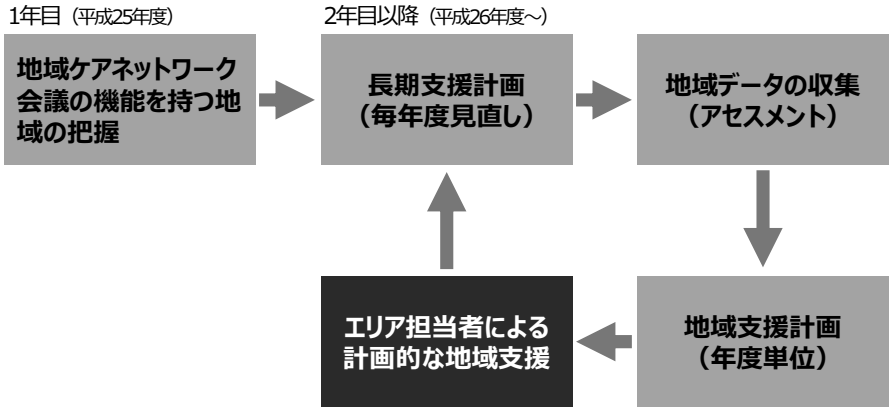
→「個別支援」「地域支援」のしくみを整理し、行政と社協の連携強化による支援のしくみ
※地域支援＝エリア担当者、自治協支援担当課
※個別支援＝エリア担当者、地域包括支援センター等

23

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

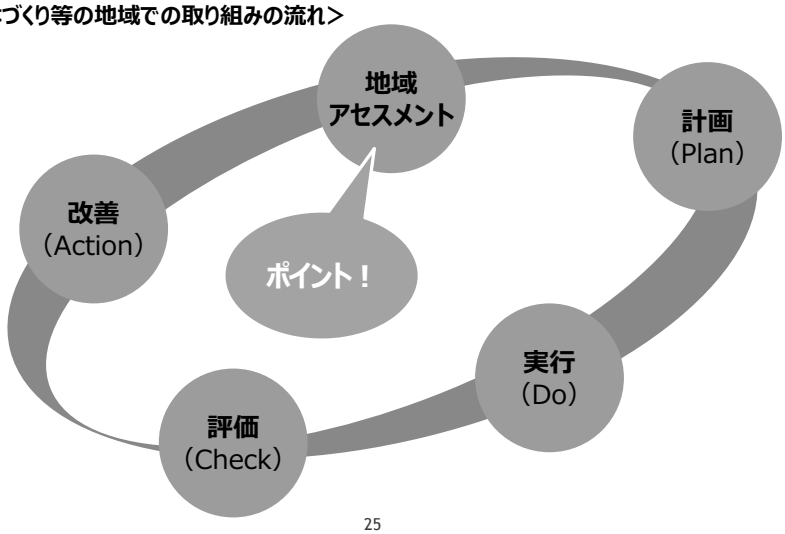


24

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＞



25

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

26

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	調査活動
◆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	◆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	**地域踏査（フィールドワーク）**
◆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	◆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

27

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

28

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

１つのニーズの背景には、10のニーズがあると思え
10のニーズの背景には、　100のニーズがあると疑え
100のニーズがあったときは、解決の施策をつくるべし

29

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

30

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】

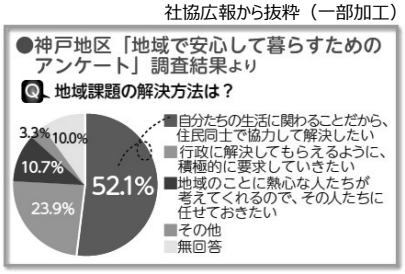
社協広報から抜粋（一部加工）

◆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】

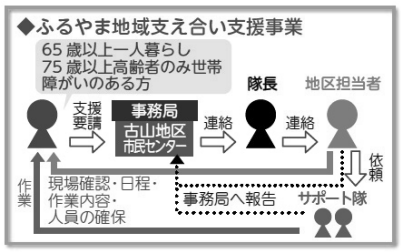
社協広報から抜粋（一部加工）

◆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。

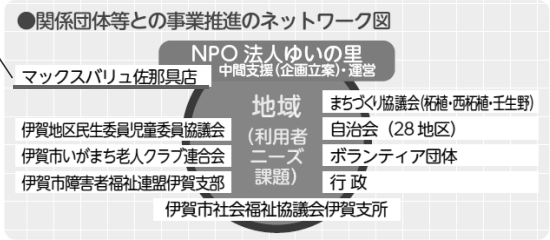
伊賀市社会福祉協議会
古山エリア担当　福永 悦子

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。

地域の取り組み事例
＜人材養成＞

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。

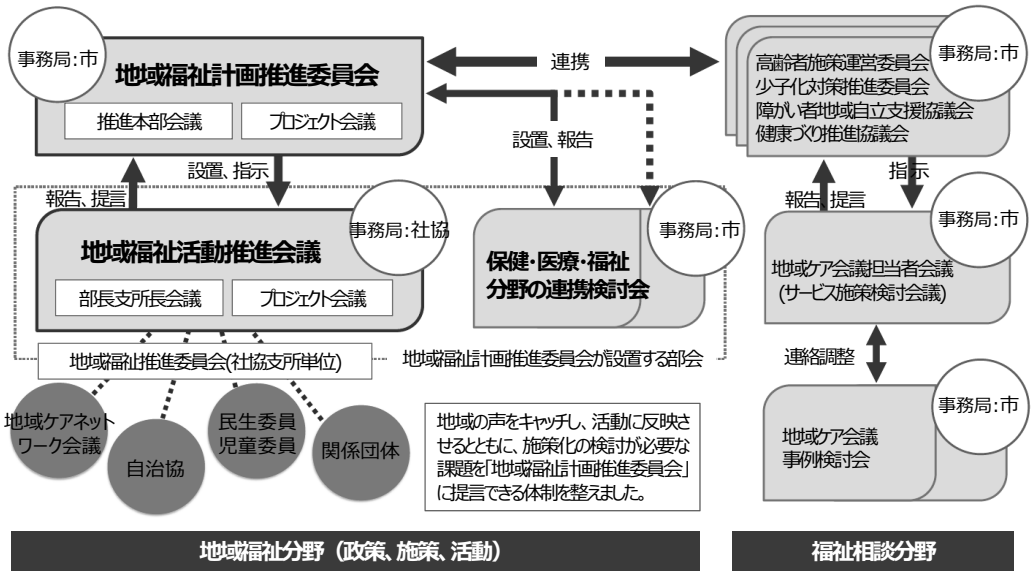
そして、平成24年度には、伊賀音楽療法研究会の協力を得て、支え合いセンターを活用し、高齢者が主役となる人材育成（元気な高齢者が講師になるための人材養成）に取り組みました。

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。

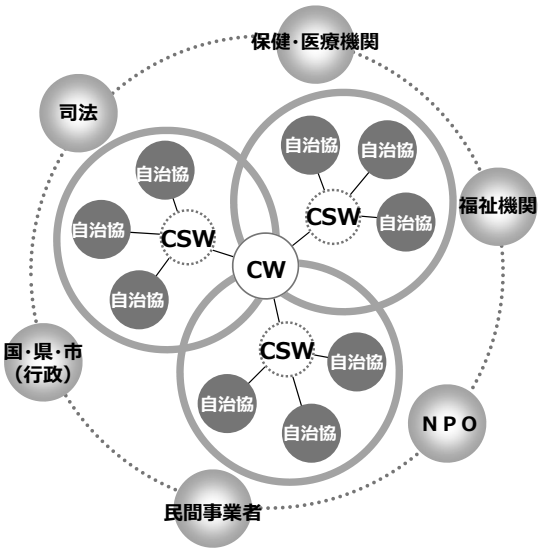
「子どもや高齢者は決して弱者ではなく、元気な人が要支援者を支えるのが当たり前。それが諏訪地域の地域福祉だ！」という想いをもって事業がすすめられています。

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。

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。

37

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。

38

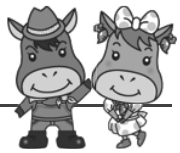
“みんなが幸せに住める”串間市を作るために

（目次）

１．串間市の概要
２．地域包括ケアに向けた体制（現在）
３．“まるっとみんなの会議”（協議体の卵)について
　（１）会議設置までの経緯
　（２）会議の概要
　（３）会議の開催内容
４．今後に向けて
５．まとめ

平成２７年２月
宮崎県串間市　医療介護課

1-(1)串間市の概要



面積：294.9平方km

宮崎県の最南端に位置

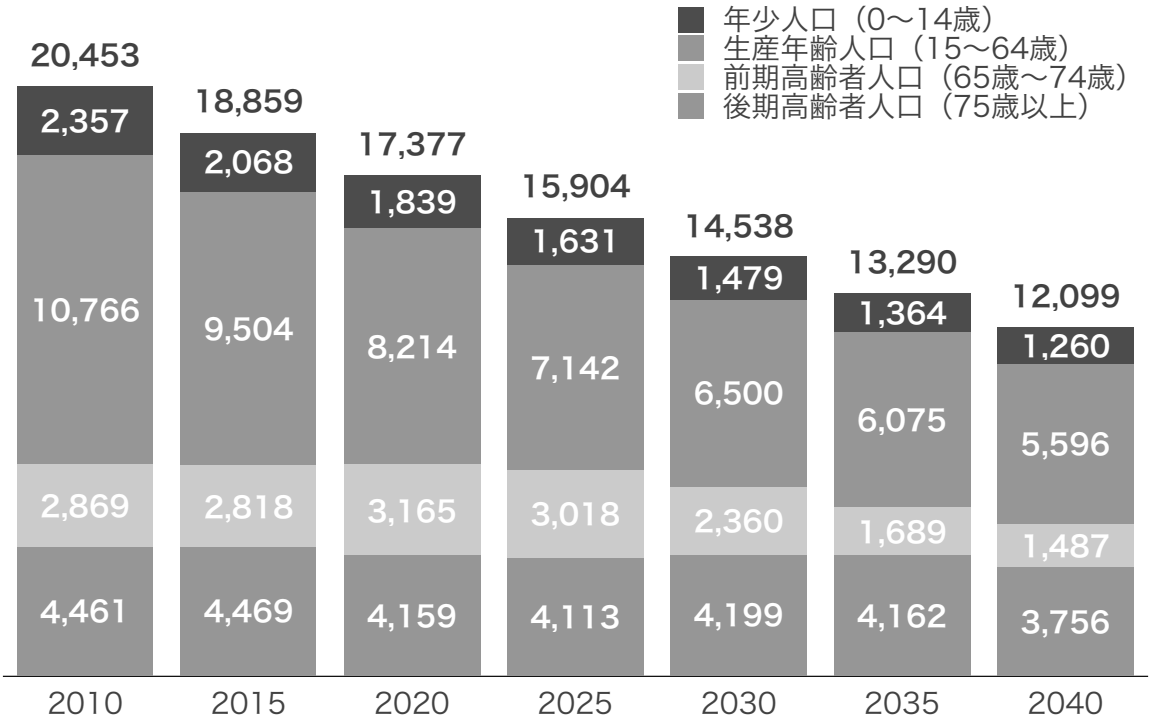
- 人口：20,089人（H26.11末：住基）
- 65歳以上：7,346人（**36.6**%）
- 75歳以上：4,524人（22.5%）

  ※地域別の高齢化率

福島地区：31.7%	本城地区：45.4%
北方地区：35.3%	都井地区：**50.6**%
大束地区：38.2%	市木地区：49.9%

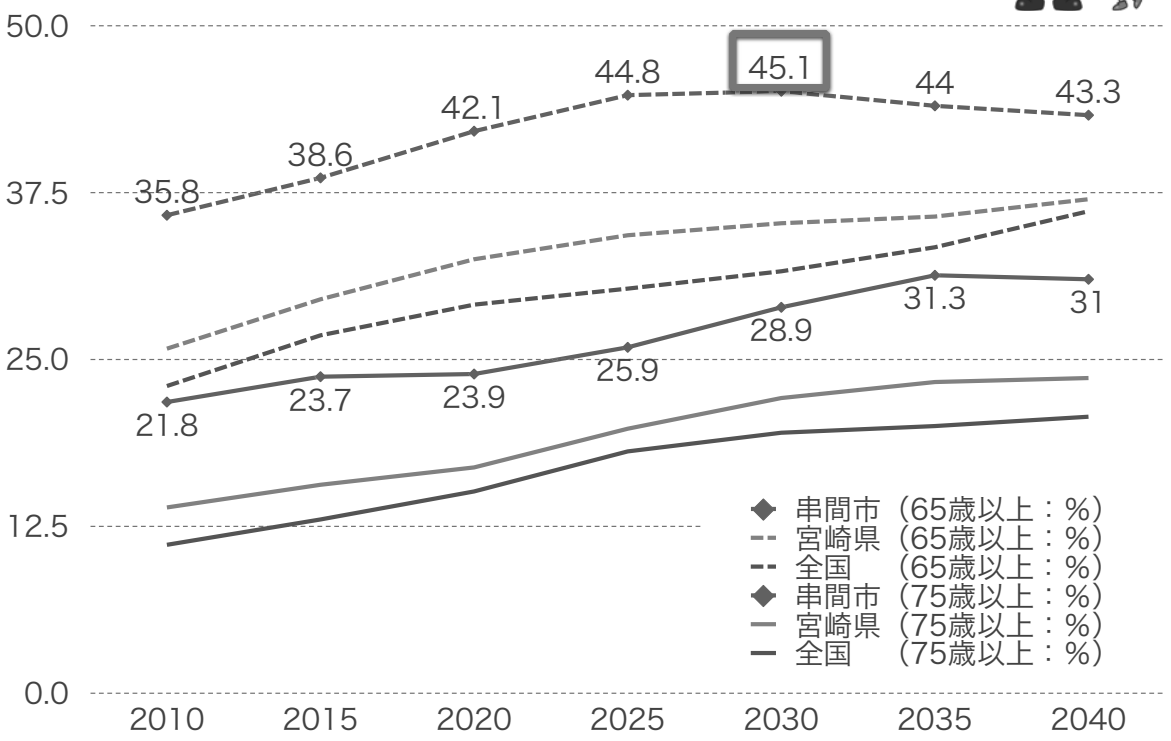
- 地域包括支援センター：１ヵ所
  ※串間市社会福祉協議会へ委託
- 日常生活圏域：１つ（市全域）
- 要介護等認定率：**21.4**%（県内ワースト）
- 消滅可能性都市に該当

1-(2)串間市の将来人口（推計）



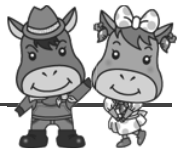
（国勢調査／国立社会保障・人口問題研究所資料から作成）

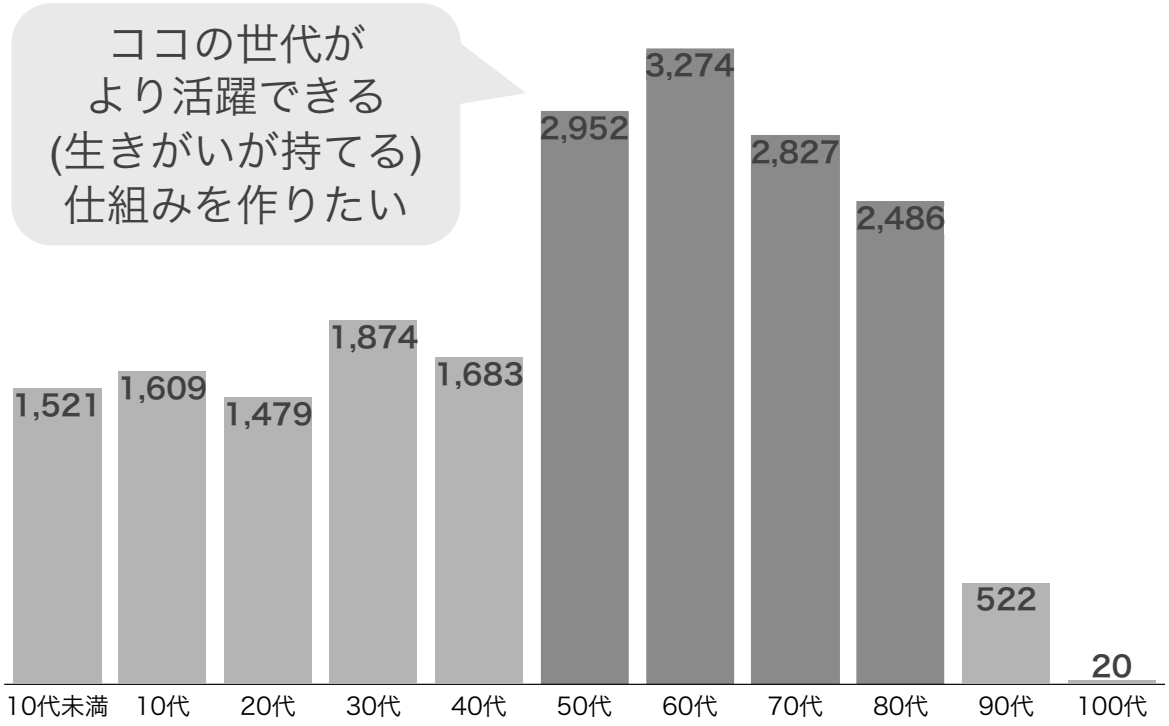
1-(3)串間市の高齢化率の推移



（国勢調査／国立社会保障・人口問題研究所資料から作成）

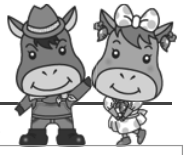
1-(4)串間市の人口構成（年代別）





（住民基本台帳）

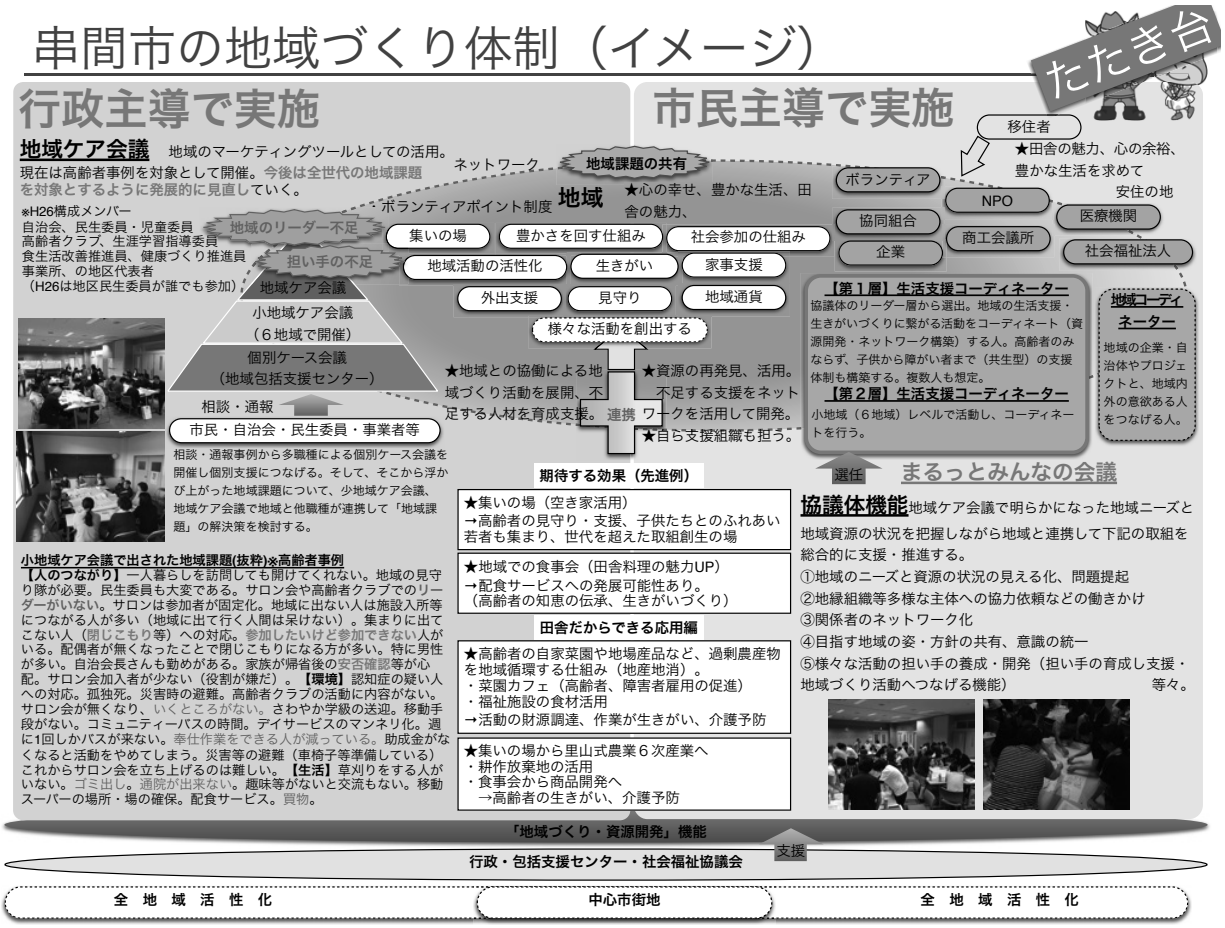
2．地域包括ケアに向けた体制（現在）



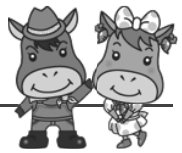
①個別課題解決　②ネットワーク構築　③地域課題発見　**④地域づくり・資源開発**　⑤政策形成

企画構成	会議名		会議の主な目的	会議の機能				
				①	②	③	④	⑤
市	高齢者保健福祉計画等審議会		・高齢者保健福祉計画の策定 ・介護保険事業計画の策定					●
	地域ケア会議	地域ふれあいケア会議	自治会、団体の市全体レベルの課題解決に向けた取り組みを検討、実施する。				●	●
		小地域ケア会議（各６地域）	自治会、民生委員、高齢者クラブ、健康づくり推進員、食生活改善推進員、生涯学習指導専門員、事業所の地域代表者で地域課題の解決に向けた取り組みを検討、実施する。		●	●	●	
		個別ケース会議（地域包括支援センター）	市民やケアマネ等から相談された個別事案の解決に向け、他職種で支援策を検討、実施する。	●	●	●		
	包括保健医療福祉推進会議		串間市民病院、保健・福祉部局の連携体制づくり					●
	事業所・支援センター連絡会（地域包括支援センター）		・介護支援専門員、訪問・通所事業所ごとに連絡会を開催。情報共有、質の向上の勉強会等を行う。 ・子ども・障害・高齢者・生活困窮の支援センター ・合同による情報共有、勉強会等を行う。		●			
医師会	在宅ケア研究会（南那珂医師会）		医療機関等・介護事業所の事例研究の場		●			
市民	**まるっとみんなの会議** ※地域づくりの主体。 協議体としても機能する。		・全ての世代が関わる地域づくりを行う。結果として高齢者の生きがい、社会参加を促進し、生涯現役となれる元気な高齢者を増やし、地域活性化を図る。 ・市民有志により構成。自ら地域づくりを企画、検討実施まですべてを行う。行政等と連携する。 ・支え合い・助け合いの地域づくりリーダーを発掘。		●		●	

串間市の地域づくり体制（イメージ）



3-(1)「まるっとみんなの会議」設置の経緯



串間市の状況

・**人口減少**（年少、生産年齢人口が大きく減少）に対する危機感（消滅可能性都市）。
・地域の**支え合い機能そのものの維持が困難**となる恐れ。
・高齢化、経済の衰退等による**地域の疲弊感**。（介護保険云々よりこっちが気になる。）

平成25年度　介護保険制度改正案の内容が徐々に明らかに

・地域支援事業の改正、ボランティア…協議体…生活支援コーディネーター…
・**どこから？どうやって？何から始めれば…？**

平成26年3月7日 「新しい地域支援のあり方を考えるフォーラム」へ参加

・これは**支え合い、助け合いによる“地域づくり“**そのもの

「新たな地域支援事業に対する基本的な考え方（新地域支援構想会議）」

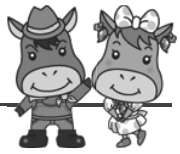
“助け合い活動について、公的福祉制度の代替ではなく、活動を通して孤立している人々とつながり、その人と地域社会とのつながりを回復するという、住民・市民自身の活動であるからこそ可能な固有の働きを持っている”

“地域社会の助け合いを基本とする活動は要支援等の高齢者のみに限定することは不可能であり、子ども、障害者も含め、福祉制度の分野にかかわらず、幅広く対応している”

“助け合い活動は…（中略）…地域社会づくりと合わせ、その総合的な推進を図ることが必要”

⇒**これは何か大事になりそうだ(チャンス！？)**
制度のこともあるし、どうせやるなら早いうちに、やったほうがいい。
串間を「どんげかせんといかん」と思っている市民を集めてみよう！

3-(2)まるっとみんなの会議の概要



1．目的

赤ちゃんからお年寄りまで“まるっと”**幸せで住みよい串間市を実現する**ため、自ら企画し、検討し、準備、行動できる**市民主導型**の**市民会議**。

2．メンバー

市民有志

①一般市民
②団体（ボランティア、ＮＰＯ法人）
③事業所（介護支援専門員、従事者）
⇒広く呼びかけ、**手を上げた市民**が参加。
⇒**充て職による組織ではない。**
⇒専門職の参加で助け合い活動を自然と提案。

★こんな方が引っ張っている！
・ボランティアに携わっている方
・普段から地域づくり活動に携わっている方
・都会からのＵターン者（田舎の人のつながりを実感している方）
・高齢者の実情を知るケアマネさん
・元気なおばちゃん！

3．運営

長期的なスケージュール感の中でビジョンを明確にして市民の意思決定で進める。

＜現在＞行政による場の提供と進行。でも**意思決定は必ず市民。**
⇒**規範的統合が不可欠（重要）**。参加者の考え方、認識、ビジョン、価値観、理念を統一・共有することが出発点。
（串間市の現状、課題、地域ニーズ、地域づくりの仕組み等）

＜今後＞市民による進行、企画、準備、行動。将来的に自立運営を目指す。
⇒できれば、会議そのものを団体化又は法人化できるよう自立させたい。
⇒第６回目の開催でメンバーの総意と本人の意思でリーダーが決定。

3-(2)まるっとみんなの会議の概要

4．開催頻度

会議の定着を図るため、
毎月第１木曜日18:00～(2H)

5．立ち上げまでにやったこと

①地域包括支援センターと社会福祉協議会に共催の協力依頼。
②各部署(福祉事務所、企画政策、協働推進担当等)への周知。⇒引き続きの課題。
③**自主的な参加者を集める**ため、市内全戸(8,000戸)に右の募集チラシを配布。

6．特に意識したこと

①**動員をかけない**。
⇒あくまでも自然に集める。強制しない。
②**必要以上に手を出さない**。
⇒自己決定で「やらされ感」を持たせない。
③**規範的統合に時間をかける**。
⇒地域づくりの方向性を一つに。
⇒市民主導とはいえ、行政には**目的**がある。

赤ちゃんから高齢者まで まるっと！
これからの時代を考えて この串間で
ずっと幸せにくらしていくには どうすればいいか???
を考える仲間を募集します。
あなたも一緒にやりませんか！！

まるっとみんなの会議

初回テーマ「何から考えるか、を考える！」
ファシリテーター 公益財団法人さわやか福祉財団
さわやかインストラクター 初鹿野 聡
(NPO法人みんなのくらしターミナル代表理事)

平成26年
7月3日（木）18:00～20：00

【場 所】串間市総合保健福祉センター 2階研修室
【対 象】串間市民（無料）
【申込み】事前にお電話又はFAXで下記の連絡先までお申込み下さい。
共 催 串間市、串間市社会福祉協議会、串間市地域包括支援センター
協 力 公益財団法人さわやか福祉財団、NPO法人みんなのくらしターミナル

＜連絡先・お問い合わせ＞ 串間市医療介護課介護保険係
TEL／0987-72-0333 FAX／0987-72-0310 メール／kaigo@city.kushima.lg.jp

参加申込書	
氏 名	
連絡先	住所： 電話：

※お電話・メールの場合は、上記事項をお伝えください。

3-(3)まるっとみんなの会議の開催内容

第１回（7月3日）参加者59名

①講話「自殺、犯罪の背景にあるものは、**孤独**」

・孤独を解消するためには**人のつながり**や**生きがい**が大事。

②グループワーク「理想の串間市」…ブレスト法

⇒約300の意見が出た。（意見出しで終了）

第２回（9月4日※8月は台風で中止）参加者53名

①講話（人の繋がり・助け合いの今と昔）

・昔は家族内でお年寄りや赤ちゃんの世話ができていた。しかし、社会が変わり**昔のようには戻れない**。

・今はスマホの時代。指一本で部屋に閉じこもっていても繋がれる時代となった。一方で、リアル社会で**つながりの希薄化**が進む。心の孤独は反対に強まる一方である。

②グループワーク「理想の串間市像の整理」

⇒約300の意見全てを自由に整理し、発表。

無い物ねだりの会議でないことをしっかりと伝えていくことに注力。

意見は多方面にわたっており、**規範的統合の必要性**を再認識。

⇒企業誘致・箱物整備・観光整備などの分野まで及んでいた。

地域活性化を皆が望んでいる事は理解できたが、問題はそれを実現する手法であり、自分たちが出来ること、支え合い・助け合いの仕組みづくりができれば、地域づくりにつながることを伝える必要があった。

⇒でも、それをただ言うのではなく、**気付いてもらう**必要がある。

3-(3)まるっとみんなの会議の開催内容

第３回（10月2日）参加者41名

①グループワーク「**「幸せ」ってなんだっけ**」

第４回（11月6日）参加者34名

①グループワーク（※前回の続き）

②グループワーク「自分たちの**取組みの柱**を考える」

・はしごをかけ違わないのように目的地をはっきりさせてから旅立つことが大事。

自分たちが本当に求めているものは何か、どうすれば幸せになれるのか、気づいてもらう。⇒実は、地域づくりの根底にある大事なもの。

第５回（12月4日）参加者20名

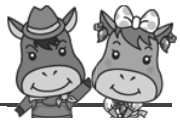
①全体ワーク

⇒グループワークで**共通的要素（人のつながり、健康、環境、経済、尊厳）**が見えた。

今後の取組みの方向性を**５つの行動の柱**とし、**宣言**という形でまとめた。

（※参考）「幸せ」なこととは？（抜粋）⇒医療不安のない串間。自分が**人のために手助け**出来る事。**買い物弱者に優しい**町。**人とのつながり居場所**。やりたい事ができる（**生きがい**）。生活費を気にせず暮らしていける串間市。串間市民皆ハートフルで**おせっかい**。新鮮な野菜や魚など安全に食することができること。**孤独じゃない**。海の幸、山の幸など地元の食べ物がとてもおいしい（安く買うことができる）。倒れてもご近所が気付いてくれてる。外から来た者にわかる（地元にいる人は気付かない）良さ（人のつながり）を感じる。最低限のお金がある幸せ。生きがいを持って働ける場所がある。**自分の望む最後を迎えられる**環境がある（**尊厳**）心の安らぎを実感出来る地域社会を創る。家庭や社会で**孤立せず、つながっている**。高齢者の**一人暮らしになっても安心**して住める。

2014串間まるっと幸せ！よかとこ宣言



まるっとみんなの会議は、市民のつながりを基盤とした地域づくりを推進し、子供からお年寄りまでまるっとみんなが住み慣れた地域で安心して幸せに住み続けることができる故郷串間を創造するため、次の5つを取組みの柱にすることを宣言します。

（人とのつながり）

1. 私達は、日々の助け合いにより人と人とのつながりを深め、子供から高齢者がふれあえる共生型のまちを創ります。

（心と体の健康）

2. 私達は、笑顔で元気にだれもが生きがいをもって健康づくりを楽しめるまちを創ります。

（環境）

3. 私達は、地元の海の幸・山の幸など美味しいものを食べ、自ら遊び次の世代へ伝えることなどで、自然を活かし守ります。

（経済）

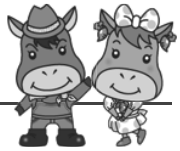
4. 私達は、海や里山の持つ宝を活かし、地産地消、資源の活用・交換など、お金だけに依存しない、地域で豊かさを回し生み出す仕組みを作ります。

（尊厳）

5. 私達は、全ての世代が自分らしく生きることを大切にし、帰りたいと思えるまちをつくります。

まるっとみんなの会議（2014.12.4宮崎県串間市民会議）

3-(3)まるっとみんなの会議の開催内容



第６回（平成27年1月8日）参加者30名

①**PR戦略**を考える。

・**市長への宣言セレモニー（１月１９日）**

⇒**経過報告**と**行政への認識**と

・**市民への活動報告会（４月頃）**をメンバー自身で行う。

⇒市民に思いを伝え、活動を広げる。

②**活動拠点**を考える。

⇒活動拠点として「**集いの場**（⇒比較的、簡単に始められる。）」を検討。

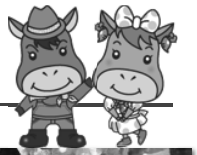
市長への宣言セレモニー（1月19日）

①メンバーが市長、副市長へ趣旨と行動の柱を宣言。

②フリートーク。市民と行政に連携が広まることを期待。

③最後に記念撮影。（このときの気持ちを忘れないでいよう！）

(参考)地域課題の状況（小地域ケア会議より）



１．小地域ケア会議で出された地域課題(抜粋)

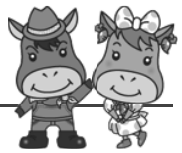
【人のつながり】一人暮らしを訪問しても開けてくれない。地域の見守り隊が必要。民生委員も大変である。サロン会や高齢者クラブでの**リーダーがいない**。サロンは参加者が固定化。地域に出ない人は施設入所等につながる人が多い（地域に出て行く人間は呆けない）。集まりに出てこない人（**閉じこもり**等）への対応。**参加したいけど参加できない**人がいる。配偶者が無くなったことで閉じこもりになる方が多い。特に男性が多い。自治会長さんも勤めがある。家族が帰省後の**安否確認**等が心配。サロン会加入者が少ない（役割が嫌だ）。

【環境】認知症の疑い人への対応。孤独死。災害時の避難。高齢者クラブの活動に内容がない。サロン会が無くなり、**いくところがない**。さわやか学級の送迎。**移動手段がない**。コミュニティーバスの時間。デイサービスのマンネリ化。週に1回しかバスが来ない。**奉仕作業をできる人が減っている**。助成金がなくなると活動をやめてしまう。災害等の避難（車椅子等準備している）これからサロン会を立ち上げるのは難しい。

【生活】草刈りをする人がいない。**ゴミ出し**。**通院が出来ない**。趣味等がないと交流もない。移動スーパーの場所・場の確保。**配食**サービス。**買物**。

地域も課題を認識しているが、解決の糸口をつかめない。

(参考)地域課題の状況（その他）



２．福祉行政部署の意見（抜粋）

（１）障がい者関係

・障がいのある方々が就労・訓練できる場所が少なく、経済的に自立する事が困難。
・障がい者世帯の高齢化や単身障がい者世帯等が増加し、車の運転などができない。
・養護者が急病、急死したが在宅の希望強く、不測時の対応が困難なケースがある。

（２）生活困窮関係

・ひきこもりやニート等の実態を把握している機関が存在しないことに加え、支援する専門的機関がない。
・困窮しながらも外部にＳＯＳを発信できない人が多い。
・社会資源（困窮者支援の出口）の少なさから結果として支援完結が難しい。

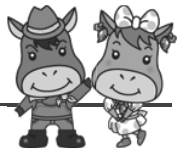
（３）こども・子育て関係

・親子が安心して集まれる身近な場所、イベントの開催。
・自分の気持ちの行き場がなく家庭内暴力につながるケースもある。

（参考）ケアマネアンケートでの意見（あったらいいサービス抜粋）

民間の自由に動いて頂ける団体が多くあると助かる。多くの見守り体制（パトロール隊等）。移動スーパー。訪問介護以外の生活援助サービス。外出支援。ワンコインのボランティア。移送サービス。各地区にサロン会を立ち上げてほしい。在宅で安価で気軽に利用できる家事支援。地域内で集まって交流と運動ができるサービス。買い物支援。見まもり体勢（民生委員とは別に）づくり。一人暮らしの人の病院受診への付き添い。一人暮らしの訪問、安否確認（特に認知症）、病院受診や買い物の支援、服薬介助（一部介助）支援等のボランティアの充実。

4. 今後に向けて



1．今後、協議体や生活支援コーディネーターとしてどうするか。

（1）この会議をどのタイミングで協議体に位置づけるか。
⇒協議体という言葉にとらわれず、**行政職員や専門職がメンバーとして参加することで、自然と取り組みに繋げることができる**のではないか。そのためにも取り組みを課題とマッチングして考えるようにする必要がある。

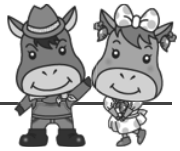
（2）生活支援コーディネーターを選ぶ場合に、本人の立場（現役者等）を考える必要がある。また、充て職で選んでもうまくいかないと思われる。
⇒会議を重ねていくうちに、適任者が見えてくる。積極的に参加する方は、熱意があり勉強しているし、**リーダーシップ**を持っている。

（3）協議体と実際に支援に回る側（担い手）との役割分担が必要。
⇒**協議体であり、担い手であり**という両機能を保有していてもよいと思われる。
また、担い手として得意分野を持つ団体がいれば、そこに任せて、ネットワークを使って活動の輪を広げていければ良いと思う。**風通しのよい組織づくり**を。

2．課題

（1）できることから優先順位を決定し、具体的な整理が必要（人、資金）。
（2）既に広く地域づくりに携わっている方や団体に現状（課題、助け合い活動の重要性・可能性）を知ってもらうこと。
（3）いかに行動しやすい支援を行政・社協としてできるか。
（4）地域包括支援センターの役割りをどこに位置づけるべきか。
（5）行政の経験と認識不足（助け合いを市民に求めるという点）。
（6）地域包括ケアは高齢者だけの問題ではないという認識不足（主に行政）。
共生型の社会づくり、地域づくりとして、横断的な支援が必要。
（7）この仕組みによる地域づくりから、**行政の様々な課題（経済活性化、観光資源づくり等）の解決につながる可能性がある**ことを、全庁的に理解を促す必要がある。

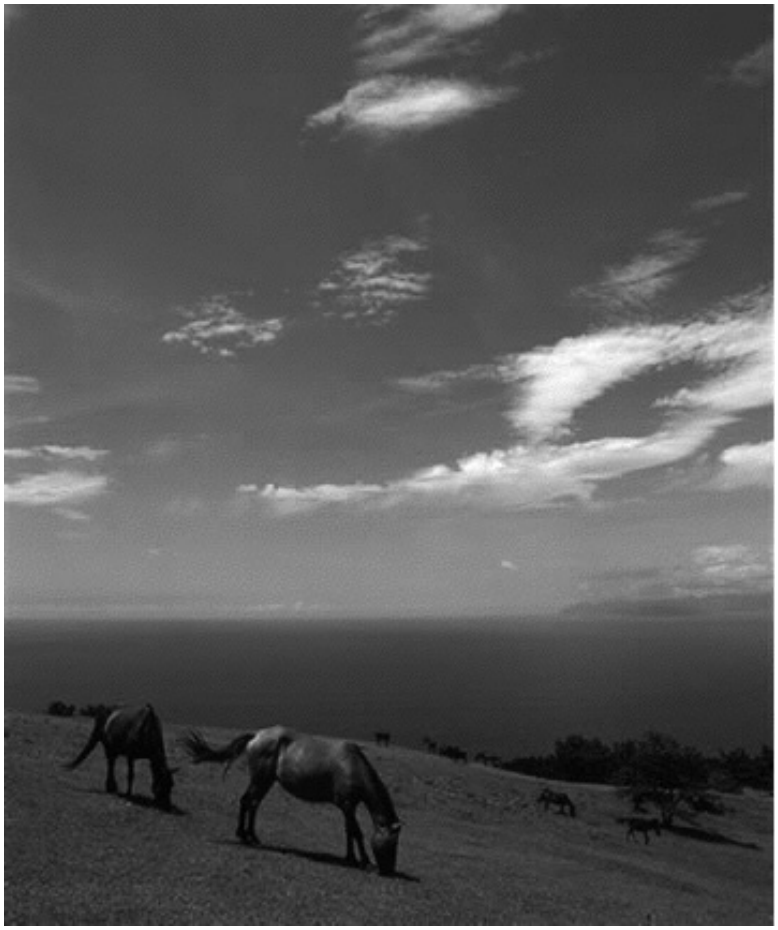
5．まとめ



- どこの自治体でも**簡単に始められる**。
- 地域づくりの基盤づくりにも最適だが、**目的を忘れない**ように。
- この形が結果として吉と出るかは現時点ではわからない。
効率的で効果的な行政運営が求められている中で、
住民主体による協働というスタイルを採用した。
- 会議を住民主体で進めていくことは大事。
しかし、そこには行政職員として一定の目線が必要。
　積極的に行政職員はメンバーとして参加し、**住民**がやるべきことやできること、**行政**がやるべきこと、**専門機関**がやるべきこと、を常に整理していくべき。
　また、結果として、どうできたのか、できなかったのか、をきちんと分析していく必要がある。
- **最後に、色々と考えて前に進まないより、行動しながら解決していくことが求められる。“地域づくり”とはたぶんそういうもの。**
- **市民の熱意と行動力に感謝します。**

ご清聴
ありがとう
ございました

といくん　　みさきちゃん
（串間市ゆるキャラ）



研修映写用資料

Ⅰ.生活支援コーディネーターに期待される機能と役割

1

1　生活支援サービスについて

サービスの分類	サービス事業	一般介護予防	任意事業	市町村実施	民間市場	地域の助け合い	備　考
①介護者支援			総合事業の対象外であり、任意事業、市町村の独自事業での実施を想定。介護者の集い、介護教室等。				
②家事援助	訪問型サービスで実施。NPO・ボランティアを主に活用			要介護者の生活支援は任意事業で実施可能。一般財源化された軽度生活支援は市町村独自で実施可能。			
③交流サロン	要支援者を中心に定期的な利用が可能な形態は総合事業の通所型サービス、その他の地域住民の通いの場は一般介護予防事業を主に想定。住民、ボランティア等を中心に実施。						
④外出支援	訪問型サービスDで実施。担い手はNPO、ボランティア			左記以外は、市町村・民間事業者が独自に実施			
⑤配食＋見守り	その他の生活支援サービスを活用可。担い手はNPO、民間事業者等		左記以外は、任意事業又は市町村・民間事業者が独自に実施				サービス事業では、民間市場で提供されないサービスを提供
⑥見守り・安否確認	その他の生活支援サービスを活用。担い手は住民、ボランティア等		左記以外は、地域の地縁組織・民間事業者等による緩やかな見守り				

※　上表中、地縁組織は地区社会福祉協議会、自治会、町内会、地域協議会等を意味する。

4.「地域資源の開発」と「支援の提供」を分けて考える

■「生活支援体制整備事業（地域資源の開発）」と「総合事業（支援の提供）」は、分けて考える

「総合事業に資するサービスを開発するのが生活支援体制整備事業」ではなく、「（既存サービスに加え）生活支援体制整備事業で開発された支援・サービスの中で、総合事業に適合する支援を組み込む」と考えるべき。

【地域資源の開発】

◎既存の地域資源の整理・確認

他部署等の住民主体の取組み（健康づくり・生涯学習等）、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。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視点も求められる。

◎地域に不足している資源の特定と開発

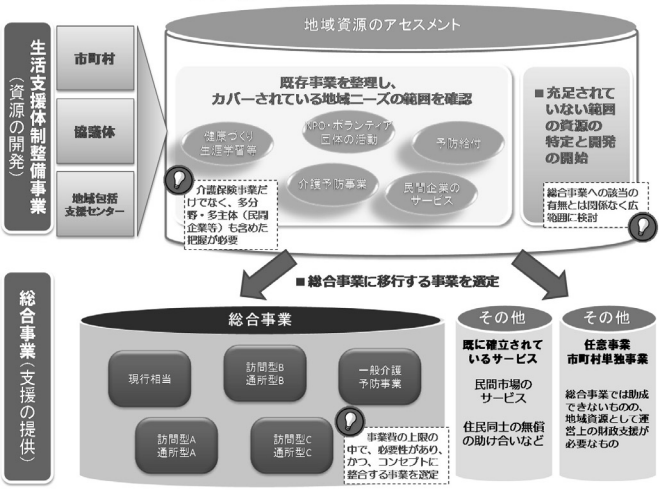
既存の地域資源では対応できていない生活支援ニーズを特定し、協議体を活用し、時間をかけて資源開発していくことが重要。

【支援の提供】

◎総合事業に移行する事業を選定

①事業費を充てる必要性、②総合事業のコンセプトとの整合性、の観点から優先順位を付けて選定。

<「地域資源の開発」と「支援の提供」>



※地域資源のすべてを総合事業に取り込む必要はない

※総合事業に組み込む支援・サービスの選定は、【資源の開発】と同時並行で進める。
【資源の開発】は多大な時間がかかるため、形成された支援・サービスから総合事業に組み込むかの検討を行って行くのが妥当

Mitsubishi UFJ Research and Consulting

一般介護予防と住民主体による通いの場は連続的

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）】

■「地域介護予防活動支援事業」が中核

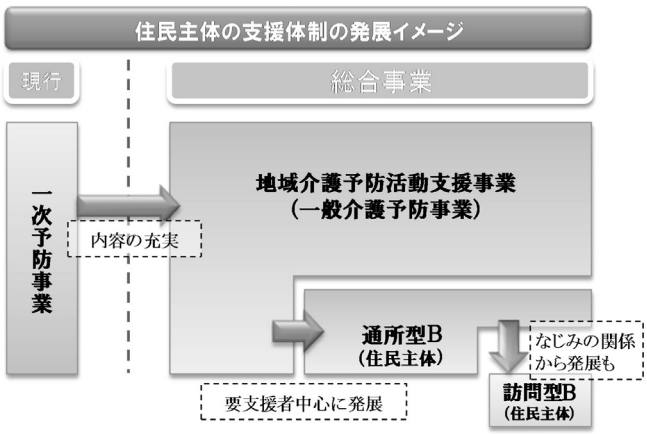
従来の一次予防事業は、意識啓発等の「介護予防普及啓発事業」が中心であったが、総合事業では、地域における住民の主体的な取組みの育成・支援を行う「地域介護予防活動支援事業」が中心的な事業となる。
また、現行の一次予防事業の類似の事業については、週に1回の活動を複数回に増やす、予防的な要素を組み込むなど、助成の交付も含め、目的にあった取組に強化・改善することが求められる。

■ 要支援者中心のサービスに発展させ通所型Bを整備

一般介護予防事業の利用者は全ての高齢者を対象としているが、初期の段階では元気高齢者の利用が多いと考えられる。要支援者相当の利用者が増えていく過程で、通所型B（住民主体の支援）への発展的な移行も考えられる。

■ 通所型Bから訪問型Bへの発展

訪問型Bは、生活支援を住民主体で行うものであり、信頼関係やなじみの関係が重要な前提となる。通所型B（住民主体）の継続的な運営により住民間のなじみの関係が構築されると、簡単なゴミ出しや買い物支援などを提供する訪問型Bに発展することが期待される。

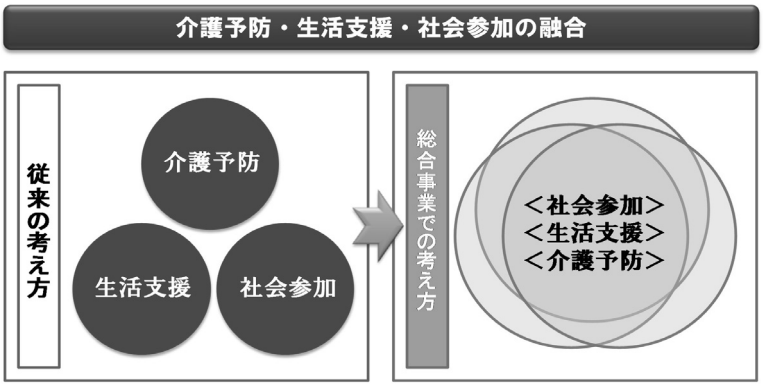


※留意点
例示は、あくまで典型的な支援やサービスのイメージを示すもので、各地域における生活支援体制は、地域の状況を踏まえて創意工夫のもとに開発されるものであり、その姿は、地域毎に異なるものとなることが予想される。
また、示しているもの以外の発展パターンをとることも充分に考えられる。

Mitsubishi UFJ Research and Consulting

- 生活支援サービスには、総合事業だけでなく、総合事業には位置づけられ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。
- 協議体、コーディネーターの活動は、総合事業内の生活支援サービスだけでなく、多様なサービス・活動を視野にいれることが必要
- 特に一般介護予防と住民主体による通いの場は連続的であると考えられる。介護予防、生活支援、社会参加は、一体的に推進することが必要。

※地域資源の全てを総合事業に位置づける必要はないことにも留意。



2　生活支援コーディネーターと協議体の活動理念

利用者、他の専門職、行政職員等とも共有できるよう働きかける

（1）利用者への支援やサービスの質に関する理念

〇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

〇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

〇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

〇支え上手、支えられ上手を増やす

〇地域の参加を広げ、地域の力量を高める

〇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

〇皆で資源を持ち寄り、賢く効率的に財源を使う

〇地域の実情や将来の介護保険制度等の姿をよく考える

３　コーディネーター、協議体の位置づけ

（1）「介護予防・日常生活支援総合事業」ガイドラインにおける位置づけ

（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及び地域資源の状況について十分把握し、地域における以下の取組を総合的に支援・推進。

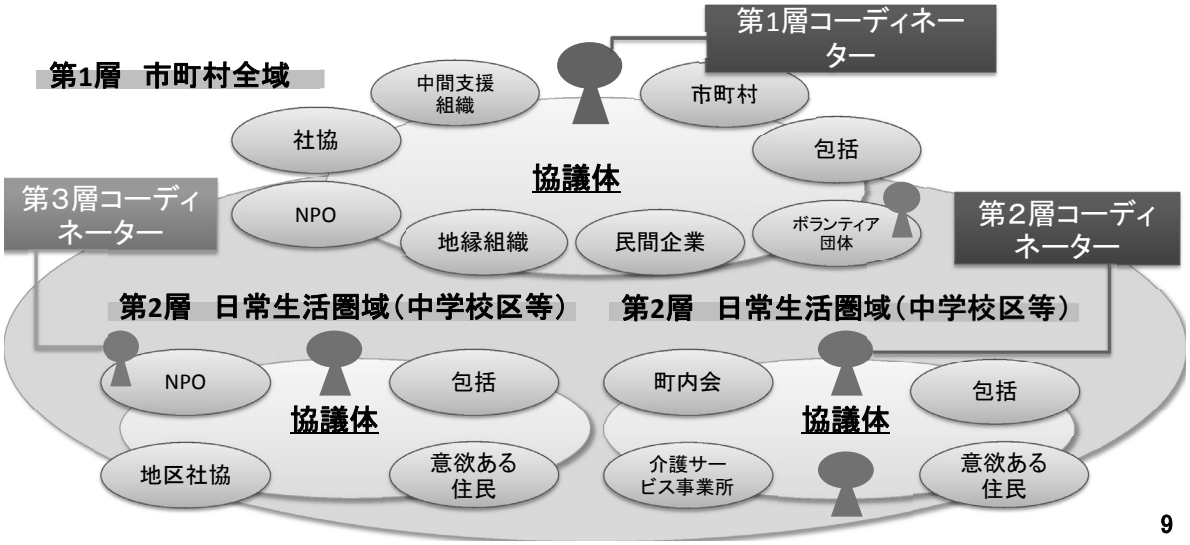
①　地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
②　地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ
③　関係者のネットワーク化
④　目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
⑤　生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能 ）
⑥　ニーズとサービスのマッチング

○　コーディネート機能は、概ね以下の３層で展開。当面は第１層・第２層の機能を充実し、体制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　日常生活圏域で、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、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

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

○ 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」の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、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望ましい。
○ 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、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
○ 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、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
○ 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るため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数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想定される。



9

（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・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。

各レベルのコーディネーターの基本的な役割

○第１層（市町村全域対象）、第2層（日常生活圏域対象）

・生活支援の担い手の養成、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

○第３層のコーディネーター（サービス提供組織に属する）

・自身が属する組織のサービスの提供…サービス提供内容の調整と担い手とのマッチング

第１層のコーディネーターの活動

○市町村全域でのサービス開発

・市町村全域で生活支援サービスが利用できるよう、現在あるいは今後生活支援サービスを行う活動主体を把握する。

・既存の団体への活動開始への働きかけ、立ち上げ支援等を行う。

○住民によるサービス提供主体への活動支援

・中間支援組織やサービス提供組織と協働し、ボランティアの呼びかけやサービスの案内等の広報支援、養成研修、スキルアップ研修等を行う。

・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、協働を促す。

・継続的な活動を行う組織への、事務所・コーディネーター等の確保に関する支援方策の検討。

○行政からの情報提供や意見交換の促進

・行政の施策等の情報をコーディネーターやサービス提供主体に提供し、定期的な意見交換の場を設けるなど、行政との連携や施策の計画的な推進を促進する

第２層のコーディネーターの活動

〇生活支援サービスについてのニーズ把握
・地域包括支援センター等と協働して既存の情報を活用し、小地域ごとにニーズを明らかにする。
・地域の住民組織等との日常的な意見交換
〇圏域の活動団体・社会資源の把握
・生活支援サービスを行っている団体、サロン活動の拠点、高齢者がよく買い物にいく商店街、地域密着型の企業など社会資源を把握する
〇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
・開発視点は第１層のコーディネーターの活動と同様。住民の気づきの支援など、活動の支援と開発を一体的に進めていく
〇地域への情報提供と利用者のサービスへの結び付け
・生活支援サービスの情報をリストや冊子にまとめ、利用者、地域の支援者・活動者、居宅介護支援事業所等に提供する
〇サービス提供主体・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
・互いの役割分担等についての共通認識の醸成

第３層のコーディネーターの活動

〇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
・利用者が地域の支援を得ながら、地域で自分らしい生活を続けることが出来る生活支援プランを、利用者と一緒に考えていく

〇サービスの担い手の支援
・担い手が、不安なく意欲を持ち活動し続けることが出来るよう、技能習得のための研修などを行う

〇サービス提供時の関係機関との調整
・利用者の生活ニーズを代弁し、活動の担い手側に立ち、担い手の声や課題を専門職等に対し代弁する

（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

〇コーディネーターの組織的な補完
〇地域ニーズの把握（アンケート調査やマッピング等の実施）
〇情報の見える化の推進
〇企画、立案、方針策定を行う場
〇地域づくりにおける意識の統一を図る場
〇情報交換の場
〇働きかけの場

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。

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

※コーディネーターの配置、協議体の設置形態は、地域の実情に応じて既存の資源を活用した様々なあり方を想定

※コーディネーターの活動、協議体の協議のいずれも、地域の公益的な活動の視点、公平中立な視点が大切

コーディネーター及び協議体設置に係る参考事例

①地域包括支援センター型

【佐々町地域包括支援センター（長崎県佐々町）の取組事例】

地域包括支援センターの３職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が中核となって設置した事例

②住民・行政等協働型

【神奈川県平塚市（町内福祉村事業）の取組事例】

行政が仕組みづくり（制度化）を実施し、住民と協働して設置した事例

③社会福祉協議会型

【伊賀市社会福祉協議会（三重県伊賀市）の取組事例】

社会福祉協議会が中核となり、市町村と協働して設置した事例

④ＮＰＯ型

【ＮＰＯ法人ふらっとステーション・ドリーム（神奈川県横浜市）の取組事例】

【ＮＰＯ法人介護者サポートネットワークセンターアラジン（東京都杉並区）の取組事例】

テーマ型の活動を行うＮＰＯが中核となり、市町村と協働して設置した事例

⑤中間支援組織型

【ＮＰＯ法人コミュニティ・サポートセンター神戸（兵庫県神戸市）の取組事例】

自らが事業を実施せず、事業を行うＮＰＯを側面から支援するＮＰＯのような組織のはたらきかけ等により設置した事例

17

〈事例1 秋田県 小坂町〉

生活支援サービス協議体の設置、生活支援コーディネーターの設置に向けた取組状況について

生活支援コーディネーター：2名

・40年以上保健師として活動し地域に精通している方1名

・地域・団体に精通している町社会福祉協議会職員1名

※町社会福祉協議会が持つ地域のネットワークを活かし、運用面でより充実した内容とする

協議体（平成27年秋頃設置予定）

☆設置の意義・目的

・関係機関の情報共有や連携を図るとともに、地域資源の発掘や構築

・地域ケア会議で出された地域課題や運営協議会等で示された方向性との整合性を図るために、町（地域包括支援センター）が協議会の事務局を担う。

☆協議会に求める役割

〇体制構築に向けた企画立案や必要な協議・調整

〇コーディネーターを組織的に支持

〇各構成員で把握している地域ニーズを共有し、地域課題の解決に結びつける

☆今後の予定

平成27年　7月　協議会の構成について確定をさせる

8月　要綱の整備、構成員へ参加の打診・調整

10月　構成員向けの研修を実施

第1回目の会議を実施予定

想定している協議会構成員の構成

・町社会福祉協議会（SC1名）

・社会福祉法人1団体（町の介護予防事業受諾団体：1名）

・自治会総連絡協議会（地縁活動や見守り活動：町内5地区から代表を5名）

・民生委員（声かけや見守り：2名）

・介護予防協力員（代表1名）

・ボランティア活動実践者（居場所づくりや家事支援の分野から各1名）

・地域包括支援センター（SC1名・事務局兼務）

18

協議体の立ち上げ、運営の方向性

〈事例2 千葉県 流山市〉

第1段階

平成27年7月から、市内全体を対象エリア第1層）とした協議体を立ち上げる（準備会からスタート）。

参加組織、団体等（現時点の予定）
- ●NPO法人（複数）
- ●流山市社会福祉協議会
- ●流山市シルバー人材センター
- ●民生児童委員
- ●老人クラブ
- ●生活協同組合
- ●介護保険事業者
- ●商工会議所
- ●コミュニティスポーツリーダー
- ●学識経験者
- ●その他地域の支え合い、生活支援に関する活動を行う団体等

市町村担当者、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターは、事務局側として参画

▼役割・話し合うこと
- ・ 地域の支え合い・生活支援の体制整備のための連携の強化
- ・ 地域の支え合い・生活支援の現状と生活支援ニーズの把握・共有化
- ・ 支え合い・生活支援の体制整備の企画立案と対応の検討
- ・ 社会資源マップ等の情報の見える化の推進
- ・ 生活支援コーディネーターの支援及び連携

等

第2段階

日常生活圏域を対象エリア（第2層）とした協議体については、 27年12月頃を目標に立ち上げを推進する。

第2層の協議体に追加して参加する組織、団体等（現時点の予定）
- ●地区社会福祉協議会
- ●自治会

※議題によっては、事前周知し、地域住民に広く参加を呼び掛けることも。。。

19

〈事例3　奈良県 生駒市〉

協議体と生活支援コーディネーターについて

- 第1層：介護保険運営協議会のメンバー＋αで検討

↓

市民活動推進課と社会福祉協議会と高齢施策課において
ニーズ調査の実施（案）、ボランティアの養成・育成等

- 第2層：市民自治協議会との連携、平成27年度は「勉強会」の立ち上げ
- ひまわりの集い等を全市拡大していく方法論の検討等

20

〈事例4 埼玉県 吉見町〉

生活支援コーディネーター・協議体

生活支援コーディネーター（第1・2層で選任）

・地域包括支援センター内に新たに配置
・選任理由：サロン活動や家族会で中心的役割を果たし知識や経験、熱意があったため。
・活動内容：今年度、サービス担い手の養成研修予定

協議体

・平成27年4月から毎月協議体研究会開催
・構成要員：社会福祉協議会、農業協同組合、社会福祉法人職員及びコーディネーター、商工会やシルバー人材センター、生活協同組合に働きかけ予定
・協議内容：総合事業内容等、今後は、コーディネーターと連携を図り資源開発やニーズと取組のマッチングを推進

21

〈事例5 茨城県 日立市〉

生活支援コーディネーター・協議体

①平成27年4月1日付で市社会福祉協議会に業務委託
②委託内容：生活支援コーディネーター(最低1名)の専任、協議体(話し合いの場)の設置(関係者会議年4回を含む)、地域資源の開発、ネットワークの構築など
③生活支援コーディネーターのこれまでの活動状況：
地域ケア個別会議への出席、
関係者会議(地域コミュニティ、民生委員、地域包括支援センター、市社会福祉協議会事務局など)への出席
現時点では、地域からの情報収集を中心に事業を展開している。

22

【簡単な演習】

〇すでに設置した地域の取り組みについての情報交換をしてください（研修では事例報告をもらうことも考えられる）

〇みなさんの地域でコーディネーターを置くとしたらどのような組織や人を想定しますか？

〇協議体はどんな形で設置しますか（他の協議組織との役割分担と連携。効率的な運営の工夫）

４．市町村の役割

〇計画的な推進体制・基盤整備・・・コーディネーターや協議体の設置（特定）、サービス開発や基盤整備の方向性を行政の計画に位置づけ

〇コーディネーターの資質向上・・・都道府県研修派遣、事例検討

〇コーディネーターの活動のバックアップ・庁内調整・・・行政側の担当者の明確化、コーディネーターや団体との意見交換、行政庁内及び関係団体との調整

〇住民主体のサービス提供組織への活動支援・・・公共施設等を活用した活動拠点の支援、補助（助成）による活動拠点や間接経費への支援など

〇他施策との連動による総合的な推進・・・複合的な生活課題に対応できる仕組みづくり、庁内調整体制の明確化、他の福祉施策、まちづくり、生涯学習施策との連動

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～

－ 情報の収集・整理 －

■ 地域資源の整理、既存事業の現状把握

- 総合事業実施に向けた検討体制を早期に構築するため、まず、協議体の設置に向けて取り組むことが必要。
- 地域包括支援センターの職員の理解を得つつ、これまでセンターが作成した資源マップ等の情報の蓄積を活用し、できる限り既存の地域資源を整理。
- 庁内の健康づくり、生涯学習、市民協働、まちづくりといった担当課にも説明し、民間企業やNPO・ボランティア団体等の事業も徐々に整理していく。その中で、地域とのつながりがあり人材の発掘や育成に適任の人材がいれば、生活支援コーディネーター候補として検討することも考えられる。
- 従前の予防給付や介護予防事業の費用・サービス提供内容等の状況を把握。その際には、事業費の上限は原則の上限のほかに、選択可能な計算式、移行期間中の10%の特例等が設けられていること等を踏まえ、費用見込みを大まかにたて、移行時期や移行後の事業内容の検討も行う
- ケアプランの分析等を通じ現在のサービス提供内容の分析を行い、協議体での今後の総合事業の事業展開の検討の材料としていくことも有効。

－ 関係機関・団体への働きかけ －

■ 関係機関との市町村の方針共有

- 生活支援サービスに関係する機関・団体等が参画する研究会を立ち上げ、左記の現状把握で得られた情報を伝達し、市町村から地域資源開発に向けた基本的な方針を提示し共有する。
- 既存会議等も活用し、最低限必要なメンバーで協議体を早期に立ち上げ、徐々にメンバーを増やす形式も可
- 【メンバー】市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治体の代表者などに加え、市内全体を営業範囲とする民間企業など

⇒研究会から市町村区域での協議体（第１層）に発展させることも考えられる

第２層協議体は早期の立ち上げが重要

早期に各地域の特性を把握し、地域に積極的に足を運んで住民等との関係づくりを進める必要があるため、第２層協議体の早期立ち上げが重要。

■ 中学校区域等での住民主体の支援体制づくり

- 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、担い手候補の発掘・育成、担い手同士の交流などを図る場をつくる
- 【メンバー】地域住民の顔を知り、実際に地域で住民主体の活動をしている人など

⇒この支援体制を、第２層協議体に発展させていく。

Mitsubishi UFJ Research and Consulting　10

5. 都道府県の役割

○人材育成　・・・国で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、継続的・体系的な研修を実施

○第１層のコーディネーターのスキルアップ、活動支援…相互研鑽（サービス開発手法の検討等）や相談の機会・場・仕組みをつくる

○市町村への支援　・・・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を配慮し調整。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の情報提供や研修等の支援

Ⅱ．高齢者に係る地域アセスメントの手法について

1

1．地域アセスメントの意義

地域支援に必要な取り組みを考えるために、社会資源と地域の生活支援ニーズを把握する

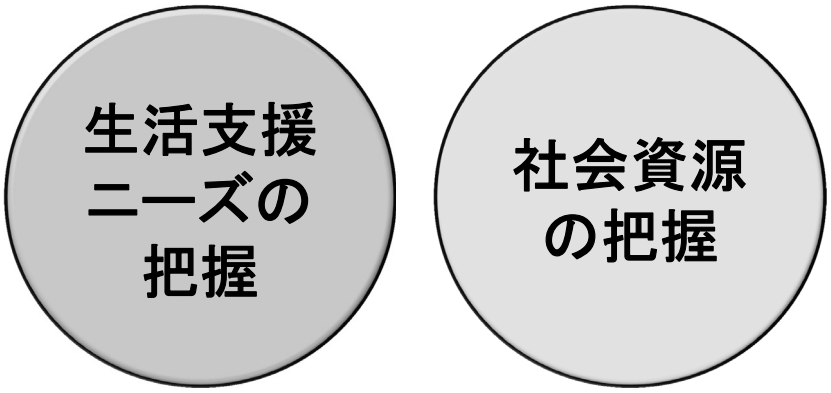
地域特性の把握により、地域住民等へのアプローチ方法を考える

地域ニーズの把握により、必要なサービスを考える

社会資源の把握により、関係者のネットワークづくりやマッチングにつなげる。

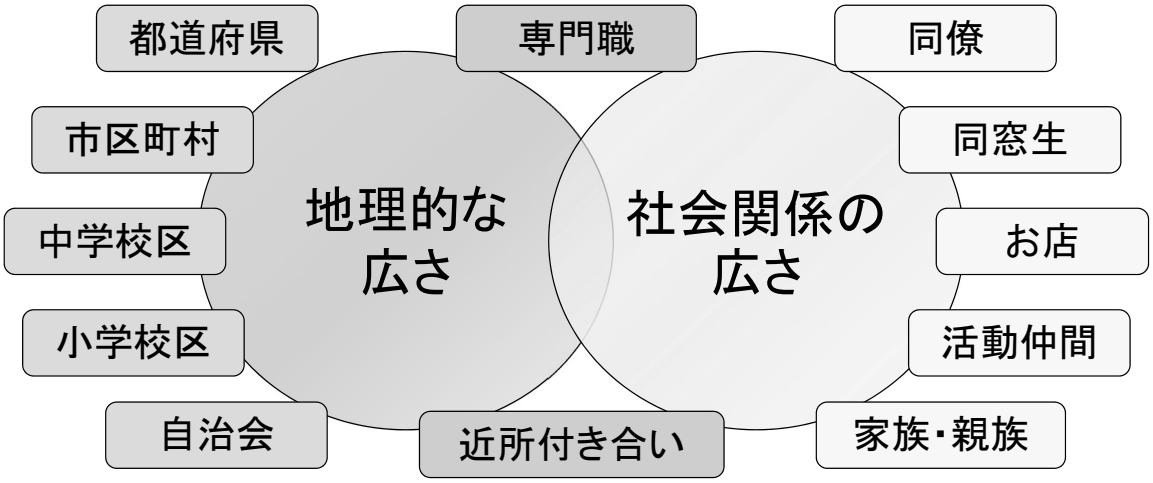
2

2. 地域アセスメントの方法



3

地域の捉え方



住民の生活圏と専門職の担当圏域は同一ではない

２－（１）地域の社会資源の把握

- ①行政機関
- ②保健・医療・福祉関連の機関・団体
- ③地縁組織
- ④ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｸﾞﾙｰﾌﾟ・NPO・当事者団体
- ⑤中間支援組織
- ⑥生活関連産業

5

２－（２）地域全体の生活ニーズ把握

- ①個別事例の収集・分析
- ②行政資料の活用
- ③アンケート調査ヒアリング調査
- ④戸別訪問
- ⑤住民座談会

6

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
～連絡先の把握・顔と名前と業務の分かる関係性～

（２）地域の力を高める支援に生かす地域アセスメント
～地域支援方策の検討・個別課題を地域課題へ転換～

（３）地域アセスメントの地理的範囲
～担当圏域で生活する人々の生活範囲～

（４）地域アセスメントの記録
～組織として地域アセスメント情報を引き継ぐ～

（５）地域アセスメントを通した地域力向上
～地域アセスメントプロセスの意図的活用～

7

３－（２）地域支援方策の検討

地域のネットワーク作り

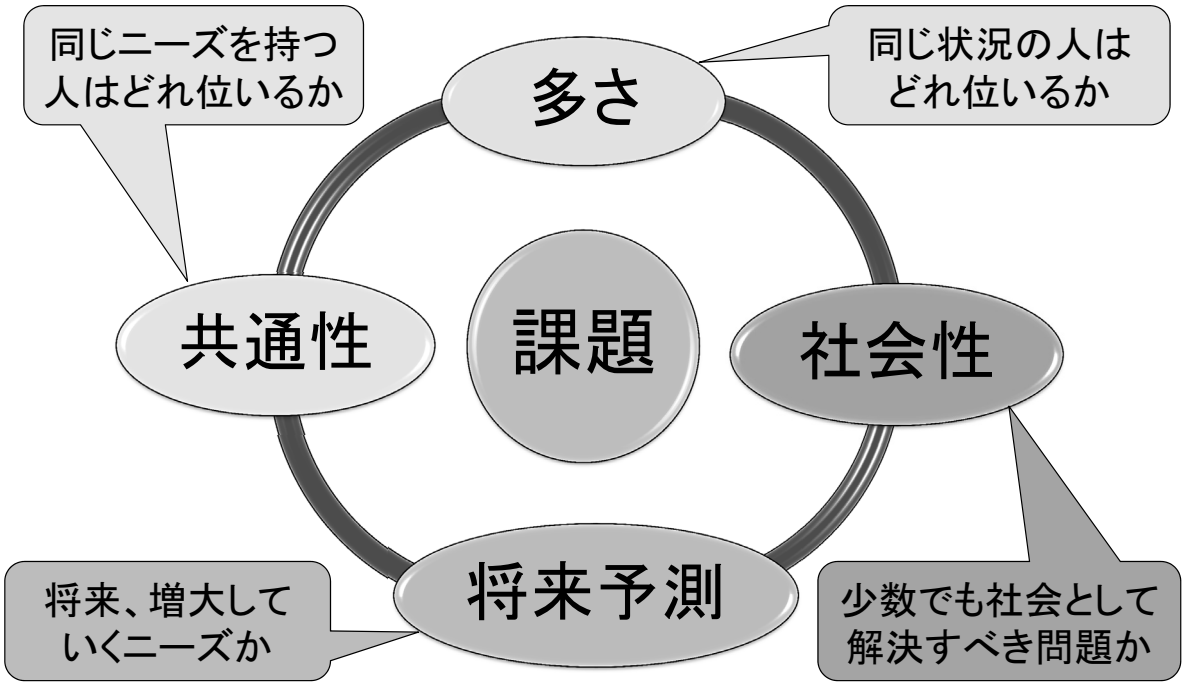
新たなサービス開発

住民活動の支援

福祉教育

担い手の発掘・養成

３－（２）個別課題を地域課題へ転換する4つの視点



地域アセスメントをどう教えるか

演習例①

- ●事前に地域アセスメントシートを送付
- ●地域概況と社会資源を調べた上で研修に参加
- ●グループ討議で地域の力や課題について話し合う

10

地域アセスメントをどう教えるか

演習例②

●高齢者の生活ニーズ（買い物・通院・ゴミ出し・掃除等）が含まれた簡単な個別事例を用意

●同様なニーズを持つ人々の状況を把握するために、どんな調査を行う必要があるか話し合う

11

指導者養成研修ディスカッション

社会資源把握演習シートを活用

高齢者の生活を支えるための
社会資源の現状や
社会資源の把握方法について
グループ内で情報交換しましょう。

12

Ⅲ．サービス開発の方法

1

１．サービス開発の意義

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

制度では制度の狭間の問題は
解決できない

公私協働による
新たなサービス開発が必要

2

地域の社会資源の活用と開発

ニーズの
明確化

既存の
サポートの把握

活用可能な
社会資源の把握

既存の社会資源活用、新たな社会資源開発

フォーマルの限界をインフォーマルで補うのか
インフォーマルの限界をフォーマルで補うのか

2. サービス開発の仕組みづくり

新たなサービスの必要性を感じた際
対応策の検討から実施までを行う
システムが必要

（1）地域福祉計画・介護保険事業計画への位置づけ

（2）協議体の設置と地域ケア会議の活用

4

２－（２）地域ケア会議：５つの機能

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

支援の方向性をどう設定するか

サービスを活用する

本人の力を高める

家族の力を高める

住民の力を高める

サービスを開発する

サービス開発をどう教えるか

演習例①

●事前に社会資源把握演習シートを送付し、受講者は社会資源を調べた上で研修に参加
●グループ討議でサービスの違いや開発したいサービスについて話し合う

7

サービス開発をどう教えるか

演習例②

●高齢者の生活ニーズ（買い物・通院・ゴミ出し・掃除等）が含まれた簡単な個別事例を用意

●生活ニーズを解決するための新たなサービス開発の企画を話し合う

8

サービス開発をどう教えるか

演習例②ワークシート内容

●開発したいサービス（テーマ・名称）

●解決したいニーズと支援目標

●連携したい機関・団体

●準備作業の期間・プロセス

●予算・資金調達方法

9

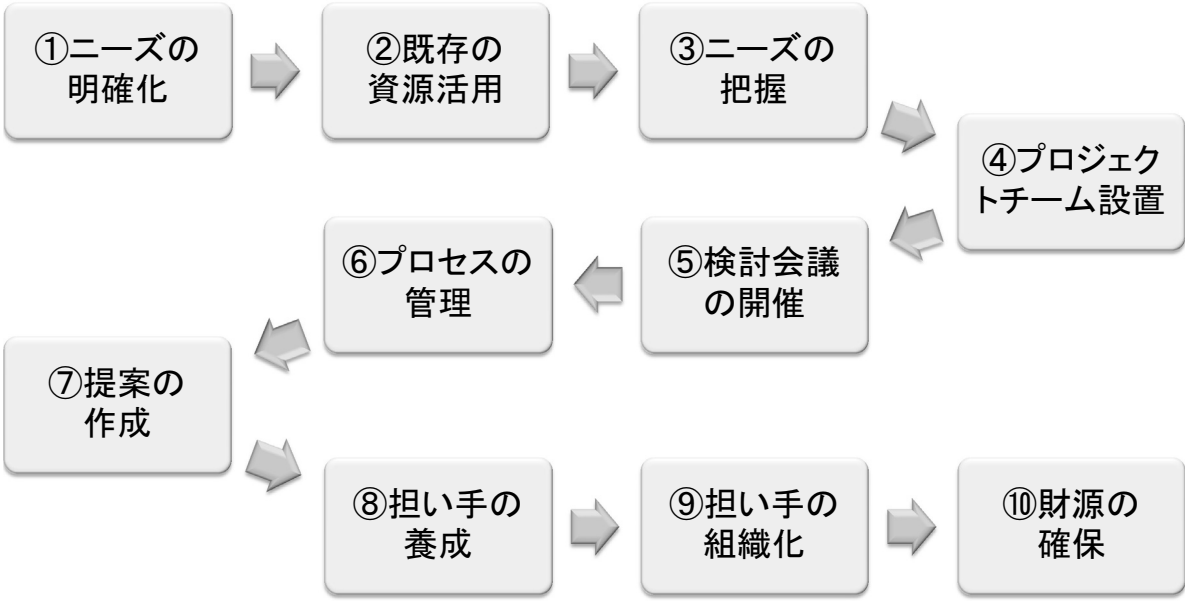
指導者養成研修ディスカッション

サービス開発演習シートを活用

地域で助け合いの活動を
開発していくことを想定して
演習シートに沿って
話し合ってみましょう

10

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

（１）地域のつながりをつくり、地域の力を高める

～サービス開発のプロセスはネットワーク構築の機会～

（２）異なるニーズを結びつけて、多様な人々を巻き込む

～高齢者の生活ニーズだけで捉えず協働を仕掛ける～

福祉のまちづくりにつなげる視点が大切

12

住民による助け合い活動の意義

- 地域の問題を解決する力を高める
- 相互理解を深める
- 地域内の社会関係を豊かにする
- 担い手の自己肯定感を高める

行政の補完でなく地域の社会的孤立をなくすため
自分が支える地域は、自分を支えてくれる地域

【地縁活動】

従来型地縁組織とは別に新型組織をつくった事例
（従来型の地縁組織と地域の志縁をつなぐ集落圏ネットワーク事例）

ひがしおきたま
山形県東置賜郡川西町吉島地区（約728戸）　**NPO法人きらりよしじまネットワーク**

- 平成14年、5人の住民が地域の将来についての危機意識を共有したことをきっかけに、周囲の住民に働きかけを開始。平成16年、地域にある各種団体が、それぞれに「将来的な会計の一元化と地域全体でのNPO法人格の取得」を決議し、全世帯加入のNPO法人の設立が決定された。
- 同年、地域住民が広く参加するためのワークショップを開始、多くの住民が話し合いに参加し、30年先を見据えた地区計画を策定した。
- 自治会、商工会、地区社協などもNPO法人の部会の中に組み込まれ、各部会に分かれた組織の中で各種の事業を展開している。

町の人口	約　16,600人
高齢化率	31.14%

【地縁活動】

従来型の地縁組織を活性化させた事例

沖縄県沖縄市　市営真地（まあじ）団地　自治会（約380戸）

- 男性の地域参加を目的に、毎週金曜日に開催する「百金食堂」を開設。口コミで話題になった結果、若い世代や近隣住民も集まる多世代共生の交流の場の提供ともなっており、団地内部だけでなく周辺地域の住民やＮＰＯとの多彩な交流の場となっている。
- 当初は利用者が約20～30人だったが、その後口コミなどにより、若い世代や近隣住民も集まり、利用者は倍増した。夏休みにはたくさんの子どもで賑わっている。
- ボランティアには地域若者サポートステーションや小規模作業所等さまざまな団体が協力している。
- 住民の買い物支援のための移動スーパーの招致活動や、移動サービスなどの活動も行っている。
- 絆が深まり、団地に地域福祉部が誕生。目標は「日本一の福祉団地」。「
「真地団地自治会福祉５か年計画」などを策定。

市の人口	約　322,500人
高齢化率	19.10%

【有償の助け合い活動】

小学校区を範囲に住民が生活支援サービスを取り組み始めた事例

埼玉県鶴ヶ島市富士見地区（4000世帯）　　富士見地区地域支え合い協議会

- 東武東上線若葉駅東口・坂戸市に隣接。昭和54年に若葉駅、住宅公団若葉台団地ができて多くの方が移住した地域（当時移住した住民の大部分が団塊世代で高齢者増加率が急増している）
- 自治会加入率は40%を切っており、駅前の便利な立地から、住民の入れ替わりが激しく地域の関係性が作りづらい一面もある。

- 埼玉県補助を活動し、わかば風の会と社会福祉協議会の協働により、有償ボランティアの地域助け合い活動として平成21年「わかば助け合い隊」が発足した。
- 生活支援サービスを始めるにあたって、埼玉県地域支え合いの仕組み推進事業補助金を活用して、事務　局とコーディネーターを設置。全戸配布によるアンケート調査を実施し、ニーズ把握とともに、活動者の 掘り起こしを行った。
- その後、「わかば風の会」の活動実績を基礎に「富士見地区地域支え合い協議会」が発足。６つの部会（交流、子ども、高齢者、防災、助け合い）を組織し、それぞれの活動を充実させるとともに相互連携を重視。
  助け合い部会では20分200円を目安に協力会員へ地元商店等で利用できる商品券（ありがとう券）を渡して、商店街の活性化にも貢献。
- 地域包括ケアの体制づくりに向けて医師会と連携。講演会やシンポジウムを企画・実施している。
- 20分400円での付添サービスを開始。ニーズにあわせて活動を開発。助け合い隊の事業を、発展させている。

対象地域人口	約　9,000人
高齢化率	23.0%

【有償の助け合い活動】

各種地域団体の中心メンバーが新NPOをつくり取り組み始めた事例

神戸市西区狩場台(1～5丁目)・糀台(1・3・４丁目)（約4000戸）
NPO法人コミュニティかりば

- まち開きから３４年、全国で開発されたニュータウンと同様に高齢化が急速に進んでいるが、元気で自立的な高齢者も多く、また、近隣センターの空き店舗対策も課題となっている典型的な事例である。

- 各種地域団体（婦人会、民生児童委員協議会、アラウンド還暦クラブ、学校施設開放運営委員会）の中心メンバー１６名で「ＮＰＯ法人コミュニティかりば」を設立。

- ＮＰＯ法人の設立により、地域の困りごと等を幅広く有償で実施できる体制ができた（10分200円、１時間1000円）。婦人会メンバーが実施してきた屋内中心の家事援助に加えて、庭の掃除・草取り・剪定や重い荷物の持ち運びなどの日常生活のお困りごとのサポート、地域の集会所の申込み受付けや料金収納、地域の人たちが集えるたまり場の運営、フリマボックスの経営など、世代をまたぐ活動が展開できている。
  フリマボックスなどは若い人から元気な高齢者まで幅広い住民が出店し、年間行事となった地域の歳時記となる６つの祭りには大勢の住民が参加するようになった。

- 活動場所として近隣センターの空き店舗を活用するにあたり、業務受託団体としても法人格の必要がありＮＰＯ法人を設立。有償で「歳をとっても安心して住み続けられる地域づくり」を進める事業・活動の継続性・安定性のためにも必要なことだった。

- リタイア後の男性中心の「狩場台アラウンド還暦クラブ」（会員30名）が４年前に発足し地域活動に加わったため、ＮＰＯメンバーの約半数は６０台の男性が占めており、スムースな運営につながっている。

対象地域人口	約　10,700人
高齢化率	29.4%

【居場所（通いの場）】

地域の活動団体と行政が協働で常設型の居場所をつくった事例

新潟県新潟市　「地域包括ケア推進モデルハウス内　『実家の茶の間・紫竹』」

任意団体「実家の茶の間」と市の協働によるモデル事業としての居場所

- 常設型地域の茶の間（「実家の茶の間・紫竹」）の運営をベースに助け合いの仕組みづくりを実践する場、体感できる場として展開を広げている。
- 様々な地域の社会資源とのつながりにより、人と社会資源をつなぐ役割も果たしている。また、参加者が自身の持っている能力を活用し、担い手として活躍する場となっている。
- 生活支援コーディーネーターの研修の場としても活用しており、他団体（社会福祉協議会、高齢者大学、民生委員、地域包括支援センター、介護者のつどいなど）からの研修の受け入れや、介護事業者からの視察の要望も受けている。自治会や老人クラブの集会場所としても活用。
- 今後はちょっとした助け合いの試行や、地域の小学校との協働による子どもたちの健全育成事業を実施する予定。

市の人口	約　803,000人
高齢化率	26.7%

【居場所（通いの場）】

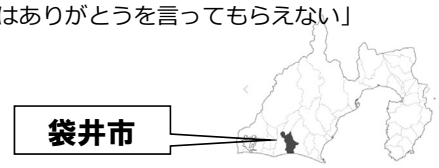
駅前で誰もが気軽に立ち寄る居場所をつくった事例

静岡県袋井市　NPO法人たすけあい遠州　街の居場所「もうひとつの家」

“いつ来てもいい、いつ帰ってもいい、もうひとつの家“

- 駅前の観光協会の隣のスペースを借りて常設型で運営を開始。
  現在の居場所が４か所目（最初は住宅街の空き家）。多くの人に気軽に訪ねてもらうために、駅前の空き店舗に移動した。その結果、常連の高齢者だけでなく、昼時には近所の主婦やサラリーマン、学生、旅行者等も気軽に訪ねてくる“開かれた居場所”となっている。
- つながり、ふれあいからいきがいが生まれ、介護予防や、住民参加の基盤づくりにもなっている。
  日常の自然な見守り、助け合いにつながっている。
- 時間通貨「周」の取り組みを実施。時間通貨でお礼をしない頼みづらさを解消し、助け合いが自然にすすんでいる。 誰にもある時間と、できることをつなげて「ありがとう」を交換する助け合いが自然に推進されている。
- 開設時間は、火曜～土曜日　午前９時　～　午後５時　昼食を300円で提供、コーヒー100円
  －散歩の途中に寄る60代男性２人。居場所の昼食と持参した缶ビールで笑顔の会話
  －「野菜の豊富な食事のおかげで、身体の調子がいい」（大勢の声）
  －「家にいたら会えないような人たちとも話せる、だからいつまでも元気でいられる」（90代女性・大勢の声）
  －「ここに来るとやることがあるからうれしい。今、他ではありがとうを言ってもらえない」（８０代女性）

市の人口	約　87,200人
高齢化率	21.2%



サービス開発分野	地縁活動	団体・活動名	NPO法人 きらりよしじまネットワーク	都道府県	山形県
主な取り組み	住民ワークショップにより抽出される地域課題を、住民自ら、解決に向けてアイディアを出し、地区計画に反映しながら、地域の助け合い、ささえあいの事業を行っている。 ①自主防災による要援護者サポーター、②リタイヤ組や高齢者の生きがいづくりのよしじまっ子見守り隊、③買物支援見守りサービス、④買物ツアーサービス、⑤元気な高齢者による自主サロンの運営、⑥小学生による高齢者見守り「よしじまっ子おはよう隊」、⑦小学校を拠点とする高齢者の塾「よしじま燦燦塾」、⑧リタイヤ組の地域再デビュー講座「再チャレンジ塾」、⑨フットケアアドバイザーの養成				
開始年月日	平成16年３月	きっかけ	形骸化する地域の各種団体の資源、活動を診断、評価を行い、地域づくりを統治する新たな事業主体として、全世帯加入のNPO法人化を提案。既存の団体を４つの部会構成に配置し、その中の福祉部会活動のなかで住民相互のささえあいによる、地域福祉をプラン化し住民がその計画に参加している。		
創始者 発足メンバー	NPO発足の提案は当時の公民館事務局（事務局長と5人のコアメンバー） 地区計画の策定委員会（３２人）				

経緯		
課題・ニーズの把握	随時	地域課題や住民ニーズは原則、年４～５回の住民ワークショップの中で把握し、部会事務局が集約分類をおこない、全体の事務局会において事業化できるものの企画立案をおこなう。
理念の確立	平成18年３月	地区計画策定委員会に於いて、地域づくりの理念、基本目標、テーマを決定。翌年度4月に決定。
仲間づくり	随時	大学等のインターシップの受け入れや、研修受け入れをおこない、他地域や学生等とのネットワーク。 事業ベースで生まれるコアリーダーを中心に人の巻き込みを拡充している。 独自の人材育成プログラムのなかで、上手に世代交代できるスキームを構築。
事前調査・学習	平成16年～	地区計画策定委員会において、勉強会を実施（年4回）
代表者決定・事務局設置	平成18年4月	NPO法人設立総会開催、役員・事務局体制決定。
活動目的・事業内容確定	平成18年4月	NPO法人設立総会において決定。
規約・予算・事業計画作成	平成18年4月	NPO法人設立総会において決定。
住民へ呼び掛け・会員募集	平成18年4月	各自治会総会で周知。全世帯加入を展開
場所の確保	平成18年4月	吉島地区交流センターの指定管理者として町と協定を締結
資金の確保	平成19年4月	施設の指定管理の委託料 県、町等の事業の委託 国、県、町、財団等の補助金 産直経営やスポーツクラブ、学童保育の事業収益 住民からの寄付、企業や賛助会員からの協賛金
他の活動・機関との連携	随時	川西町役場、地元ケーブルTV、小学校、幼稚園、中学校、温泉旅館、おきたまネットワークサポートセンター（中間支援）等
発足・活動開始	平成19年4月	９月に認証、登記

サービス開発分野	地縁組織	団体・活動名	真地（まあじ）団地自治会（市営団地）	都道府県	沖縄県
主な取り組み	従来型の地縁組織を活性化。「百金食堂」（週１回）、買い物支援としての移動店舗（週４回）、情報紙による情報発信（月１回）、車いす・ステップ等の備品整備、地域子育て支援センターの出前講座の開催等。				
開始年月日	平成22年11月	きっかけ	集会所のデイサービスの参加者がすべて女性高齢者だったことから、男性高齢者の地域参加を促すために、受け皿として食堂を開設		
創始者 発足メンバー	真地団地自治会　会長　眞榮城（まえき）嘉政氏				

経緯		
課題・ニーズの把握	平成22年９月	男性高齢者の地域参加を促し、人とヒトとのつながりを形成する場の必要性を痛感した。
理念の確立	平成22年９月	「私たちの団地から孤立死や餓死する人を出さない」。自治会で、２日に１回楽しいことがある生活を送ってもらう「１８０日の夢」という活動目標を持っていた。この取り組みは１８０日の夢で生きがいづくりをする一環。
仲間づくり	平成22年９月	会長の眞榮城氏が、それまでのつながりの中で、自治会の役員や団地の住民等に、都度個別に協力依頼。
事前調査・学習	平成22年９月	日々のデイサービスの利用者を観察。事業開始については自治会の役員会で協議した。
代表者決定・事務局設置	平成22年10月	集会所利用の食堂を開設。平成23年には外部役員を加えた地域福祉部を自治会組織内に設置した。
活動目的・事業内容確定	平成22年10月	男性高齢者の地域参加を促し、多世代交流することで共生の場を創造する。
規約・予算・事業計画作成	平成24年	「真地団地自治会福祉５か年計画」を策定し、ＰＤCAサイクルでマネジメントを行う。
住民へ呼び掛け・会員募集	平成22年11月	自治会内の地域福祉部より情報紙「ふくふく便り」を月１回発行。地域のイベント福祉情報、「百金食堂」のメニュー等を紹介
場所の確保	平成22年10月	団地の集会所を利用して開始。
資金の確保	平成22年11月	「百金食堂」開設には、那覇市の自治会活動事業補助金（5.5万円）を活用。運営は１人100円の利用料の他、市（7.6万円）や市社協（2.4万円）の助成金で運営している。
他の活動・機関との連携	平成22年11月	食堂協力者として外部ボランティア、協力NPO法人の他、地域若者サポートステーションや沖縄大学の学生ボランティア等。自治会内の地域福祉部の外部役員として市社協地域担当職員、地域包括支援センター職員、民生児童委員、ボランティア等。買い物支援の移動店舗として、生協、パン屋、八百屋、米屋、ヤクルトが協力
発足・活動開始	平成22年11月	「百金食堂」をスタート（毎週金曜日）。平成23年には買い物支援として移動店舗を誘致。平成24年から移送サービスを開始。

サービス 開発分野	有償の助け合い活動	団体・活動名	わかば助け合い隊	都道府県	埼玉県
主な取り組み	有償ボランティアによる生活支援サービス				
開始年月日	平成２２年２月	きっかけ	埼玉県地域支え合い推進事業補助金の創設 鶴ヶ島市福祉課より要請もあり		
創始者 発足メンバー	山本惠男、新井忠男（任意団体：わかば風の会）＊平成24年9月に地域支え合い協議会の設立により、助け合い隊は移管。 鶴ヶ島市社会福祉協議会				

経緯		
課題・ニーズの把握	平成21年10月	社協での住民参加型在宅福祉サービスでも担いきれない制度の狭間のサービスやちょっとした困りごとに対応できる仕組みがない。 要請があれば、活動できる意思やスキルのある住民の力が大きくあり、助け合いの仕組みづくりによって、地域コミュニティの活性化が必要であった。
理念の確立	平成22年2月	わかば風の会は、地域福祉団体として富士見地区の様々な機関を結びながらつながりを作る住民活動が大切という理念を持ち活動していた。そこに生活支援である助け合い隊の個別支援の実践的仕組みを入れることにより、さらに、ひとり一人を孤立させない取り組みを理念として、共通認識された。
仲間づくり	平成21年12月 ～	もともと熱心な活動を展開していた地域福祉団体わかば風の会の担い手を中心に事務局、コーディネーターを設置。
	平成24年9月	富士見地区地域支え合い協議会に伴い、会員募集及び、傾聴、お掃除、調理等の研修により会員の募集を図る。
事前調査・学習	平成21年10月	社協と共に、理念の共通認識やコーディネートの方法をコーディネーター会議によって実施。協力会員向けには、定期的に研修会を実施。
	平成22年3月	小地域の組織化を目的に全戸配布によるアンケートを実施。ニーズの洗い出しの他、活動者の掘り起しのための設問として実施。
代表者決定・事務局設置	平成22年1月	わかば風の会の中心的存在であった新井さんが代表となった。自治会の役員でもあったことから、自治会での事務所をプレハブで建て、自治会から借用することとなった。
活動目的・事業内容確定	平成21年10月	埼玉県地域支え合いの仕組推進事業において、大枠は決まっていたので、市内の資源を確認し、これからの急激な高齢化や団塊の世代の増を見据えながら、事業を設計。
規約・予算・事業計画作成	平成21年9月	埼玉県への補助金申請時に、わかば風の会コーディネーターと社協ですり合わせ作成。
住民へ呼び掛け・会員募集	平成21年10月	事業開始のパンフレットを全戸配布。利用会員、協力会員、支援店舗を募集。
場所の確保	平成21年10月	富士見地区の中心地にある自治会館の敷地内にプレハブの事務所を自治会に立ててもらい、そこを拠点としてい資料量を自治会に支払、使用させてもらうっている。
資金の確保	平成21年10月	埼玉県地域支え合いの仕組み推進事業補助金を3年間。その後は、地域支え合い協議会を設立し、鶴ヶ島市と社協からの補助金、また、事業収入（助け合い隊の活動差額）で運営している。
他の活動・機関との連携	平成21年10月	市、社協、地域包括支援センター、保健センター、公民館（市民センター）、自治会、老人クラブ、民生委員、福祉関係事業所（ケアマネージャー）、市内地域支え合い協議会
発足・活動開始	平成22年2月	コーディネーターを配置し、中心となっている2人のほかに女性のコーディネーターも配置して、事務所の環境を整え、事業開始。その後、他の地域でできた地域支え合い協議会でも共通して助け合い隊の仕組みが広がっている。

サービス 開発分野	有償の助け合い活動	団体・活動名	NPO法人 コミュニティかりば	都道府県	兵庫県
主な取り組み	「歳をとっても安心して住み続けられる地域づくり」に資する各種事業。①お困りごとサポート事業、②かりばプラザ休憩所の運営(たまり場,だべり場,いこいの場) 、③かりばプラザ集会所申込み受付け・利用料金収納 、④「元気アップかりば」の各種イベントの事務局的フォロー 、⑤地域交流スペース・フリマボックスの経営 ほか				
開始年月日	平成26年3月3日	きっかけ	まち開きから30年、高齢化が急速に進む当地域において、空き店舗の目立つ近隣センター「かりばプラザ」を消滅させない取り組み、また高齢者の居場所づくり・生活のお困りごとをサポートする取り組みを進めるため、各種地域団体の中心的メンバー16名で地域代表的NPO法人を設立。		
創始者 発足メンバー	安藤眞佐子・足立千鶴(婦人会)、河内好子(民生児童委員協議会)、佐野正明・朝戸吉照(アラウンド還暦クラブ)、新免経由(学校施設開放運営委員会)ほか 16名				

経緯			
	課題・ニーズの把握	平成21年4月	入居後30年を経過したニュータウンのオールドタウン化により空き店舗が目立ってきた近隣センター「かりばプラザ」を元気にする「元気アップかりば」の取り組みにより地域課題を把握。
		平成24年9月	狩場台ふれあいのまちづくり協議会（婦人会,民児協など地域の各種団体で構成）が、高齢化の進む当地域の「支え合い仕組みづくり」として買物品お届けとお困りごとサポートを試験的に実施。
	理念の確立	平成25年9月	狩場台の各種地域団体の中心メンバーにより「地域代表的NPO法人」設立の意思を確認。11月設立総会で決定。
	仲間づくり	平成21年4月	狩場台の各種地域団体や区役所、近隣センター経営者などのゆるやかな結び付きによる「元気アップかりば」で、こどもの日、七夕祭り、夏祭り、秋祭り、年末餅つきなど地域の歳時記となる集客イベントを継続実施しながら地域に浸透。
		平成24年9月	狩場台ふれあいのまちづくり協議会を構成する各種団体メンバーと公募したボランティアにより、近隣センター「かりばプラザ」で「買物品お届け」と「日常生活でのお困りごとサポート」を試験的に実施しながら地域に浸透。
	事前調査・学習	平成24年8月	「地域代表的NPO」の勉強会を開始。かりばプラザ空き店舗活用、プラザ集会所運営受託、各種コミュニティ事業など検討。
	代表者決定・事務局設置	平成25年11月	NPO法人設立総会開催、役員・事務局体制決定。
	活動目的・事業内容確定	平成25年11月	NPO法人設立総会において決定。
	規約・予算・事業計画作成	平成25年11月	NPO法人設立総会において決定。
	住民へ呼び掛け・会員募集	平成26年4月	「NPO法人コミュニティかりば」の事業開始の広報とボランティア会員募集チラシをかりばプラザ利用圏 3,000世帯に配布。
	場所の確保	平成26年3月	近隣センター空き店舗を受託業務履行場所として指定される。
	資金の確保	平成26年3月	受託業務収入の確保（26年4月開始の受託事業の契約） 寄付、賛助会員、ボランティア会員獲得による会費の確保
	他の活動・機関との連携	平成26年3月	神戸市西区役所、㈱ＯＭこうべ、「かりばプラザ」テナント会、及び狩場台ふれまち協議会を構成する各種団体
	発足・活動開始	平成26年3月	25年度末にNPO法人設立し、26年度から本格的事業開始。

サービス 開発分野	居場所（通いの場）	団体・活動名	任意団体「実家の茶の間」 新潟市	都道府県	新潟県
主な取り組み	常設型「地域の茶の間」（『実家の茶の間・紫竹』）を通しての多様な活動 人と人とのつながりを形成する場　／　個人の持っている能力を発揮する場 助け合いの機運，仕組みづくりを醸成する場				
開始年月日	平成26年10月18日	きっかけ	介護保険制度の改正を控え，平成２５年３月末で閉鎖した「うちの実家」の再現の必要性を市が認識したこと。		
創始者 発足メンバー	任意団体「実家の茶の間」代表・河田珪子 新潟市				

経緯	課題・ニーズの把握	平成26年６月	高齢者，子育て世帯、生活弱者など多様な人たちが抱える社会的孤立の解決のため、社会的資源と人とのつながりを形成する場づくりの必要性を重視し、場所の選定もその観点を考慮した。
	理念の確立	平成15年 （26年６月）	「実家の茶の間」は人と人、人と社会がつながる場。人の役に立ち、自分の能力を活かす場。一方的にお世話をしたり、されたりするのではなく、気軽に助け合える場。「実家の茶の間」の利用者とはサービスの利用者ではなく、「場」の利用者である。
	仲間づくり	平成26年６月	当初は「うちの実家」メンバー中心に周知。場所決定後はご近所挨拶回り、自治会への回覧、開設時に住民説明会を実施。
	事前調査・学習	平成26年７月	地図で住民の特性（新旧の住民が混在）を把握し、準備を通じた住民との交流の中で社会資源の有無等地域課題を確認。
	代表者決定・事務局設置	平成26年６月	河田珪子さんが代表を務める任意団体「実家の茶の間」に運営を依頼。事務局機能は「実家の茶の間」と新潟市が協働で実施。
	活動目的・事業内容確定	平成26年６月	常設型「地域の茶の間」の活動をベースに人と人、人と社会資源をつなげる多様な取り組みを試行を含めて展開する場とする。
	規約・予算・事業計画作成	平成26年６月	「実家の茶の間」の規約に基づき運営（予算管理も「実家の茶の間」）。協働事業として市とも情報共有を緊密に実施。
	住民へ呼び掛け・会員募集	平成26年６月	文書回覧や説明会を実施。市の広報媒体も活用した。開設２ケ月目に活動報告会を実施、いつでも誰でも気軽に参加できる場であることを随時、様々な機会を通じて情報提供している。
	場所の確保	平成26年８月	新潟県宅建協会より紹介された複数の空き家を現地確認。大きな広間や縁側のある間取りや、古くからの家並みと新しく開発された宅地が併存する地域性の幅の広さから現在の物件を選定。
	資金の確保	平成26年10月	基本の運営は参加費。他に賛助会費（駐車場代に充当）、寄付やバザーによる収益等。他からの研修受け入れの際も場の利用として参加料を受け、研修の費用に充当。市は家賃と光熱水費を負担。（市からの立ち上げ支援は平成26年度のみ。）
	他の活動・機関との連携	平成26年10月	学校、保育所、市社協、包括、公民館、隣近所、町内会、自治会、老人クラブ、保健福祉センター、民生委員、地域教育コーディネーター、作業所、各種ボランティア団体、企業、新潟県、県社協、高齢者大学
	発足・活動開始	平成26年10月	市との協働事業としては平成26年度スタート。「地域の茶の間」の活動は平成３年から開始。

サービス 開発分野	居場所（通いの場）	団体・活動名	「もうひとつの家」 NPO法人たすけあい遠州	都道府県	静岡県
主な取り組み	ふれあい・・誰もがいつでも自由に出入りできる居場所「もうひとつの家」を開けて、地域を世代を超えたつながりつくり　　たすけあい・・時間通貨を活用して日常的なたすけあい				
開始年月日	平成７年１０月	きっかけ	働く女性を支援しようと近隣の人たちとたすけあい活動を開始、県主催の「女性カレッジ」で学ぶ中で「地域に必要なこと」を地域の人たちと創りたい思った。		
創始者 発足メンバー	近隣の人、学習仲間、友人、（元）職場の同僚・同職者・ＰＴＡ仲間				

経緯		
課題・ニーズの把握	平成７年７月	働く女性の負担が大きい。応援できることは何かを考えた。 ２０代から５０代の現役の人たちの、日常の心配や不安を聞くための集まりをもって、それを一覧にまとめることからはじめた。
理念の確立	平成７年７月	この町で最後まで「安心して輝いて」暮したい。
仲間づくり	平成７年10月	当初は「会の目的をしっかり考えて入会してほしい」と出資金を２万円に設定。（現在は年会費　1000円）ほとんどの仲間が口コミで入会。
事前調査・学習	平成５年５月	「働く女性を支援したい」という強い思いをもって、そのために、数人がさまざまな講座等へ参加し、意見交換を続けた。
代表者決定・事務局設置	平成７年８月	稲葉ゆり子氏。呼びかけた者が代表に就任。
活動目的・事業内容確定	平成７年10月	目的は「働く女性を応援しよう」　活動しながら　将来「助け合える仲間を作ろう」　事業は「たすけあい活動」と「ふれあい」
規約・予算・事業計画作成	平成７年10月	平成２４年４月　法人化により形式等変更
住民へ呼び掛け・会員募集	－－	特にしていない。団体の活動内容を表記して必要な時に使用
場所の確保	－－	借家で活動。最初は調理場から始め、その後、拠点を移しながら現在の駅前空き店舗を有償で賃貸している。
資金の確保	平成７年10月	賛助金と寄付金　昼食提供　古紙回収収益金
他の活動・機関との連携	平成７年10月	市内のＮＰＯ団体・観光協会・商工会議所・駅前商店街等
発足・活動開始	平成７年10月	有償の助け合いと配食でスタート。その後、居場所でふれあい活動と時間通貨による助け合い活動

Ⅳ.生活支援コーディネーターが行うべきアセスメントと支援の視点

1

1.生活支援コーディネーターの視点

○生活支援サービス・活動の主な対象者

・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の高齢者、高齢者夫婦などで何らかの生活支援が必要な人達

・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る

○生活支援コーディネーターの役割

・こうした人達が地域で自分らしく住民として尊厳が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、生活を支援すること

○生活支援コーディネーターが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

・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、制度的サービスと協働し、互いに補い合うことで安心した生活と、助け合う地域づくりを進める活動ととらえることが必要

（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

・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る

・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

（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こと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ことを目指す

・「生活していく上で困っていること」を本人と一緒に考えて、支援を受けつつ自立することを支援する

（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

・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、生きがいにつながる

（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る

・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支援する

・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

2.生活支援コーディネーターの役割

（1）制度的サービスと非制度的サービス、活動とのつながりを良くする

・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まない

・住民の活動の基本は共感に基づく自発性にあり、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

（2）生活支援を通しての地域づくり

・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

・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る。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む

3.生活支援コーディネーターの視点で行うアセスメント

○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

（1）気づき

近隣の人、友人、老人クラブの仲間が気づく、民生委員・児童委員等が気づいて、そこから相談につながる、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

（2）把握

本人に自覚がない場合、支援を拒否する場合もあるため、粘り強くアプローチし、周辺からも様子を把握する

（3）アセスメント

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

①1日（24時間）、1ヶ月、1年、それぞれの期間の中で自分でできない困りごとは何か

②制度的サービスで対応できていない困りごとは何か

③一時的なニーズ、即応が必要なニーズ、ごく短時間のニーズは何か、 これらは、日常生活維持のためには必要不可欠であるが、制度的サービスが対応しにくいニーズ、住民活動・事業は対応しやすいニーズ

④人とのつながりや社会との関わりがあるか、役割があるか、生きがい、楽しみは何か

⑤本人の生き方、本人が今後どのように生活していきたいと考えているか

（4）生活支援プラン作成

①制度的なサービスとして提供されているサービスの確認

②制度的な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は何か

③人とのつながりをどう作るか、社会参加をどう進めるかの検討

④本人の地域での生活を見守り、支援する仕組みづくりの検討

Ⅴ．
生活支援ニーズと生活支援サービス

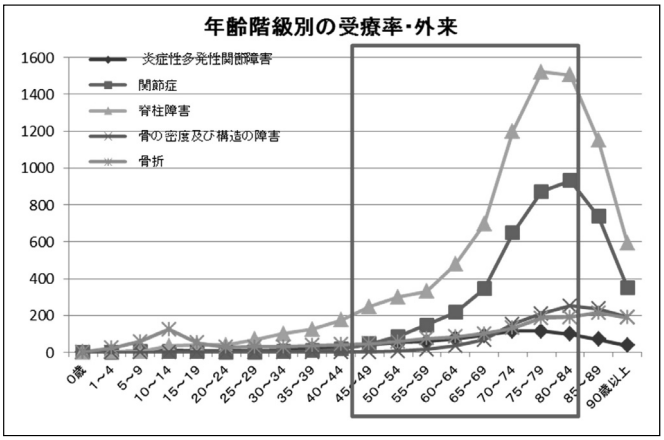
1

１．高齢者の生活支援ニーズ

2

（1）日常生活にある高齢者の不自由さ

・ 加齢に伴う膝痛、腰痛、体力の低下から生じる症状



出典：厚生労働省患者調査

・「代わってもらえるなら助かる」
「あると助かる」

3

参　考

女子が最もやりたくない家事ランキング！
「1位　掃除」

1位　掃除　47.4%　　（理由：きりがない、腰が痛くなる　など）

2位　料理　33.9%　　（理由：献立を考えるのが大変　など）

3位　洗濯　14.9%　　（理由：干すのが大変　など）

※4位以下省略、複数回答可

若い人がそうなら、高齢者であればなおさら。。。

※マイナビウーマン調べ（2014年6月21日～7月4日にWebアンケート。有効回答数289件。働く女性）

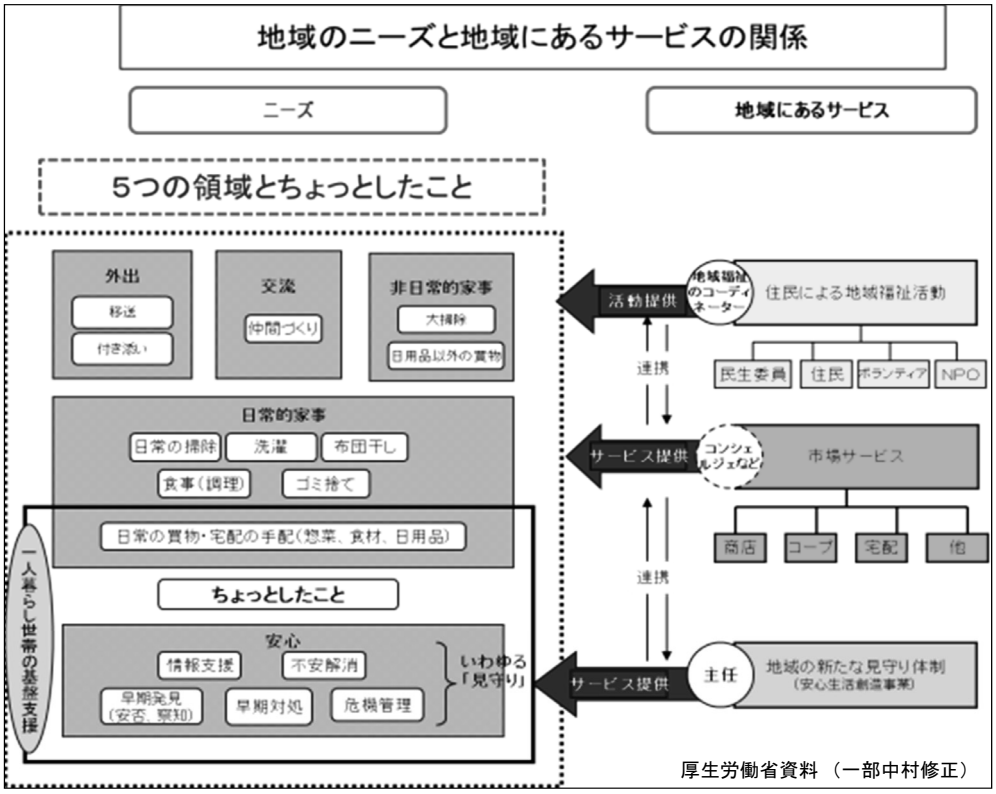
4

(2)生活支援ニーズの内容

- ５つのこと
  「安心」が基盤
  「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
  日常生活で不意に起こること

(注)厚生労働省社会・援護局地域福祉課資料では、「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、テキスト本文との関連から、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。

5



厚生労働省資料 (一部中村修正)

6

（3）親族や行政、専門職のニーズ

・ 周囲にいる人が、高齢者の安全確保を担保したいとした時のニーズ
＝高齢者の周囲の人々の「あると助かる」ニーズ

7

虚弱高齢者の生活課題

物の移動と自分の移動
と
自分と周囲の安心

8

安心の確保

- 信頼できる人が定期的あるいは頻度高く関わり、いざという時には連絡すれば助言やサポートが得られるという安心感をどうつくるか

例）地域のつながりづくり
　地域のフロントサービス
　巡回訪問、双方向の連絡体制

9

（4）生活支援ニーズへの対応方法

1. ホームヘルパーや訪問ボランティアが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

2. 配食、移動、買い物、掃除サービスなどの単品サービス

10

二つの方法の特徴

それぞれの方法の特徴（長短）を踏まえる

包括的な方法

○　その場の即応性、柔軟性、補完性にすぐれる

○　できることも含めての代行になりやすい、利用者の要求水準の個人差大、要求が上がりやすい

11

単品サービスで対応する方法

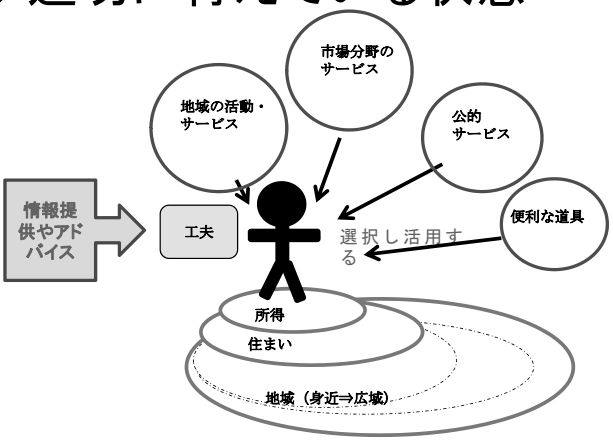
○　配食、移動、買物、掃除等を単品で提供
話し相手や見守りを付加することも多い

○　広がりすぎてのトラブルは起こりにくい
その場で柔軟に内容を変えるといったことはしにくい

12

（5）高齢者の生活における自立の姿

・ 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



作成：中村

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

13

2. 発達する道具（生活支援用具）と生活支援サービス

14

（1）高齢者と道具（生活支援用具）の活用

○　様々な道具の存在

例）スタンド型掃除機、掃除ロボット、炭バサミ　etc.

○　様々な道具を「生活支援用具」として活用

15

（2）高齢者と生活支援サービスの活用

○　担い手は多様

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、民間企業・商店などのサービス

・地域の生活支援サービス

・市場分野の生活支援サービス

16

（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

地域の生活支援活動・サービス

○　担い手が住民、無料か低額での提供、日常の支えあいにつながる関係性が特徴

○　遠慮、プライバシーがまもれるか不安に思う人もいる

17

市場分野の生活支援サービス

○「ハウスクリーニングサービス」、「便利屋」など、多様な業者が多様なメニューで拡大中

○　使いやすさ、地域外からの取り寄せ可

○　費用負担の問題、利用経験者の少なさ、認知度の低さなどもある

18

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

19

（1）生活支援サービスの地域差と情報の散在

○　サービスのある地域とない地域がある

○　情報が散在し、アクセスし難い

○　発達途上のサービスが多数

・事業者の信用性が不明⇒評価の公表

・高齢者仕様になっているとは限らない

⇒高齢者仕様への転換を働きかける

といった課題

20

（2）活用力の差

○　活用力の差は、
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　などの要素あり

＊高齢者は、新しいものを取り入れることが不得手
　⇒まずは経験してもらう。経験者とつなぐ
＊費用負担
　⇒「負担感」と「負担できない」問題を別に考える

21

（3）資源アセスメントの重要性

○　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する必要性
　・福祉・介護の活動・サービスにとどまらない。
　・地元＋広域も
○　企業等のイメージアップや社会貢献の観点、からの生活支援サービスも対象
○　今後開発すべきものを明らかにするためにも、重要

必要とする高齢者の視点で
活用できるものをすべて把握する

22

（4）生活支援用具と生活支援サービスの活用環境の整備

○　高齢者が利用しやすくするには、情報や利用への助言がもらえる頼りになる場所・人の存在が必要

○　既存のサービスで対応できない場合は、様々なレベルとそれに応じた方法でのサービス開発が必要

○　これまで十分意識されてこなかった、民間企業や商店等のサービスの活用支援

23

4. まとめ～生活支援ニーズに応えるために

24

自立生活支援は、その人のできる範囲で、生活方法の工夫をし、生活支援用具や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

① まず、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。

② しかし、高齢者の生活支援サービス活用の課題には、サービスの不足や地域差、情報の散在によるアクセスしづらさ、活用力の差がある。

③ そのため、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求められている。

④ 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。

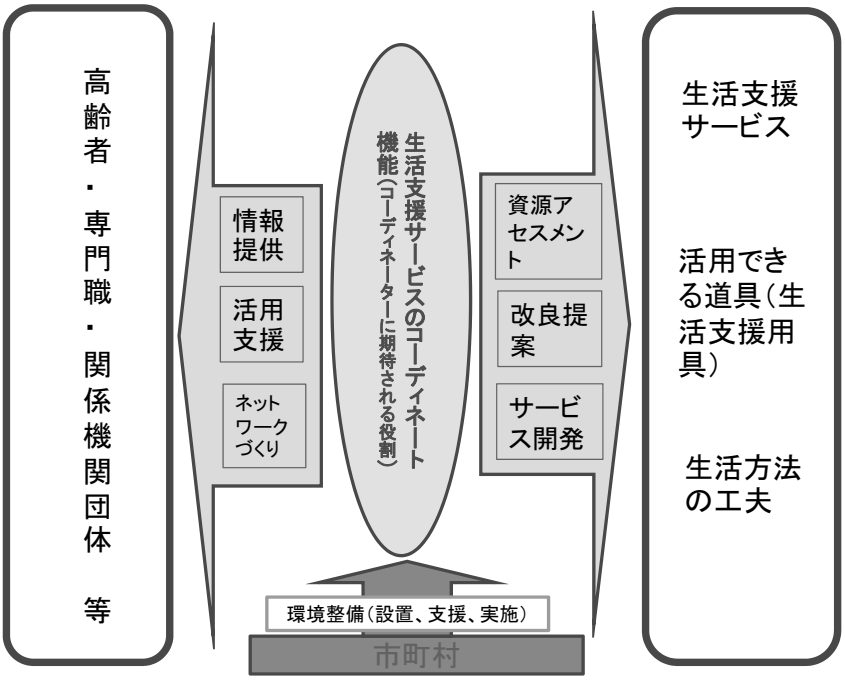
⑦ 一人暮らしや高齢者のみ世帯の場合は、一定頻度の定期的な巡回訪問など安心確保そのものをサービスとして提供することも必要。

25

- 地域の高齢者が最適な生活支援サービスを活用できるような介護予防環境に地域の状態を整えていくことが「生活支援コーディネーター」に求められている

26

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

参考

参　考

＜東京圏と北陸都市での住まいに関する訪問調査＞

2009.9～2010.2

鈴木晃、阪東美智子、大越扶貴、中村美安子『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』より

- **自立生活に何らかの課題を有すると考えられる「特定高齢者」「要支援」「要介護1」で、地域包括支援センター等が支援している後期高齢単身者**
- **大都市と地方都市を調査地域とし、前者［東京圏］（東京1区1市、神奈川政令2市）と後者［北陸都市］（福井県の1市）それぞれ11事例、合計22事例**

［東京圏］「要支援」9、「特定高齢者」2　計11

［北陸都市］「要支援」5、「特定高齢者」6　計11

- **訪問インタビューにより実施。住宅見取り図を作成し、住まいと生活の仕方を把握した。**

29

参　考

［調　理］

多くは自分で行っているが簡易化されており、会食会や配食サービス、デイサービスでの食事と組み合わせて行われている。

	自　分	サポート　＋　自分	サポートのみ
東京圏　n=11	8	2	1
北陸都市　n=11	10	1	0
合　　計 n=22	18	3	1
		＊サポート：子、ヘルパー等、デイ、配食	

30

参　考

［買　物］

シルバーカーやタクシー利用などにより自分で何とか行うが、「大変」「ほしい物が買えない」という不自由さがある。

	自　分	サポート　＋　自分
東京圏　n=11	8	3
	（うちシルバーカー3）	
北陸都市　n=11	6	5
	（うちシルバーカー3）	
合　　計 n=22	14	8
		＊サポートのみはなし

31

参　考

［掃　除］

掃除機は筋力や握力低下に伴い放棄され簡易化されている。
ヘルパー派遣を受ける12例は全員がヘルパーに依頼している。
17例に物置となり片付けられていない部屋があった。

	自　分	サポート　＋　自分	サポートのみ
東京圏　n=11	1	6	4
北陸都市　n=11	7	4	0
合　　計 n=22	8	10	4
		＊サポート：子、ヘルパー等、デイ、配食	

	片付けられていない物置部屋ある	片付けられていない物置部屋なし
東京圏　n=11	8	3
北陸都市　n=11	9	2
合　　計 n=22	17	5

32

参　考

[洗　濯]

量が少ないため下着のみ手洗いなど、特に〔北陸都市〕において簡易化が見られた。

例）〔北陸都市〕週２回デイサービスの前日、下着だけは手洗いする、その他はたまったら適宜洗濯機で。

33

参　考

［布団干し］

従前の方法で行えているのは１例のみで、布団素材の変更や寝室に広げて日に当てるなどの工夫により対処したり、対応が見つからないままとなっている。

	物干し場に	室内に広げる	布団乾燥機	サポート	干さない
東京圏 n=11	1	4	1	5	0
北陸都市 n=11	＊＊1	3	1	0	6
合　計 n=22	2	7	2	5	6

＊「室内に広げる」には、「ベッドだから干さない」を含む
「干さない」6のうち、夏場は物干し場に干すは3
北陸都市は冬場
サポート：子、ヘルパー、行政の布団乾燥サービス
＊＊干しているようには見えない状態

34

参　考

［入　浴］

〔東京圏〕では、毎日から週3回程度、日中から17時くらいの間の入浴が4例。〔北陸都市〕では、夏場は毎日入る人でも冬場は週1回程度の入浴となっている。要支援では多くがデイサービスや浴場で入浴している。

例）〔北陸都市〕週2回デイサービスで入浴。要支援になる以前、冬場は週1回以下だった。

35

参　考

	週4～7回	週2～3回		週2回以下
東京圏 n=11	8		2	1
		自宅	1	
		デイ	1	
北陸都市 n=11	1		8	2
		自宅	2	
		デイ	3	
		浴場	3	
合　計 n=22	9		10	3

36

参　考

○　入浴・洗濯・布団干し・掃除・調理・買物は、加齢によって生じた不自由さについて方法を変えたりサポートを組み合わせるなどして対応している。

○　入浴・洗濯・布団干し・掃除については、地域性や習慣、個人の嗜好性の違いが大きい。掃除はむしろ体力を要する「片付け」に課題があり、掃除は、「片付け」の困難さへの配慮が必要ではないか。

○　調理は、それまでの経験などが反映されていると考えられる。

○　調理の簡易化は、単身世帯では、一般に行われているものと思われ、高齢単身世帯の特徴とまではいえないかもしれない。

○　事例の多くに買物の不自由さがある。

37

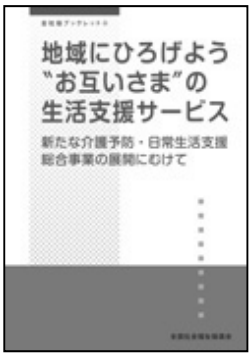
関係団体テキスト紹介

本研修テキストは、都道府県が生活支援の担い手養成を行うためのものです。特に介護保険法改正により包括的支援事業の生活支援体制整備事業費を活用し、コーディネーターの人件費、協議体の活動費に社会保障４経費（年金、医療、子育て、介護）として消費税財源を充当することから、可能な限り全国にコーディネーターと協議体の統一的な考えを周知する必要があり、その理念や考えを学術的な体系に基づきまとめたものです。その前提に初期においては、地域で既にコーディネーターとして活動している者に理念を学んで頂く事に主眼をおいています。

よって、コーディネーターとしての初歩的な要素や活動実績や経験のない者に対しては、本研修テキスト以外にも生活支援を行う各全国団体から下記のテキストを発行しており、適宜活用頂くことも有用と思われます。

【新地域支援　助け合い活動創出ブック】
～足りない助け合い活動の創出とネットワークづくり～
公益財団法人　さわやか福祉財団
URL: http://www.sawayakazaidan.or.jp/new_community_support_project/support_book.html

【地域にひろげよう“お互いさま”の生活支援サービス】
全社協ブックレット④
～新たな介護予防・日常生活支援総合事業の展開にむけて～
全国社会福祉協議会



【あなたの地域デビュー】
“居場所と出番”のきっかけづくりガイド
静岡発“地域支援のあり方”委員会
認定 NPO 法人市民福祉団体全国協議会

【地域でともに暮らすための支え合い活動サービスのすすめ】
－支え合い活動や生きがい仕事、生活支援サービス事業の
立ち上げ支援講座テキスト－
復興庁平成 26 年度「新しい東北」先導モデル事業
「住民主体の地域共生型支え合い活動と事業の立ち上げ支援事業」
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

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機能及び協議体の構築に関する実践事例

＊ 掲載事例は、社会福祉協議会、NPO法人、行政などが最近取り組んだコーディネーター的な活動についてご紹介いただいたものです。

＊ 実際にコーディネーターが設置されるのは平成27年度からとなるため、事例中の記載は「取り組み主体：（コーディネーター相当）」として、実際に取り組んだ中心的な人物・組織を掲載しています。同様に協議体についても、現状ではまだ設置されていないため「形成されたネットワーク」として取り組みの結果あるいはその過程で形成された会議体や連携組織を紹介いただきました。

＊ なお、事例提供先は、テキスト執筆のワーキンググループメンバー及び厚生労働省との協議により選定されています。今後、各地域がコーディネーターを養成していく際にこれらの多様な取組事例を参考にしていただくことを目的に編集をしています。

1

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機能及び協議体の構築に関する実践事例（1）

		豊中市社会福祉協議会	奈良県生駒市
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ組織の主な活動ｴﾘｱ		大阪府豊中市	奈良県生駒市
地域類型	人口	約40万人	約12万人
	高齢化率（65歳以上）	24.42%	23.20%
	高齢化率（75歳以上）	11.14%	9.63%
地域ﾆｰｽﾞの把握	主体	豊中市社会福祉協議会　コミュニティソーシャルワーカー（CSW）	生駒市介護保険課、地域包括支援センター
	仕組み	豊中ライフセーフティネットを構築（関係機関・事業者・住民等が連携）、要援護者への気づきウォ見逃さずニーズを把握	・自立支援型地域ケア会議で、地域課題（ニーズ）を抽出
地域資源の開発	主体	豊中市社会福祉協議会	生駒市介護保険課
	仕組み	・「ひとり暮らし老人の会」 互助組織として、支え合い活動を実施 ・「安心協力員（234人）」研修を受講した安心協力員が有償で行う見守り・買い物支援・鍵預かり等のサービス。調整役はCSW ・「安心コール」週1回電話による安否確認（有償） ・「一人暮らし応援事業者ネットワーク」23業種、553店舗の協力を得て、気になる人やSOSを発見した場合に社協へ連絡し、CSWが支援につなげる ・「福祉なんでも相談窓口」住民の集いの場として、住民同士の会話からSOSをキャッチする機能を担っている ・「安否確認ホットライン」市役所に連絡窓口を開設	＜軽度認定者に対する事業構築＞ ・4つの類型に分けた事業を構築（①集中介入期　②移行期　③維持期　④生活期） ・住民主体の通いの場の創出（会食サロン） ・生活支援サービスの創出（シルバー人材センター）
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の拡大	主体	豊中市社会福祉協議会	生駒市介護保険課
	仕組み	・「地域福祉ネットワーク会議」の高齢者部会である地域包括支援センター主催の高齢者実務者会議にて課題の共有を行い、ライフセーフティネット総合調整会議へ情報提供し、支援も受ける ・CSWは「福祉なんでも相談窓口」のバックアップ及び、「ライフセーフティネット総合調整会議」へ情報提供	・地域ケア会議を通した生活期の事業においてサロン、生活支援サービスを開発する上で形成された
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の参画者		・豊中市社会福祉協議会 ・豊中市ライフセーフティネットの地域福祉ネットワーク会議 ・一人暮らし応援事業所ネットワーク（市内23事業所、553店舗） ・安心協力員（234人）　等	・生駒市高齢福祉課 ・生駒市健康づくり推進員連絡協議会 ・生駒市地域包括支援センター ・生駒市シルバー人材センター ・生駒市居宅介護支援事業者協会　等

2

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機能及び協議体の構築に関する実践事例（2）

		NPO法人しみんふくし滋賀	立川市社会福祉協議会
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ組織の主な活動ｴﾘｱ		滋賀県	東京都立川市
地域類型	人口	約140万人	約18万人
	高齢化率（65歳以上）	23.22%	22.90%
	高齢化率（75歳以上）	10.89%	10.41%
地域ﾆｰｽﾞの把握	主体	NPO法人しみんふくし滋賀	立川市社会福祉協議会（社会福祉コーディネーター）
	仕組み	・訪問介護サービスを提供する中で、介護保険制度内で対応できない「隠れたニーズ」を把握。 →市民の「ちょっとした困りごと」を発見	・茶話会やサロン等の地域活動から地域のニーズを把握 ・学習会→男性からもさまざまな困りごとが寄せられ、その地域の具体的なニーズを把握
地域資源の開発	主体	NPO法人しみんふくし滋賀、社会福祉協議会、ボランティア団体	立川市社会福祉協議会（社会福祉コーディネーター）
	仕組み	・介護保険制度内ではできない支援を「隠れたニーズ」と捉え、生活支援サービスを実施 ・緊急時、短期間、短時間の生活支援サービス ・サービス内容は、「一般家事」、「付き添い」、「公的サービスや専門機関利用の相談・助言」など ・認知症勉強会を家族や職員に対して実施（2ヶ月に1回） ・給食事業　高齢者宅への配食サービスを実施 ・近江八幡での高齢者エンジョイ地域活動モデル事業（平成16年度）を活用し退職男性のグループ活動の橋渡し	・お試し茶話会の立ち上げ　→3回で住民主体で継続化へ ・定期的な学習会 地域包括支援センターによる「介護サービス学習会」など →自治会主催の定期学習会の継続実施へ（月1回） ・避難誘導訓練 災害時などに近所同士で安否確認ニーズ
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の拡大	主体	NPO法人しみんふくし滋賀	立川市社会福祉協議会・地域福祉コーディネーター
	仕組み	＜モデル事業を活用したネットワーク形成＞ ・生活支援のあり方を話し合う場づくり ・退職男性の社会参加と仲間づくりによりネットワーク形成	・市内全6箇所の福祉圏域に地域福祉コーディネーターを1名専任で配置 ・各地域包括支援センター内に配置、地域包括支援センターとの連携がとれる
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の参画者		・近江八幡市社会福祉協議会 ・ボランティアセンター運営委員会（近江八幡市）　等	・地域包括支援センター ・自治会 ・民生・児童委員 ・テーマ型の市民活動団体（防災ボランティアなど） ・立川市社会福祉協議会・地域福祉コーディネーター等

3

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機能及び協議体の構築に関する実践事例（3）

		広島県地域包括・在宅支援センター協議会	大阪宅老所・グループハウス連絡会
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ組織の主な活動ｴﾘｱ		広島県	大阪市
地域類型	人口	約288万人	約269万人
	高齢化率（65歳以上）	27.2%	24.80%
	高齢化率（75歳以上）	12.6%	11.60%
地域ﾆｰｽﾞの把握	主体	広島県地域包括・在宅支援センター協議会	大阪宅老所・グループハウス連絡会
	仕組み	・「地域を知る」ために必要な様々な情報収集方法をアドバイス ・時間軸、地理を意識して住民からアセスメント ・民生委員や地区社協担当者などサロン利用者が参加する「地域ケア会議」で具体的なニーズを把握 ・研修を通して多世代へアプローチ	・市民の理解・啓発をすすめる講演会、学習会を実施 ・制度利用者が個別サービスのみに依存して地域との関わりが薄れている状況を把握（高齢者と地域のつながりのニーズを発見） →この課題解決のためにサロン活動支援
地域資源の開発	主体	広島県地域包括・在宅支援センター協議会 地域包括支援センター	大阪宅老所・グループハウス連絡会
	仕組み	・研修を活用して、認知症サポーターなどの協力を得たい年齢層へアプローチ ・県内の先進事例の紹介を通して、介護保険サービスでは支援できないニーズがあることの共通認識を育成 →それをどのようにサポートしていくのかを検討	＜サロン活動支援のサービス内容＞ 【啓発支援】サロン活動・サロン開設の実際についての講座（毎年実施） 【開設支援】サロン開設に向けたサポート 【運営支援サ】ロン開設までの相談・方法論の呈示・寄付募集、助成金確保の支援 【連携支援】サロン活動参加者同士の助け合い活動
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の拡大	主体	広島県地域包括・在宅支援センター協議会	大阪宅老所・グループハウス連絡会、様々な住民団体
	仕組み	広島県地域包括・在宅支援センター協議会が中心になって、行政や地域包括ケア推進センターとともに地域包括支援センターの機能強化を実施	・サロン活動の取組拡大に向けた関係機関との連携 →行政、社会福祉協議会、地域の様々な団体等と協働 ・サロン同士の連携で重層的なネットワークを構築
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の参画者		・行政 ・地域包括ケア推進センター ・地域包括支援センター　等	・各区の行政、社会福祉協議会、様々な住民団体、ボランティアグループ ・各地域のサロン連絡会（先駆的に2～3区）　　他

4

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機能及び協議体の構築に関する実践事例（4）

		琴平町社会福祉協議会	NPO法人みんなのくらしターミナル
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ組織の主な活動ｴﾘｱ		香川県琴平町	宮崎県
地域類型	人口	約9500人	約111万人
	高齢化率（65歳以上）	37.3%	28.5%
	高齢化率（75歳以上）	21.0%	15.1%
地域ﾆｰｽﾞの把握	主体	琴平町社会福祉協議会（地域福祉担当）	NPO法人みんなのくらしターミナル
	仕組み	・地域の独居高齢者に対して、訪問介護員等によるニーズキャッチ ・配食を社協職員が実施することで、ニーズ把握 ・コミュニティソーシャルワーカーについての研修や事例検討でノウハウ取得	地域の多様な課題解決や地域社会の再構築のために ・地域住民が自ら行う活動を支援 ・市町村との勉強会を実施 ・主体的な住民活動から生まれる助け合い活動の創出を支援
地域資源の開発	主体	琴平町社会福祉協議会	NPO法人みんなのくらしターミナル絡会
	仕組み	・食事サービス事業 ・日常的金銭管理支援サービス ・健康管理サービス ・プラットフォーム事業 「安心・見守り・防災」、「環境・美化」、「子育て・次世代支援」	・「ふれあいの居場所」を立ち上げ （例：「ふれあいの居場所」⇒「たわわハートネット」⇒「都農ふれあいの居場所」など） ・住民の主体的な活動で、子供から高齢者までの「ごちゃまぜコミュニティへ」を定着 ・視察研修を経て、地域に則した新たな助け合い活動を実施
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の拡大	主体	琴平町社会福祉協議会	NPO法人みんなのくらしターミナル
	仕組み	・地区地域福祉推進連絡会（地区ネット） 地区の問題や課題を住民を巻き込みながら活動していく場 ・地域福祉連絡会・地域福祉懇談会（個別）支援検討会 社協が関係機関団体とのネットワークを推進	・介護保険改正についての勉強会を企画 →地域住民、行政職員、民生委員、ＪＡ、介護職員参加 ・県内の他市町村、社会福祉協議会、民間団体などと協働で「ふれあいの居場所」を開始
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の参画者		・地区地域福祉推進連絡会（地区ネット） ・地域福祉連絡会・地域福祉懇談会（個別）支援検討会 ・プラットフォーム事業のワーキンググループ ・ボランティア 等	串間市「まるっとみんなの会議」の例 ・地域包括支援センター・社会福祉協議会・ボランティア団体 ・ＮＰＯ法人・介護事業所

5

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ機能及び協議体の構築に関する実践事例（5）

		全国コミュニティライフサポートセンター（ひなたぼっこ）
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ組織の主な活動ｴﾘｱ		宮城県仙台市
地域類型	人口	約111万人
	高齢化率（65歳以上）	28.47%
	高齢化率（75歳以上）	15.12%
地域ﾆｰｽﾞの把握	主体	全国コミュニティライフサポートセンター（ひなたぼっこ）
	仕組み	・「ひなたぼっこ」は地域住民同士のつながりを深めるための「つどい場」を提供
地域資源の開発	主体	全国コミュニティライフサポートセンター
	仕組み	・買い物代行サービス等の生活支援 ・地域食堂 ・ふれあい居酒屋 ・各種サロン活動の開催 ・キッズルーム、健康マージャンルーム等の貸出
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の拡大	主体	全国コミュニティライフサポートセンター（ひなたぼっこ）
	仕組み	・ひなたぼっこ運営推進委員会 各関係機関と相互に支え合い連携している
ﾈｯﾄﾜｰｸ（協議体）の参画者		・行政 ・地域包括支援センター ・地区福祉・児童施設 ・社会福祉協議会 ・学校・大学 ・医療機関 ・町内会・老人会　等

6

豊中市社会福祉協議会
～豊中市ライフセーフティネット構築の概要～
（主な活動エリア：大阪府豊中市）

●地域概況

豊中市は大阪府の中央部の北側、神崎川を隔て大阪市の北に位置し、東は吹田市、西は尼崎市、伊丹市、北は池田市、箕面市に接し、市域は東西6キロ、南北10.3キロ、面積は約36.6平方キロメートル。地形は、北部の待兼山、刀根山から島熊山をへて千里丘陵へと続く標高50～130メートルのなだらかな丘陵地域、中央部に広がる豊中台地、西・南部の低地部からなる。市民主権の理念をうたう「自治基本条例」に基づき、自立した豊かな地域社会を創造するための取組みを進めており、まちの課題に市と市民が協働で取り組む仕組みを整備している。

■基本情報（平成26年10月度現在）　（世帯数は平成22年度国勢調査）

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
400,901人	97,924人（24.42%）	44,680人（11.14%）	166,540世帯	18,993世帯（11.40%）	18,035世帯（10.82%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	3,652人	3,387人	3,464人	3,582人	2,420人	1,951人	1,779人	20,235人
割合	3.7%	3.5%	3.5%	3.7%	2.5%	2.0%	1.8%	20.7%

出典：豊中市介護保険事業者運営委員会資料

9

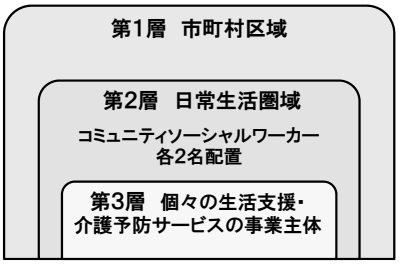
～取組の概要～

取組の経緯

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

- 豊中市社会福祉協議会　コミュニティソーシャルワーカー（以下「CSW」）

- 大阪府の地域福祉支援計画及び豊中市地域福祉計画に基づき、 地域におけるセーフティネットの体制づくりなど、地域福祉推進の新たな担い手として設置した。
- 平成16年より、順次、市内７つの生活圏域に２名配置。CSWは大阪府が定める養成研修を修了するほか、内部研修として事例検討会を実施している。
- 制度の狭間にある支援の手が届きにくい人への支援など、個別事例への対応や事例を通して把握した地域の様々な課題解決に向けて、新たな支援の仕組みづくりに取り組んでいる。



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、第1層の圏域を超えた活動がおこなわれたりすることも考えられる

個別支援から地域支援へ（仕組みづくりを行う）

- 福祉ゴミ処理プロジェクト
- 徘徊SOSメールプロジェクト
- 同じ立場の人をつなぐ…交流会の開催
  - 男性家族介護者交流の集い
  - 若い家族介護者の交流会
  - 広汎性発達障碍者の家族交流会
    …自主グループ化「一歩の会」
  - 高次脳機能障害者の家族交流会
    …自主グループ化「アンダンテ」
- 団塊塾とよなか
  …団塊世代の地域デビューをめざして
- ちょボラサロン
  …精神障害者の社会参加の場づくり
- ひとり暮らし高齢者支援方策検討委員会
  ⇒安心生活創造事業へ

10

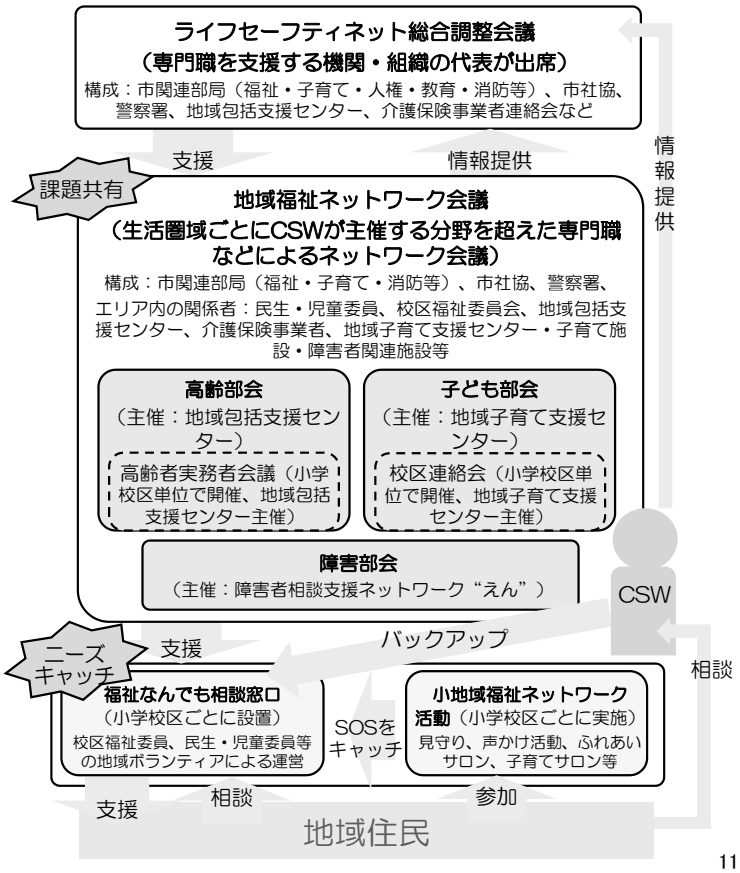
（背景・地域の課題）

- 公民協働による問題解決のための仕組み「豊中ライフセーフティネット」を構築し充実を図ってきた。

豊中ライフセーフティネットとは、社会的援護が必要な人が住み慣れた地域で孤立することなく安心して暮らすことができるよう平成16年に構築された仕組み。要援護者への「気づき」を見逃さずニーズを把握し、確実な支援に「つなげ」、継続的に「見守る」ため、関係機関、事業者、住民等が連携し、地域ぐるみでその体制づくりをすすめてきた。

- 人口流動が激しい地域のため、地域との関わり（地縁型の支援）を拒否する高齢者に対する支援の必要性。
- 一人暮らし高齢者をはじめとする自ら声をあげない高齢者の孤立化問題に対する見守り等の支援体制の必要性。
- 地域住民による早期発見から迅速な支援体制の必要性。

豊中市ライフセーフティネットの構築図（抜粋）



11

（取組のポイント）

- CSWのコーディネート
- 新たな事業・プロジェクトの開発
- まちぐるみで孤立化問題に真正面から取り組む
- 様々な高齢者の特性に応じた重層的な見守り体制の構築
- 相談窓口の一本化と、行政の個人情報確認手法の確立
- 支援を検討する場に当事者が参画し、よりニーズに沿った支援を開発

取組に係る財源

- 豊中市単独費

取組の内容

〔これまでの支援では支えきれない対象者に対する重層的な社会資源開発の取組み〕

①ひとり暮らし老人の会

ひとり暮らしの高齢者が集まる会（食事会やサロン等）を小学校区ごとに実施し、孤立感の解消や互助組織としてひとり暮らし高齢者同士の支え合い活動（会食会や誕生会等）を実践。

12

②安心協力員（234人）

ひとり暮らしで生活に不安がある高齢者や地縁型の支援に対する拒否がある高齢者に対する新しい支援方法。

一定の研修（20時間）を受けた安心協力員が有償（１時間800円）で行う見守りサービスや買い物支援、緊急通報システム利用時の鍵の預かり等のサービスを実施。

安心協力員は担当する高齢者宅を定期的に訪問する等、専任制も取り入れている。利用者と安心協力員とのマッチングや調整等は主にCSWが行っている。

③安心コール

ひとり暮らしで安心協力員の定期訪問を敬遠する高齢者等に対する安否確認サービス。週１回の電話による安否確認を有料で行っている。

④ひとり暮らし応援事業者ネットワーク

自らSOSを発しない・発せない高齢者の地域ぐるみの発見力の開発。

市内の電気・ガス・水道事業所、新聞配達・宅配事業所等、23業種、553店舗の協力を得て、日常業務の中で、気になる人やSOSを発見した場合の連絡先を社協に一本化し、CSWが状況確認し、現場の対応や市役所や他の支援につなげる。

ひとり暮らし応援事業者には、個人情報の取扱や連絡ルール等のマニュアルを配布するほか、年2回集まり意見交換等を行っている。

13

⑤福祉なんでも相談窓口

豊中市と社協が協働で小学校区ごとに開設している相談窓口。地域のSOSの受け皿として相談を待っているだけではなく、窓口が地域住民が集う場でもあることから、地域住民同士の話の中からSOSをキャッチする機能を担っている。

相談には民生・児童委員や校区福祉委員等が対応しているが、CSWが定期的に相談窓口を訪問し課題を把握するほか、解決が難しい相談はCSWが一緒に対応している。

ひとり暮らし応援事業者ネットワークからの報告も一括してこの窓口で受けるため、ひとり暮らし応援事業者が行政や警察に報告するべきか悩むこともない。

⑥安否確認ホットライン

孤独死が増加していることを受けて豊中市役所に開設された連絡窓口。住民の気づきを受付けるほか、CSW等の事例対応の際にも市との連携により安否が確認できる仕組み。

形成されたネットワーク

- 豊中市社会福祉協議会
- 豊中市ライフセーフティネットの地域福祉ネットワーク会議
- ひとり暮らし応援事業所ネットワーク（市内23業者、553店舗）
- 安心協力員（234人）　　等

※豊中市では未だ協議体は設けられていない。

14

取組の効果と課題

【効果】

- 従来の仕組みではカバーできない高齢者に対応した支援の仕組みを構築
- 市内企業や事業所が参画したまちぐるみの支援体制の構築

【課題】

- 保証人（身寄りのない方の施設入所、入院時の際に発生する保証人）
- 身寄りのない方の遺品等の処理や対応
- 24時間の支援体制
- 65歳未満の引きこもり等、社会的孤立
- 緊急対応や生活困難等の資金（セーフティネット）づくりの必要性
- 個人情報の取扱いにおける環境の整備

今後の展望

- 地域福祉計画に、社会福祉協議会（CSW）を中心にひとり暮らし高齢者やSOSを出さない・出せないといった支援が行き届きにくい人などへの社会的孤立を防ぐ地域福祉のコディネターとして位置づける。
- その他、制度の狭間を支える生活支援サービスを公民協働で構築していく。

奈良県生駒市
～地域ケア会議を活用した取組の概要～
（主な活動エリア：奈良県生駒市）

●地域概況

奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.18平方キロメートル。

江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、年々人口は増加傾向にある。

大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。

・市民の高い定住意向の割合：83.9%（全国平均64.7%）
（平成20年度　生活総合調査）

■基本情報（平成26年10月度現在）　（世帯数は平成22年国勢調査）

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
121,332人	28,152人（23.20%）	11,696人（9.63%）	44,434世帯	3,306世帯（7.44%）	5,848世帯（13.16%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	535人	770人	921人	948人	872人	553人	388人	4,687人
割合	1.9%	2.7%	3.3%	3.4%	3.1%	2.0%	1.4%	16.6%

17

～地域ケア会議を活用した取組の概要～

地域ケア会議活用の経緯

生駒市の高齢者における様々な課題に対して、地域住民や多職種の専門職と協働し、共に解決する方法を４つの会議形式に分類しながら展開。

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

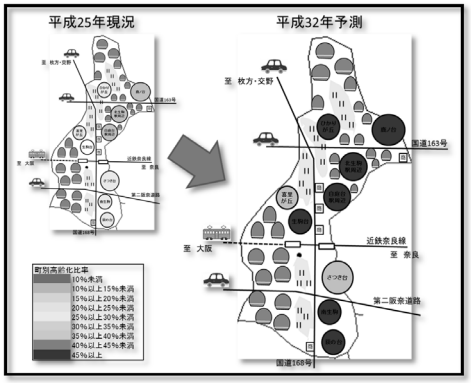
生駒市介護保険課

（背景・地域の課題）

- 地理的特徴：南北に細長い地形を呈し、坂道が多い街並み
- いったん膝・腰を痛めると「閉じこもりがちな生活」を余儀なくされる
- 前期高齢者16,959人＞後期高齢者12,012人（H26.4.1）
- 軽度認定者が多い
- 高齢化率23.2％（H25.10.1現在）で、全国・奈良県に比し、低い方である（全国25.1%、奈良県26.05%）
- 75歳以上の人口伸び（2015～2025年）が高く、全国1.32倍に比し、1.7倍の見込み
- 今後、後期高齢者数の地域格差が大きくなる
- ひとり暮らし高齢者数も例年伸び続けている（H25年:3,122人民生調べ）
- 高齢者虐待・認知症に関する相談が増えている

※日常生活圏域は10圏域
⇒　地域包括支援センターは6箇所設置（委託）

→平成32年度における生駒市の高齢者マップ



写真：坂道の様子高齢者にとってはきつい！！

18

（地域ケア会議の持つ５つの機能）

①医療・保健・福祉等の関係者の技能向上と個別ケースの支援に関する質の向上を目指すために**個別の課題を解決**していく役割。

②様々な会議形式を通して**地域の課題を整理**していく役割。

③地域包括ケアの構築に関与する**住民・関係者・関係機関のネットワーク形成を図るために地域の課題を抽出**し、課題を共有し、解決してくために誰が、どの機関がどのような取り組みができるかを考え、互いの**ネットワーク化**を考える役割。

④地域の課題を解決していくために、**地域にない資源を開発、必要な事業を創出**したりしながら、地域づくりを行っていく役割。

⑤政策形成に必要な地域の課題を系統化し、**行政課題に変え政策に反映**させていく役割。

（生駒市の地域ケア会議のポイント）

●地域ケア会議は、会議の種類ごとに全市・日常生活圏域・小学校区・自治会ごとという単位で開催し、地域の課題を市の政策・取り組みへと反映

●認知症高齢者の増加に伴う地域の見守り体制に関するネットワーク構築

●支援困難ケースに伴う支援体制の整備

●自立支援型のケアマネジメントの確立

●社会資源を有効活用した「地域づくり」も地域ケア会議の賜物
（生駒市健康づくり推進員連絡協議会の会員と連携した生活期の事業）

19

（地域ケア会議の概要）

レベル	会議名	会議の概要　・　特徴	会議の機能					主催者・進行役	参加者	事例選定	開催時期
			①	②	③	④	⑤				
市	地域ケア会議　Ⅰ	生駒市における自立支援の方法論の構築を目的とした検討	○		○	○	○	市（保険者）	市（保険者） 地域包括支援センター サービス提供事業所 リハ職（PT/OT）、Ns 歯科衛生士、管理栄養士、運動指導者 医師（書面）	集中介入期・移行期の事業 参加者25～30例	定例 1か月に1回 （初回・中間時点・終了時）
日常生活圏域	地域ケア会議　Ⅳ	認知症についての知識の周知、課題の検討を通じ、認知症の方や家族を排除しないまちづくりを推進	○	○		○		市（保険者） 地域包括支援センター	市（保険者） 地域包括支援センター 自治会、民生委員、警察等	総合相談や包括的・継続的ケアマネジメントにおいて、認知症などによる苦情や、地域で実働するケアマネジャーより相談があがったケース等	非定例 （随時開催）
	地域ケア会議　Ⅲ	地域住民と集まり、地域の実情やニーズを掘り起こす			○	○		地域包括支援センター	地域包括支援センター 民生委員等 その他関係機関・関係者	「地域支援体制整備」において、地域包括支援センター職員が地域に赴き、その地区の住民と直接話し合う場を設定し、地域の状況把握に努めており、その中で、明らかになった地域の課題を選定	非定例 （随時開催）
個別	地域ケア会議　Ⅱ	支援困難ケースの課題解決、地域の支援体制の構築	○	○				地域包括支援センター ※進行は、担当ケアマネが担う場合あり。	地域包括支援センター ケアマネジャー 必要に応じ、市（保険者）、医師、弁護士	生活圏域ごとに起こっている支援困難ケースの事象に関し、地域住民や警察、ケアマネからの相談があったものについて、関係者と話し合いを重ねながら、支援方針を定めていく必要性のあるケース	非定例 （随時開催）

地域ケア会議の財源

●平成26年度には、地域支援事業における包括的支援事業費の財源を確保

●平成27年度からは、新総合事業費で財源確保

20

自立支援型地域ケア会議（地域ケア会議Ⅰ）を通した取り組みの紹介

〔自立支援型地域ケア会議により、地域課題を抽出⇒市の政策への反映〕

軽度認定者のケースを積み上げ議論したことにより、新しい総合事業に必要な事業の創出に寄与。

【現状】

- 膝・腰痛を患うと地理的条件（坂道の多い街並み）が重なり、閉じこもりがちな生活が余儀なくされる。
- 社会参加を目的としたデイ利用のニーズや買い物に行けないなどの理由で、ヘルパー利用を希望する軽度認定者の増加

⇒ これらの状況を鑑み、多職種協働による様々な視点を生かしながら、自立を促進する方法論を会議で議論

【取組①　4つの類型に分けた事業の仕組みを構築】

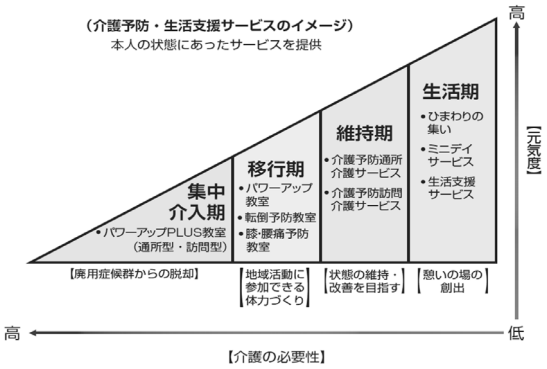
軽度認定者の状態像に応じて、

①集中介入期　②移行期　③維持期　④生活期

の4つの類型に分けた事業に創出。事業実態へと展開。

①の集中介入期の事業では、専門職が関わり、３か月間という短期集中の期間の中で、元気になっていく高齢者を次はその事業の担い手として、卒業生が教室に参加するという仕組みを構築。

生駒市の総合事業の体系図



21

【取組②　生活期における住民主体の通いの場の創出＜会食サロン＞】

④の生活期の事業の必要性が明らかになったことから、既存の地域資源（市民ボランティアである「生駒市健康づくり推進員連絡協議会の会員（約280名）」を活用し、閉じこもりがちな高齢者の通いの場として「会食サロン」を新たに立ち上げ、展開。

会食サロン

孤食や新型低栄養の高齢者に対する手作りの食事をみんなで食べる「食」を介した高齢者のサロン

- 生駒市が実施する一定のカリキュラムを受講終了した「生駒市健康づくり推進員」が対応
- 毎回、生駒市健康づくり推進員10名程度が、季節に応じた地元の郷土料理を交えながら、手作りの料理をふるまい、時に一緒に調理もする。
- 食前・食後には生駒市健康づくり推進員が企画した介護予防に関するレクリエーションや脳の活性化を図るプログラムを進行。

22

【取組③　生活期における生活支援サービスの創出＜シルバー人材センターへ委託＞】

軽度認定者の訪問介護利用時の内容は、「買い物・掃除・調理」等の生活援助が大半である。一般の元気な高齢者や市民でも対応できる生活支援メニューが多くある。

そこで、シルバー人材センターに委託し、生活支援サービスを実施。

シルバー人材センターによる生活支援サービスの提供

シルバー人材センターに委託する事で、同年代の人によるサービス提供であり、受ける側も「老い」について共感が出来、癒される。また、サービスの担い手側となる高齢者も、自身の「役割（生きがい）」となり、健康づくりに貢献している。

こうした生活期の事業の創出やコーディネートに関して、今後生活支援コーディネーターの活躍を大いに期待。

地域ケア会議を通して生活期の事業で形成されたネットワーク

- ●生駒市介護保険課
- ●生駒市高齢福祉課
- ●生駒市健康づくり推進員連絡協議会
- ●生駒市地域包括支援センター
- ●生駒市シルバー人材センター
- ●生駒市居宅介護支援事業者協会
- ●その他

23

取り組の効果

- ●地域ケア会議の事例検討の中で、ニーズの抽出と解決策の検討から、地域支援の開発や事業の創出につながっている。
- ●会食サロンを実施することで、新型低栄養への予防対策がとれるほか、参加者同士のふれあいや仲間づくりに発展している。
- ●また、生駒市健康づくり推進員との交流を通じて、閉じこもり予防や参加者の生活意欲の向上にもつながっており、ＡＤＬやＩＡＤＬの向上に寄与している。

今後の展望

- ●生活支援サービスは、シルバー人材センター等への委託を始めているが、今後は、有償ボランティアなど、子育て中の母親等が短い時間を活用して生活支援サービスを提供するなど、簡易な事業の構築を図り、世代間交流も目指していく。
- ●また、介護予防の推進を担う人材を養成・育成していくことにより、会食サロンや体操教室等が今よりさらに増え、地域に根差した『憩いの場』が多く展開できるよう地域の支援体制を構築していくことが急務である。

地域支援体制整備事業について

H27年度　協議体設置（生活支援コーディネーターになりえる人を見つける。）

H28年度　生活支援コーディネーターを配置支援体制を強化する。

生活支援コーディネーターは今後、
地域ケア会議においても内容によって積極的に参加し、
地域資源の開発に意見を述べていくことも期待される。

24

NPO法人しみんふくし滋賀
～生活支援サービスに関連する活動の取り組み～
（活動エリア：滋賀県）

●地域概況

滋賀県は日本のほぼ中央に位置し、北は福井県、東は岐阜県、南東は三重県、西は京都府と接している。また、伊吹、鈴鹿、比良、比叡などの山々に囲まれ、中央に県の面積（約4,017平方キロメートル）の約6分の1を占める日本で一番大きな湖「びわ湖」を有する。

「住み心地日本一の滋賀」を目指し、子育て、地域の医療福祉、産業、環境、安全・安心の暮らし等、さまざまな取組みをすすめている。

■基本情報（平成26年10月度現在）　　世帯数は、平成22年国勢調査より

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
1,416,500人	329,044人（23.22%）	154,326人（10.89%）	517,049世帯	33,890世帯（6.55%）	49,504世帯（9.6%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	6,499人	7,545人	11,848人	10,996人	8,454人	6,796人	5,424人	57,562人
割合	1.98%	2.29%	3.60%	3.34%	2.57%	2.07%	1.65%	17.49%

25

～生活支援サービスに関連する事業の取組の概要～

取組の経緯～近江八幡市のモデル事業からの発展～

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

- 近江八幡市社会福祉協議会

（背景・地域の課題）

- 近江八幡市では、助け合いに関わる人材の育成に取り組んでいたが、ボランティアの育成や地域福祉活動への参加促進等の課題があった。
- 近江八幡市社会福祉協議会の呼びかけで実施された、高齢者エンジョイ地域活動モデル事業（平成16年度）に参画した。同事業の中で、地域の新たな人材として退職男性の社会参加と仲間づくりに取り組み、住民自らが行政では出来ない市内の困りごとを解決していくことを楽しむ雰囲気が出来た。
- その後も、地域コーディネーター、ボランティア、生活支援サポーター等の担い手の養成を行政、NPO中間支援センター等と共に行った。地域コーディネーター講座を修了した退職男性はグループ活動の橋渡し役をしている。
- ボランティアセンター設立準備会（平成24年度）、運営委員会（H.25～27年）に参画。また、傾聴研修会等で講師を務めるなど受講者の活動への参加意識の高揚を図った。

形成されたネットワーク

- ボランティアセンター運営委員会：近江八幡市
  ボランティアセンターはボランティア活動を支援するため同市社会福祉協議会に設置されている。生活支援のあり方を話し合う場でもある。

26

～生活支援サービスに関連する事業の取組の概要～

近江八幡市の高齢者エンジョイ地域活動モデル事業に参画し、
地域福祉の担い手の養成に関わることをきっかけにして、滋賀県内の各地域での生活をサポートするための生活支援サービスの充実や強化に取り組むようになった。

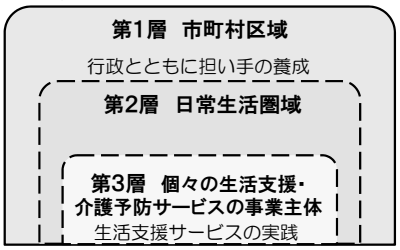
生活支援サービスに関連する事業の概要

＊ 子どもから高齢者まで「お互いさまの精神で助け合う」 ことを念頭に、福祉は街づくりであると捉え、福祉の社会化を目指してきた。

＊ 介護保険制度前から訪問介護サービスを提供する中で、ホームヘルパーが利用者の様々な要望を受け止め、介護保険制度内で対応できない「隠れたニーズ」を把握。住民の『ちょっとした困りごと』も対応してきた。
現在も介護保険サービスの他、制度外の支援も実施することで、安心した暮らしへのサポートを実施している。

＊ 県内の統計的な課題の把握や課題解決のための対応策は市や行政機関が担当する一方で、個々の利用者ニーズの把握や支援する役割を担い、実践してきた。

＊ 行政と共に退職者に着目し、高齢者自らが自分達の問題であることを自覚し、楽しみながらサービスの担い手となれるように養成研修を行うなど第１層への関わりとともに、個々の利用者ニーズを把握し、生活支援サービスを開発・提供するなど、第３層への支援を実施してきた。



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、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る　27

（取組のポイント）

- 利用者に向き合い、生のニーズを把握
- 介護保険制度内ではできない支援であっても、その利用者には必要なことを「隠れたニーズ」と捉え、生活支援サービスを実施。

生活支援サービスの内容

●生活支援サポート事業

「在宅で家族介護をしているが急な用事が出来た」「子どもが急に熱を出したが仕事で戻れない」「体調が良くないので病院に行きたい、その間、家族を見てほしい」等の緊急時、短期間、短時間の生活支援サービスや、24時間切れ目のない生活支援も含めて平成元年から実施。

介護、家事援助、育児支援など、暮らしの中で必要な分だけサービスを提供するため、事前に主任ホームヘルパーが利用者宅を訪問し、アセスメントとともに日程等の調整を行う。

サービス内容は、掃除、洗濯、調理等の「一般家事」 、お散歩、通院、買い物、観劇などの「付き添い」、「身体介護」、公的サービスや専門機関利用の相談・助言、花壇のお手入れ、お話相手などの介護保険サービスでは対応できない支援を実施している。

◆利用料　１時間あたり会員2,000円、非会員2,500円から
（最低1時間から（1時間以降30分単位加算））

28

●給食事業

高齢者宅に弁当を届ける配食サービスや、生活習慣病や太り過ぎが気になる中年世代の方に最適な少し薄味のメニュー、忙しいお母さんの為にテイクアウトできる手作り惣菜（現在は廃止）等、幅広い利用者層に配慮した、宅配弁当、ランチ、惣菜、保育の給食作り等を実施してきた。

手作り弁当では、メニューの変化や栄養バランスにも配慮し、食べやすく健康的な弁当作りに努めており、きざみ食、おかゆ、軟米の対応や食材の大きさ、ご飯の柔らかさを調整するなど、きめ細かい対応を行っている。

◆利用料　お弁当ー会員550円、非会員580円
　　おかずのみー会員530円、非会員560円

●認知症勉強会を実施

厚労省の認知症予備軍が65歳以上の人口の27%にあたる数であるとの発表を受けて、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が利用者家族に「認知症の家族と接するときに大変だと感じていることはどんなことか」とアンケート調査を実施した。

「辻褄が合わないことを言う。怒りっぽくなる。時間軸が無くなる。」等のアンケート結果から、認知症のことを理解していれば認知症の方への対応はそれほど難しいことではなく、穏やかな暮らしが出来るのに正しい知識を持っていないが故に、自分の常識が通じない認知症の事を恐れ、認知症というものに漠然とした恐怖を感じるのだと思い、法人として平成26年7月から２か月に１回、１時間の認知症勉強会を利用者家族、職員を対象に開始した。

29

取組の効果と課題

【効果】

- 困りごとを解決するための相談相手が出来た
- お金を介在させることで遠慮せずに頼みごとが出来るような仕組みが出来た
- ボランティアの楽しみが広がり、仲間が出来た

【課題】

- 人材確保、資格を云々すると確保が難しい
- 急な要望に応えることができるシステムが必要
- ごちゃまぜ、何でもアリにするには様々な立場の人たちが話し合う場と時間が必要

形成されたネットワーク

- 生活支援基盤整備推進に関する県域協議会：滋賀県

  県は平成27年度早期に立ち上げ、生活支援コーディネーター 第１層及び第2層や生活支援サポーター養成研修を実施する予定。また、新地域支援事業を考えるフォーラムを開催予定。

※しみんふくし滋賀が関わる地域では未だ定期的な協議体は設けられていない。

30

しみんふくし滋賀としての今後の展望

●まちづくり

新地域支援事業では今までの縦割りが少し緩やかになった。高齢者、障害を持った人、小さな子ども、子どもを持つ女性など、支援を必要とする様々な人が、支援する人、される人の区別なく一人ひとりが役割を発揮できる場づくりをしたい。

●「見える」事業所づくり

各施設内の見学や団らんのスペースを開放し、地域住民、行政、専門職が日頃疑問に思っていることを気軽に話したり、現状の把握が出来るような雰囲気づくり。

●新しい世代の育成

「高校生・大学生の施設見学や研修生の受け入れ」など次世代の福祉を目指す人達への情報提供。福祉職に興味を持ち、福祉職を目指す人達への学びの場として協力。

●人の暮らしに文化や芸術などの楽しい部分は必要不可欠なもの。

『わたしのくらし悠々すてき』

を合言葉に、誰もが心にゆとりのある時間を持てるような活動にしたい。

●滋賀県が立ち上げる生活支援基盤整備推進に関する県域協議会による生活支援コーディネーター 第１層及び第2層や生活支援サポーター養成研修等に参加。

立川市社会福祉協議会
～地域福祉コーディネーターの取組の概要～

●地域概況

立川市は、東京都のほぼ中央、西よりに位置し、多摩地域の中心部にあって、昭島市、小平市、日野市、国分寺市、国立市、福生市、東大和市、武蔵村山市と隣接してる。面積は約24平方キロメートル。市域は平たんで、南側には東西に流れる多摩川が流れ、JR立川駅周辺は商業が発展、北側には玉川上水の清流が流れ、都市農業や武蔵野の雑木林など緑豊かな地域を形成している。

■基本情報（平成26年12月1日現在）　（世帯数は平成26年5月）

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
179,163人	41,021人（22.90%）	18,465人（10.41%）	80,805世帯	7,545世帯（8.75%）	6,609世帯（7.66%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月1日現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	1,485人	843人	1,687人	1,001人	849人	842人	630人	7,337人
割合	3.62%	2.06%	4.11%	2.44%	2.07%	2.05%	1.54%	17.89%

33

～取組の概要～

茶話会の立ち上げの取組の経緯

（取組の主体者）＊コーディネーター相当となる所属組織・人物

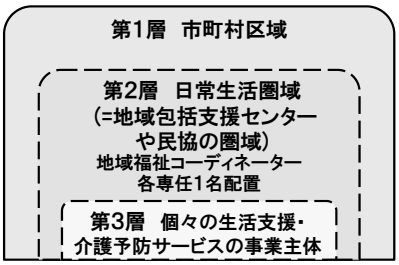
- 立川市社会福祉協議会　地域福祉コーディネーター

＊「地域課題に対応する住民主体の福祉活動を進める」ため、立川市と立川市社会福祉協議会が協働で設置している。

＊行政の地域福祉計画と社協の地域福祉市民活動計画の双方で設置を位置づけ、共に評価も行っている。

（茶話会の立ち上げに至るまでの取組の背景・地域の課題）

- 平成19年度から順次、市内全６か所の福祉圏域に地域福祉コーディネーターを専任１名配置し、人のつながりをつくる・取り戻す活動をしている。
- 専任の地域福祉コーディネーターは、各地域包括支援センター内に配置されて活動しているため、日頃から地域包括支援センターとの連携が図れている。
- 立川市内には約120の住民主体の支え合いサロンがあるが、必要とされる場所に必ずしもサロンがあるわけではなく、相談事例があっても地域のサロンにつなげない例もあった。



＊第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、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る

34

（取組のポイント）

- 市社協職員のコーディネート
- 地域のネットワークを活用した地道な活動の実践
- お試し茶話会から地域活動へ定着
- 茶話会やサロン等の地域活動から地域のニーズを把握

取組に係る財源

立川市からの補助金と社協の自主財源
（立川市は東京都「地域福祉推進区市町村包括補助事業」を活用）

具体的な取組の内容

支え合いサロンがない地域でお試し茶話会を立ち上げ、地域活動へ定着

地域包括支援センターから「紹介できるサロンはあるか」との相談があったが、その地域にはサロンがなかった。そこで地域福祉コーディネーターは、民生委員や地域包括支援センター、地域住民有志と共に「お試し茶話会」を開催。その後、住民主体の茶話会となり、他の地域活動にも発展。

35

●お試し茶話会ーお茶とおしゃべりの会ーの立ち上げ

自治会長に自治会館の貸し出しを依頼し、自治会に入っていない人が参加する場合でも、貸し出しを了承してもらえた。

関心の高い住民を紹介してもらい、立ち上げに関わる地域人材を確保する。3回の試行実施後、住民主体で継続実施となることを目標に、なるべくお金をかけないように工夫して実施。

（お茶とおしゃべりの会）

●定期的な学習会へ

お茶とおしゃべりの会を重ねる中、参加者から学習会をしたほうが良いのではという声が上がり始める。そこで、地域包括支援センターによる「介護サービス学習会」や立川市災害ボランティアネットの協力を得て自治会主催の学習会開催に発展。

これらの学習会に自治会長が手応えを感じ、地域で毎月１回の定例清掃日に自治会主催で定期的な学習会を継続実施することになる。

茶話会では女性参加者が圧倒的に多いが、学習会となると男性の参加者が増え、また、茶話会に漬物だけ届けに来る方がいたりするなど、その人なりの関わり方ができる場となっている。

（立川市災害ボランティアネットによる防災セミナー）

（地域包括支援センターによる介護サービス学習会）

36

●座学だけではなく、地区で避難誘導訓練を実施

学習会等の中で、災害時等にはまず近所同士で安否確認するなど、お互いのことを気遣う必要性があるのではないかと参加者からの声があがり、地区で避難誘導訓練を実施するに至った。

まず、自治会内の住宅地図を見て、どこに気になる人がいるかを確認。

但し、自治会、民生委員、地域包括支援センター、社会福祉協議会で協働実施するため、個人情報や守秘義務等が非常に難しい点ではあったものの、要介護度や障害者手帳の種別などは全く関係なく、「気にしていていた方が良い人」ということで共通の認識が持てた。また、事前に地域包括支援センターや民生委員、自治会ブロック長は、気になる住民に事前に参加を促しに行ったり、訓練日当日に自宅までお誘い出しに出向くなどの丁寧な対応があった。

訓練日には、参加する人、参加できない人が顕在化するため、これも一つの成果だと考える。

避難誘導訓練(ブロック長宅前で安否確認)
民生委員、自治会役員、地域包括支援センター、地域福祉コーディネーターで
気になる人のもれがないように事前打合せをして実施

避難誘導訓練
（誘い合って集合場所の公園へ）

避難誘導訓練
（公園に集合・点呼）

37

●ニーズの把握

茶話会の中では地域の様々な声が聴けるため、自治体の調査等では挙がってこないようなニーズが把握できている。学習会では、質問という形で男性からも様々な困りごとが寄せられるなど、その地域の具体的なニーズが把握できる場となっている。

形成されたネットワーク

- 立川市社会福祉協議会・地域福祉コーディネーター
- 地域包括支援センター
- 自治会
- 民生・児童委員
- テーマ型の市民活動団体（防災ボランティアなど）

※立川市では、平成27年度から協議体設置に向けて、取組を進める予定。

38

取組の効果と課題

【効果】

- 地域福祉コーディネーターが関わることによって、サロンや茶話会、体操グループなど住民主体の地域グループが増えている。
- 地域包括支援センターと協働することで、個別支援と地域支援が一体的に推進できる。
- 地域住民同士が、気にかけ合い、必要に応じて地域包括支援センターや社協に相談をつないでくれるようになった。

【課題】

- 「支える」「支えられる」関係性を超え、それぞれが役割を持って参加できる工夫が必要
- 「集える場所」の確保
- 多様な世代が参画できるテーマと仕掛け

市社協としての今後の展望

- 地域福祉コーディネーターはこれまで同様、対象や領域を限定せずに、人や地域活動をつないでいく。多様な規模とスタイル、多彩なテーマのコミュニティを地域住民と共につくっていく。

広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会
～地域アセスメント強化の取組みの概要～
（主な活動エリア：広島県）

●地域概況

広島県は日本の西側である中国地方にあり、南は瀬戸内海に面し、東西と北は山に囲まれている。面積は約8479平方キロメートルで日本の総面積の2.2%を占め、11番目に大きな県となっている。一般的に夏の降水量や冬の降雪量が少なく晴天が多い瀬戸内海気候地帯だが、地域によっても気候の差がある。同県には競争力のある産業や魅力ある観光資源などがある半面、過疎化や高齢化などの人口減少に直面。活力ある将来を築くために、県の持つ底力を最大限にし、県民とともに、新たな時代を切り開く広島県づくりに取り組んでいる。

■基本情報（平成26年1月1日現在）

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
2,876,300人	738,566人（27.2%）	361,270人（12.56%）	1,183036世帯	119,757世帯（10.12%）	136,435世帯（11.53%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合
（世帯数は、平成22年国勢調査）

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	26,833人	22,050人	29,633人	24,825人	18,415人	15,961人	15,291人	153,008人
割合	3.63%	2.99%	4.01%	3.36%	2.49%	2.16%	2.07%	20.72%

41

地域アセスメント強化の取組み～生活支援充実に向けて～

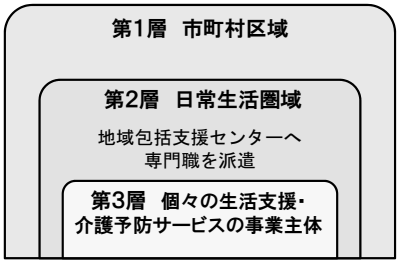
取組の経緯

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会、広島県地域包括ケア推進センター

（背景・地域の課題）

- 地域包括支援センターは平成18年から設置され、高齢者が住みやすい地域づくりを推進するための取り組みを行ってきており、その役割は年々重みを増してきている。
- しかし、求められる役割機能への対応の状況は各センター間で格差が生じており、地域包括支援センターへの評価は全般的に満足のいく結果は出ておらず、制度の改正のたびにセンターの機能強化が必要であるとの指摘を受けている状況である。
- 広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会では、課題を抱える地域包括支援センターに直接出向き、専門的知見を持つ者が助言を行うなどのリーダーへの支援を実施してきた（専門職アドバイザー派遣事業として、平成22年度から広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会が受託し、現在は広島県地域包括ケア推進センターが実施）。



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、第1層の圏域を超えた活動がおこなわれたりすることも考えられる

42

（取組のポイント）

- 広島県と県地域包括ケア推進センター、同協議会が一丸となり市町と連携して地域包括支援センターの機能強化に対応。
- 地域アセスメントの実施や地域ケア会議の開催等についてアドバイスを行うなど、地域の実情に応じた地域包括支援センターへのサポートを実施。

取組に係る財源

広島県委託費

具体的な助言の内容（例）

〔ニーズの解決を目的とした地域アセスメントに向けて〕

■ 助言例１：「地域を知る」ために必要な様々な情報収集

地域の現状に関する情報……行政等の資料から

住民に関する情報……ニーズ調査や住民の集会等から

地域の生活に関する情報……その地域に存在する企業や事業所、学校等から

要援護高齢者に関する情報…利用者本人や家族、介護事業所等から

地域活動に関する情報……その地域の住民やPTAなどの地域組織や団体から等

高齢者と関係なさそうな情報でも、何か情報が得られるのではないかという視点でアプローチを実施する必要性を助言している。

43

■ 助言例２：地域の時間軸、および、地理等を意識したアセスメント

住民等から話を聞く際には「今」だけの話を聞くのではなく、地域の過去から現在のバックグラウンドを把握したうえで話を聞く等、情報収集におけるポイント等を助言。

また、得られた情報を検討する際には、地図（インターネット上の地図なども含む）を一緒に見ながら紐解いていくことで、どこに要支援者の住まいがあるか、ニーズがどこに点在しているか、地理条件なども併せて認識するなど、多面的・多角的にとらえることの重要性をアドバイスしている。

■ 助言例３：簡易に開ける「地域ケア会議」の提案

地域のサロン等において支援にきている民生委員や地区社協担当者等のほか、サロン利用者等が参加する地域ケア会議。周辺の状況や心配事など当事者の意見を聞きつつ話しあうことで、具体的な情報を得ることができることから、地域アセスメントの一つの手法として活用することを提案している。

■ 助言例４：研修をとおした多世代へのアプローチ

企業を対象とした認知症サポーター研修や子どもを対象とした認知症研修などでは、子どもの立場として自分の親の話が聞けるため、その地域でどのように高齢者を捉えているかが明確になる。そのため、その地域でターゲットにしたい年齢層や協力を得たい年齢層に対するアプローチ法として、研修の活用を提案している。

44

■ 助言例５：県内で実施している先進的な事例の紹介

民生委員児童委員協議会の集まりの際に1時間程度の事例検討を実施している事例を紹介。これは、民生委員の中でも介護サービスを受けている利用者には民生委員が関わらなくてもよいと安心してしまうことがみられたため実施している。事例検討を通して、介護保険サービス等では支援できないニーズの共通認識をもったうえで、それをどうサポートしていくかの検討が新たな生活支援サービスへとつなげられるとも考えられる。

取組の効果

● アドバイザーの派遣をとおして地域包括支援センターの専門職と市町の担当職が集まって日々の業務を振り返り、課題について話し合うことにより、職種間のコミュニケーションが向上し新たな取り組みにも自信をもって臨むことができた。また、集めた情報を複数人で検討することにより、効果的なアイデアが出るようになった。

協議会としての今後の展望

● 今後も、地域包括支援センターへの助言を継続し、地域ケア会議から明らかになる地域の課題への対応を、生活支援コーディネーターとの連携して、社会資源の開発や効果的な活用ができる地域づくりを支援していく。

大阪宅老所・グループハウス連絡会
～サロン活動の取り組みについて～

●団体概況

2005年3月に「住み慣れた地域で、安心して安全に、自分らしく最後まで暮らしたい」を実現するために、宅老所、デイサービス、グループハウス、グループホーム、社会福祉施設、ボランティア団体、市民の方々が結成。

●活動事業

宅老所等の起業支援、地域福祉、地域共生ケア等に関する学習会・研修会の開催、地域共生ケアの　推進、サロン活動推進、調査研究事業、情報提供、国際交流活動、ネットワーク構築

●会員状況

当初は大阪市内のみだったが、現在は大阪府下全域に会員がいる。

～主な活動エリア（大阪市）の概要～

■基本情報（平成26年10月度現在、世帯数は平成22年国勢調査）

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
2,686,246人	663,364人（24.80%）	312,837人（11.64%）	1,311,523世帯	176,922世帯（13.48%）	102、931世帯（7.84%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	33,739人	24,272人	22,935人	26,570人	18,008人	17,111人	14,273人	156,908人
割合	5.1%	3.7%	3.5%	4.0%	2.7%	2.6%	2.2%	23.7%

49

～サロン活動の取組の概要～

サロン活動支援への取組の経緯

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

●大阪宅老所・グループハウス連合会

（サロン活動の支援に至るまでの背景・地域の課題）

●連絡会設立当初、大阪市内には少なかった宅老所やグループハウス等の創設を進めるため、会員の中の世話人を中心に、創設のための研修や開設者支援、市民の理解、啓発を進めて行くための講演会・学習会等を毎年開催してきた。

●事業を進める中で制度利用者が「ヘルパーが来てくれるだけで充分」という個別サービスのみに依存し、地域との関わりが薄れていく状況がみられた。宅老所などの施設拡充の取組みとともに「高齢者と地域とのつながり作り」も視野に入れた活動の必要性を痛感し、この課題解決のためにサロン活動支援が始まった。

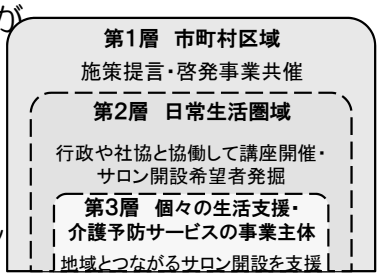
（支援の内容）

●啓発支援　：行政や社協に働きかけて、サロン講座や講演会・学習会の開催を図る

●開設支援　：地域の色々な団体・グループと連携して地域でサロンを開設しようとしている方を支援

●運営支援　：活動資金獲得、運営方法の伝授やサロンボランティア募集の支援

●連携支援　：地域内のサロン連絡会の結成



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、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る

50

（取組のポイント）

●高齢者が地域とのつながりを持ち続けられるようなサロンの拡充を目標として活動しているが「地域共生ケア」の視点から高齢者だけでなく、地域のすべての世代を対象にし、高齢者の生きがい作り支援、障害者支援、子育て支援等も含めた幅広い「居場所づくり」を目指している。

（サロン日常風景：NPO法人エフ・エー）

●開催回数や時間が限られたサロンだけではなく、日常的に開催され、地域との関係性を構築することのできるようなサロンを拡充することが基本視点。

●地域のサロン同士の連携をすすめ、質の向上、情報交換を図り、重層的な地域ネットワークを構築していく。

取組に係る財源

●サロン活動に対する支援（講演会・研修会・講座の開催等）は、連絡会会費等による連絡会の自主財源で行っている。

●サロンの実施場所の手配は、サロン実施者（施設・ＮＰＯ等事業者・グループ・個人）が確保・用意する。

●サロンの備品や物品についても実施者負担であるが、利用できる助成金などを紹介し、活用を提案していく。

具体的な取組の内容

〔地域とのつながりを再生させるサロンの開催に向けた取組み〕

施設利用者や高齢者が再び地域とつながるため、会員自らがサロンを開設したり、サロン活動講座を開催。

また、サロンを始めたい人の相談に応じ、適切にサポートするなどして、新たなサロン開設に向けた取組みを実施している。

（クリスマス会：NPO法人エフ・エー）

①実際のサロン活動・サロン開設についての講座開催（毎年実施）

＜阿倍野区における例（全4回）＞

第1・２回：サロンを実施する様々な活動主体

（事業所・個人・グループ・マンション（管理組合や住民）・自治会等の地縁組織等）による事例発表

第3回：サロン見学・現場実習

第4回：受講生及び見学先の方々による懇談会

サロンを始めたい人、サロンで活動したい人、サロンを知りたい人など、誰でも受講できる

基本は無償だが、ボランティア活動保険代・見学料・実習代などは受講者負担

（夜市：NPO法人エフ・エー）

②サロン開設に向けたサポート

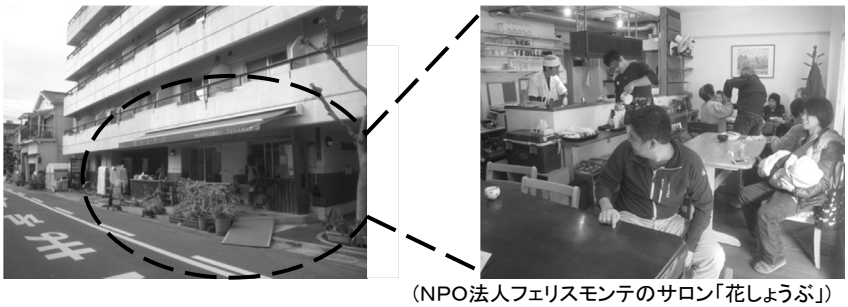
サロン開設までの相談・方法論の提示・寄付募集や助成金確保等の手伝い等
開設予定地域の現情に応じてきめ細かくサポート。

③サロン活動の取組の拡大に向けた関係機関との連携

行政・社会福祉協議会・地域の様々な団体等と協働し、サロン活動の拡大に向けた取組みを実施。

＜運営例＞

・区社協に協力を要請し、区社協と共催でサロン講座を開催。講座プログラムを相談しながら、講師（地域福祉に関する学者やサロン開設者等）・見学場所等は大阪宅老所グループハウス連絡会が用意、会場は区社協が提供した。



（NPO法人フェリスモンテのサロン「花しょうぶ」）

53

④サロン活動参加者同士の助け合い活動へ

●自宅改装、ガレージ改装、空き店舗利用やグループで家を借りたり、マンションの管理組合がマンション集会所内でサロンを開くなど、新たなサロンが開所されてきた。

●目指したサロンは、日常的な場所でゆっくりと参加者同士がおしゃべりできてつながりあえるようなサロンである。

●そのようなサロンの中で、高齢者同士の助け合いが自然に発生してきた。
いつも来る高齢者が数日サロンに来なかった為、数名で様子を見に行くと、風邪で寝込んでいた。そこで風邪が治るまで食事を届ける等の助け合い活動が自然に発生し「友達づきあい」のような関係が成立してきている。

（住み開きの「サロンおおば」）

形成されたネットワーク＊

（＊今後、協議体の参画者になる可能性のある組織等）

- 各区の行政・社会福祉協議会・様々な住民団体・ボランティアグループ等
- 各地域のサロン連絡会（先駆的に２～３の区で結成されている）

54

取組の効果と課題

【効果】

●サロン活動の拡大・増加・地域ネットワークの構築に貢献　⇒孤独死・孤立化防止

●サロンの参加者同士の関係性が生まれ、拠り所となる「居場所」の形成、住民同士による自然な形での助け合いが発生

●身近な福祉情報・地域情報の提供、発信拠点となり、高齢者だけでなく地域住民への啓発活動につながる　⇒地域活動・福祉活動への参加へのきっかけになる

【課題】

●会員はそれぞれの本来の所属している団体等の仕事があり、連絡会としてサポートしていくには、時間的にも財政的にも限界がある。⇒サロン支援を専一にはできない

今後の展望

●サロンの中での関係性の構築により、地域内の別の場所や他の活動に誘われ、参加し、つながっていくような参加者の活動に広がりを持たせることのできるサロンの拡充。

●各地域の社会資源（自治会等の地縁組織、民生委員、ボランティア（グループ）、施設、社会福祉協議会等）や地域包括支援センターなどと緩やかにつながり、地域支援の一翼を担う。

琴平町社会福祉協議会
～主な活動エリア（香川県琴平町）の概要～

●地域概況

琴平町は、香川県のほぼ中央部に位置している仲多度郡の西部を占め、東および南は、まんのう町、南西は三豊市、北から北西にかけて善通寺市に接し、町域は東西3.3キロ、南北5.3キロで、面積は約8.46平方キロメートル。金倉川と土器川の扇状地にあり、町域の西側が標高524メートル、瀬戸内海国立公園・名勝天然記念物に指定されている象頭山の山裾に沿っている。「住んで良し・訪れて良し」と言われるまちづくりを推進。住民がまちづくりに参画する住民自治を基本とし、積極的な町政情報の開示に務めた「ガラス張り行政」の実現を目指す。

■基本情報（平成26年5月1日現在）

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
9,490人	3,538人（37.28%）	1,997人（21.04%）	3,872世帯	605世帯（15.62%）	483世帯（12.47%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年5月1日現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	37人	83人	119人	148人	99人	72人	59人	617人
割合	1.05%	2.35%	3.36%	4.18%	2.80%	2.04%	1.67%	17.44%

57

～取組の概要　～

取組の経緯

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

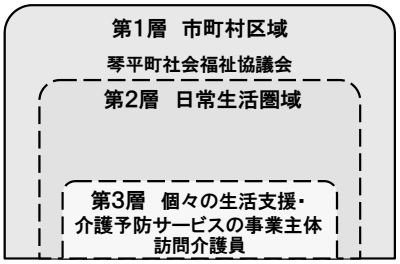
● 琴平町社会福祉協議会　地域福祉担当

（組織活動の概要）

＊ 地域の独居高齢者を中心に家族や親族等からの支援が得にくい人々に対して、ヘルパーによるニーズキャッチをもとに求められる支援を検討し、サービスを組み合わせて支援してきた。

＊ その際、民生委員や福祉委員をはじめ近隣住民の協力や理解を求めたり、医療機関との連携等、生活に必要な機関や団体とのネットワークが求められた。

＊ こうした取り組みのコーディネーターとしては、社協の地域福祉（コミュニティソーシャルワーク）担当がサービス開発も合わせて取り組んできた。そしてその実践は「地域生活総合支援サービス」として生活支援から死後事務までを包括的に支援するサービスへの取り組みになっている。



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、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る

58

（背景・地域の課題）

- 少子高齢化に伴う独居高齢者や高齢世帯の増加によって孤立し、自ら問題解決や助けを求められない人々のために、制度・サービスを補完する支援の必要性があった
- 地域での自立生活をサポートするための効果的な支援方法を探るため、地域福祉担当配置以前より、訪問介護員による聞き取り結果などをもとに、様々なサービスを開発してきた

（取組のポイント）

- 訪問介護員等が訪問時に高齢者のニーズを聴き取り検討
- サービスの開発を町内の機関と協力しながら実施
- 食事の提供を通じて、独居高齢者の在宅生活をサポート
- 金銭トラブル防止のため、金銭の管理体制の構築
- かかりつけ医と連携した適切な健康管理
- やりがい・役割の持てるアクティビティー等の開発

取組に係る財源

- 寄附金、チャリティー作品即売展　等

59

ニーズ把握から開発した取組の内容

〔利用者のニーズから開発したサービスとサービスの狭間に着目した様々な支援〕

訪問介護員等が従来の業務を行うだけではなく、訪問時に利用者との会話を通じて、色々なニーズを聞き出し、その内容を土台にしたサービスを事業展開している。

サービス提供は、要支援者の求めと必要に応じてマネジメントを実施。介護保険サービスに限らず、本人の意思を大切にしながらサービスを組み合わせて提供してきた。

その為の特別な研修は実施していないが、訪問介護員等に対してコミュニティソーシャルワークについての研修や事例検討を行ってきた。

①食事サービス事業

高齢者の支援として、生活の豊かさや栄養バランスなど食べることが一番重要だと考え、その提供を通じて孤立が解消出来るように開発された事業。

週1回の会食の提供から始め、週5回および昼夜もというように回数を増やしたり、また、炊飯可能な人には、おかずだけの提供を行うなどしている。食材は、地域の資源を活用し、栄養バランスなども重視している。

配食を社協職員が行うことで、利用者のニーズキャッチにもなっている。

60

②日常的金銭管理等支援サービス

在宅で生活するために必要な金銭だが、金銭トラブルによって地域で孤立することもあるため、それを未然に防止することを目的として、全国の社会福祉協議会に先駆けて、琴平町社会福祉協議会が実施した。

具体的には、金銭管理に関する相談、助言や生活費の払戻し、公共料金、家賃、医療費などの支払いのための金融機関への同行、または代行のほか、通帳・印鑑の預かりなどを社協職員が実施している。

③健康管理サービス

高齢者は病院や医師との関わりが欠かせないため、利用者のかかりつけ医と連携をとりながら服薬確認を行ったり、必要であれば通院介助を行ったりするなど、介護保険の制度外サービスとして、社協職員ヘルパーを含め介護支援専門員等の職員が対応している。

④プラットフォーム事業

「安心・見守り・防災」、「環境・美化」、「子育て・次世代支援」の3つのワーキンググループ（WG）をつくり、まちの課題や問題を出し合い、住民自らが解決に向けて取り組んでいる。

（安心・見守り・防災WGのまち歩き）

（環境・美化WGのクリーン作戦）

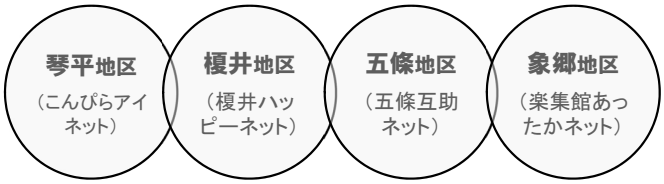
（子育て・次世代支援WGの読み聞かせ）

形成されたネットワーク

● 琴平町社会福祉協議会

＊ 地区地域福祉推進連絡会（地区ネット）

琴平町を４つの地区に分け、地区の問題や課題を住民が考え、その解決に向けて自分たちができることをそれぞれの地区住民を巻き込みながら活動していく場。



＊ 地域福祉連絡会・地域福祉懇談会（個別）支援検討会

＊ プラットフォーム事業のワーキンググループ　等

琴平町全体としては、社協が関係機関団体とのネットワークの構築を進めている中で、支援が必要な人やサービス利用者の意見集約の場づくりや、ボランティアへの働きかけなどを担ってきた。

今後の取り組みの中で、地区地域福祉推進連絡会活動（地区ネット）が協議体の機能を果たすことになると想定している。また、町内にある44か所のサロン活動（ひだまりクラブ）の世話人会も含め、これからの取り組みの中でさらに明確な位置付けが必要と考えている。

取組の効果と課題

【効果】

- 従来のやり方には無い高齢者に向けた支援の仕組みを構築
- まちぐるみでの支援体制を町内機関や事業所などと連携して構築
- 地域コミュニティが活発化

【課題】

- 高齢人口の増加に反比例し、まちづくりを主導する世代の減少のカバー
- 介護保険認定者・障害者数の増加に対する今後の支援
- 活動の担い手・人材の育成方法
- 地域活動に対する情報提供の方法
- 地域で支えるという意識改革、体制整備

町社協としての今後の展望

- 人と人との繋がりを大切にし、その上で様々なサービスを展開していくことが、地域全体のまちづくりにも繋がる、というような意識を持ちながら、今後も新たなサービス開発に取り組む。

NPO法人みんなのくらしターミナル
～地域活性化の輪を広げる活動の概要～
（主な活動エリア：宮崎県）

●地域概況

宮崎県は、九州南東部に位置し、大分県、熊本県、鹿児島県に接している。総面積は約7,736平方キロメートルで、９市14町3村で構成されている。

温暖な気候や豊富で良質な水資源のほか、優れた自然環境に恵まれており、自然公園面積は県土の約12％を占めている。宮崎県が策定した「未来みやざき創造プラン」では、県民一人ひとりが地域の課題に関心を持ち、世代を超えて地域の“絆”を強化する持続可能な地域づくりプログラムを推進し、多様な主体間の協働の促進や地域づくり活動などの取り組みを支援している。

■基本情報（平成26年10月1日現在）　　世帯数は平成22年国勢調査結果

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
1,114,775人	317,416人（28.47%）	168,569人（15.12%）	459,177世帯	53,460世帯（11.64%）	58,358世帯（12.07%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	7,316人	8,016人	12,529人	9,707人	7,902人	6,879人	6,931人	59,280人
割合	2.30%	2.53%	3.95%	3.06%	2.49%	2.17%	2.18%	18.68%

65

～取組の概要～

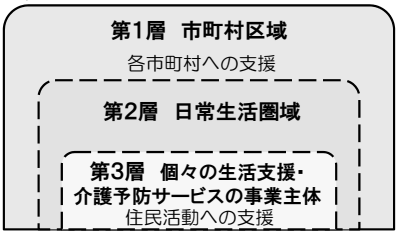
取組の経緯

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物

特定非営利活動法人みんなのくらしターミナル

（組織活動の概要）

- ボランティア支援や地域活動支援を経て、地域の多様な課題解決や地域社会の再構築と活性化を図るため、「地域」における「暮らし」の視点から見た、分野横断的な取組みが必要不可欠と考え、平成19年にNPOを設立。
- これからの時代に即した地域社会の再構築と活性化に向けて、高齢者や福祉といった領域に関わらず、<u>地域住民が自ら行う活動の支援を実施</u>。
- これまでの活動を活かし、行政の「地域づくり」に関する勉強会や研究会、事業等を協働で実施、行政との連携を図ってきた。
- 分野を問わず、また行政だけでなく地域住民や有志グループが抱える様々な課題解決に向けた「きっかけづくり」や「ヒント」となる先進事例の視察、議論を重ねる中で、自らの気づきにつながるように『その地域・その人・その時』に応じた支援を実施している。
- 必要なものはエリアを超えてつないでいく、また、必要なサービスを住民自身が作ることができるように支援。
- 生活支援体制整備事業を踏まえると、市町村等との勉強会を実施するなど、第１層への関わり、また、主体的な住民活動から生まれる助け合い活動の創出などを支援するなど、第３層への支援を実施している。



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、第1層の圏域を超えた活動がおこなわれたりすることも考えられる

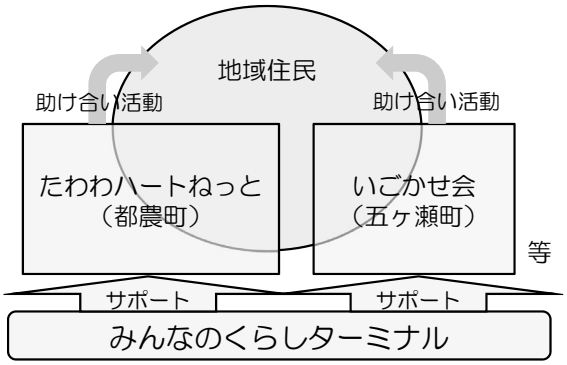
66

（NPO法人みんなのくらしターミナルの取組の背景・地域の課題）

- 「地域を元気に」を合言葉に、「支援する」という立場ではなく、「一緒にやりましょう」という姿勢を持って地域活性化の輪を広げてきた。
- 宮崎県に蔓延した口蹄疫の影響により、人と人とのふれあいが分断され、コミュニティが崩壊しかねない状態であった。この“ピンチ”を“チャンス”にするべく、コミュニティの再構築に取り組んだ。

（取組のポイント）

- 参加者による主体的な取組みの創出
- 参加者自らが役割に気付くような高齢者の意欲・関心を高める工夫
- 参加者の年齢・障害を問わず、自由な取組み・活動を支援
- 地道な取組みの積み重ねから、着実に成果を創出
- 市町村の範囲を越えた地域づくりの連携・取組み



取組に係る財源

- 宮崎県コミュニティ再生ファンド、宮崎県社協「ふるさと愛の基金」助成金等を活用
- 県や市町村と協働し、事業実施（県の委託事業や市町村からの相談を受け事業実施するなど）

67

参加者の主体的な活動を引き出し地域活動へ発展・定着した事例

①ふれあいの居場所からスタート

- 口蹄疫終息宣言後、住民に取組みを通じてコミュニティの再構築の必要性を伝えるため、直ちに「ふれあいの居場所」を川南町において立ち上げる（平成22年9月）。その後、この取組みに賛同した獣医を中心に発足した団体「たわわハートねっと」が、都農町に移し「都農ふれあいの居場所」を開所。
みんなのくらしターミナルは「たわわハートねっと」発足、居場所の開所・運営等を通して、ノウハウの提供だけではなく、時に心理的支えとしてもサポートする。

- 当初は、近隣住民に興味を持ってもらうために出入り口を開放。参加者が増える中、お昼を食べに自宅に帰っていた参加者が弁当を持ち寄るようになり、「どうせ皆で食べるんだから作ればいい」という声から昼食会が始まる。
- 参加者が休みの日には作った昼食を弁当にして出前する「配食」へ発展。現在では野菜作りも始め、昼食会で振舞われている。

（子どもたちと一緒にさつまいもの苗を植え付け）

- 居場所での参加者の活動は強制されるものではなく、参加者がやりたい「こんなこと」や「あんなこと」を参加者同士で話し合い、かたちにしている。
- 住民の気づきを促し、主体的な活動へつなげることで、現在は、子どもから高齢者までが参加する「ごちゃまぜコミュニティ」が定着。

68

②視察研修を経て、地域に則した新たな助け合い活動を実施

● ふれあいの居場所に取り組む中、「いごかせ会（五ヶ瀬町）」が実施している一人暮らし高齢者宅を一斉訪問する「加勢の日」を、都農ふれあいの居場所参加者とたわわハートねっとが視察。

「加勢の日」とは、訪問を断る高齢者が多かったが、地域の一斉清掃には日頃ボランティアをしない人も清掃に参加することからヒントを得て、一斉でやれば高齢者が気兼ねなく受け入れてくれるのではないかと考え実施されている助け合い活動。傾聴活動やゴミの分別、高所の拭き掃除などのちょっとした困りごとに加勢する。現在では、小・中学生や町外の人も参加するなど、参加者層の拡がりをみせている。

● 都農でも「加勢の日」の実施を検討したが、実施には至らなかった。しかし都農の新たな取組みとして、高齢者宅にグリーンカーテンを設置させてもらい、手入れのため月に１回訪問する「グリーンカーテンつくり隊」の活動を開始。この定期的な訪問をきっかけに、傾聴活動を継続することで、次第に信頼関係ができ、現在では手入れがなくても高齢者宅を訪問するなどもみられる。

（高齢者宅にてグリーンカーテンを設置）

● 他の助け合い活動を見ることによって、**参加者等のやる気も高まり、最もよく知る自分の地域に則した新たな活動について活発に話し合われた。**ふれあいの居場所参加者にも新たな役割が増え、それぞれが活躍できる場を持っている。

69

③地域との連携

● たわわハートねっとが主催する勉強会を企画。介護保険改正についての勉強会では、ふれあいの居場所参加者をはじめとする地域住民のほか、行政職員、民生委員、JA、介護職等20名が参加。

● それぞれが当事者意識を持つことができ、意見交換の場「ステップアップつの（都農）会議」を毎月１回開催することになった。

● また、会議に参加できない住民の意見として、幼稚園の保護者や保護司、商工会などを対象にアンケートを実施し、結果を含めて会議で検討する予定。

● 町全体をみんなで考えていこうという意識に変わり、地域との連携を深めている。

（介護保険改正についての勉強会）

（ステップアップつの会議）

70

取組の効果と課題

【効果】

- 都農ふれあいの居場所では、始めは午前中のみの居場所でスタートしたものの、その後、参加者たちの主体的な取組みにより、様々な助け合い活動の創出やコミュニティの再構築につながっている。
- 町内、町外というエリアを越えたネットワーク形成・取り組み。

【課題】

- 高齢者の中には、他の地域における手伝い等は意欲的であるが、自分の地域では主体的に関わろうとしない傾向がみられることや訪問を受け入れない高齢者に対するアプローチ。

今後の展望

- 「ふれあいの居場所」活動をさらに推進し、地域の互助を向上させるとともに、様々な助け合い活動を住民で考え、実施できるように支援し、住民主体の助け合い活動を促進。
- 県内の他市町村においても、当該市町村や社会福祉協議会、民間団体などと協働で「ふれあいの居場所」活動を開始する予定のため、その定着を図る。
- これまでの取り組みを踏まえ、宮崎県串間市、新富町、西米良村で研究会を実施している。更にこれらの市町村の担当者とたわわハートねっと、オブザーバーに宮崎県の担当者を加えた県レベルの研究会を実施し、情報の共有と連携を図っている。
- 行政主導型、民間主導型の2つの地域づくりモデルを形成する。

活動における形成されたネットワーク

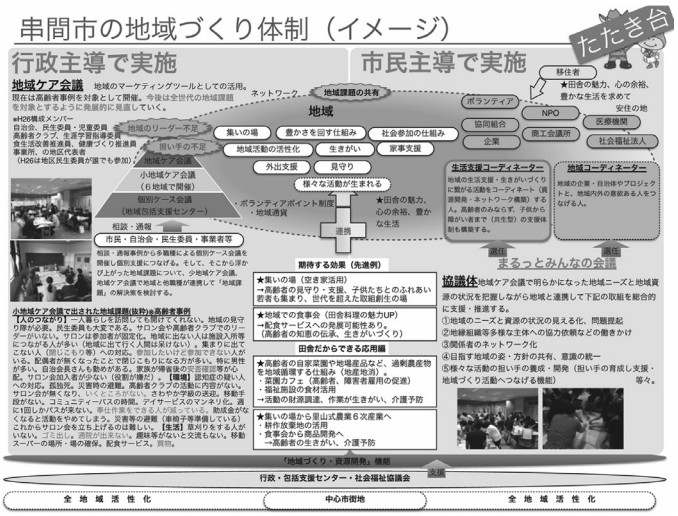
ＮＰＯ設立以降の活動の結果として、地域支援事業に向けた<u>勉強会等のみんなのくらしターミナルのサポートをきっかけ</u>に、市町村の協議体の設置に向けた取り組みなどにつながっている。

●串間市

串間市は、人口約２万人、高齢化率36.6%、要介護認定率は21.4%で宮崎県最南端に位置する。

協議体を視野にいれた「まるっとみんなの会議」を地域包括支援センターや社会福祉協議会と共催し、平成26年7月から開催。市民、ボランティア団体、NPO、介護事業所等が参加。

規範的統合に時間をかけ、理想の串間市像を整理し、今後の取組みの方向性を「宣言」としてまとめた。これを市長に宣言することで行政へ、また、活動報告会を通して市民へ思いを伝え、活動の拡がりを目指す。



（串間市医療介護課介護保険係の資料より）

<u>行政は場の提供や会議の進行を担当し、市民が意思決定をするという行政との協働でありながら、市民主体の会議となっている</u>。

今後は、地域ケア会議と連携し、串間市の地域づくりを推進していく考えである。

●西米良村

西米良村は、人口約1,200人、高齢化率42.6%、総面積の96%が急峻な森林が占める。

西米良型新地域支援事業に向けた取組みを検討するため、役場職員の若手を中心とした「西米良村の地域づくりを前に進める検討会」を発足。課の垣根を越えて住民のニーズに応えるための体制づくりの一歩を踏み出している。

福祉計画策定のために実施した住民座談会やアンケート等で挙がった意見や要望をもとに、西米良村では何が必要なのか・何ができるのか、地域の課題解決に向けて検討を開始。

課題の「独居老人の見守り」には、全戸に設置しているテレビ電話を活用し、また、「買い物支援」はテレビ電話で買い物の注文を取り、配達する。これらの担い手として「集落支援員」を配置するなど、地域の課題解決のための新たなサービスの創出や担い手の養成等を検討している。

また、協議体設置に向けて、月に１回開催されている地域ケア会議の活用等を検討している。

●新富町

新富町は、人口約18,000人、高齢化率25.5%、宮崎県中央部の沿岸地帯に位置する。高齢化率は増加する一方で、自治会加入世帯や老人クラブ加入者数の減少、実施サロンも横這いという現状の中、これからの地域支援の在り方を考える勉強会「みんなで考える会」を開始。同会では住民が参加し、住民自ら考えてもらうことをとおして、町全体で意思の統一を図る。これからの新富町を見据えた生活支援体制整備等に向けた取組みが開始されている。

NPO全国コミュニティライフサポートセンター
～「ひなたぼっこ」の活動概要～
（主な活動エリア：仙台市）

●地域概況

仙台市は、宮城県中部に位置する、同県の県庁所在地かつ政令指定都市である。面積786.30平方キロメートルを有し、東を太平洋（仙台湾）、北を松島丘陵、西を奥羽山脈、南を名取川と境界としている。
東日本大震災で大きな被害を受けたが、現在は復興の拠点となる一方、平成27年12月の地下鉄東西線開業に向けた開発が進んでいる等、都市計画が進んでいる。

■基本情報（平成26年10月1日現在）　　世帯数は平成22年国勢調査結果

総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	一般世帯数	高齢者単身世帯数	高齢夫婦世帯数
1,114,775人	317,416人（28.47%）	168,569人（15.12%）	459,177世帯	53,460世帯（11.64%）	58,358世帯（12.07%）

※65歳以上人口、75歳以上人口（%）：総人口に占める割合
※高齢者単身世帯数、高齢者夫婦世帯数（%）：一般世帯数に占める割合

■第一号被保険者の要介護認定の状況（平成26年10月度現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	7,316人	8,016人	12,529人	9,707人	7,902人	6,879人	6,931人	59,280人
割合	2.30%	2.53%	3.95%	3.06%	2.49%	2.17%	2.18%	18.68%

77

～全国コミュニティライフサポートセンターの概要～

取組の経緯

（取組の主体者）*コーディネーター相当となる所属組織・人物
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
（組織活動の概要）

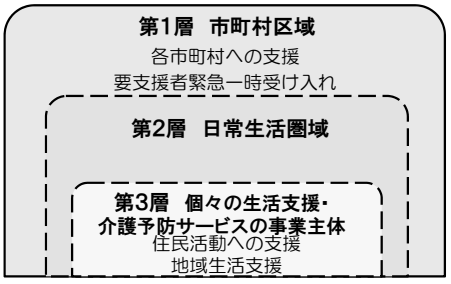
●当法人は、高齢者及び障害者、子どもなどが自立した生活を営むために必要な支援を実施する団体や、それらの団体のネットワーク組織を支援することにより、「だれもが地域で普通に」暮らし続けることのできる地域社会の実現を目指して、1999年夏に任意団体として設立。

◎ひなたぼっこが目指すものは

仙台市青葉区の国見小学校区及びその周辺において、子どもも、障害のある人も高齢者も誰もが自分らしく地域で暮らし続けられるよう、「ひなたぼっこ」は地域住民同士のつながりを深めるための「つどい場」を提供し、そこで出会った人同士の支え合いを支援したり、制度やサービスの狭間にある人の緊急一時の受け入れ等を行い、りすることない、支え合いの地域づくりを目指す。

◎ひなたぼっこの機能

1.地域住民同士のつながりを深める場づくりへの支援
2.地域に暮らし続けたい人の支援
3.働くことや役割づくりの支援



*第3層は必ずしも第2層の一部であるとは限らない。活動圏域が広いNPO等の場合は複数の第2層の圏域に跨り活動が行われたり、第1層の圏域を超えた活動がおこなわれたりすることも考えられる

78

「ひなたぼっこ」取組の背景・地域課題

●仙台市の中心市街地から北西部に位置する丘陵地にあって、古くからの住宅地で坂が多い。

国見小学校区には、東北福祉大学や東北文化学園大学、東北大学の国際交流センターなどがあり、学生や 外国人留学生も多い。

町内会や民生・児童委員、地区社協、老人会などの活動も活発。

（取組のポイント）

1．受け入れ対象を限定せず、断らず・期間を設定していないこと
2．さまざまなニーズに柔軟に対応していること
3．2カ月に1度、地域団体や地域の各支援機関等を交えた「運営推進委員会」を開催し、地域にも活動内容をオープンにしていること

取組に係る財源

仙台市委託「企画提案型コミュニティビジネス運営事業」
（ふるさと雇用再生特別基金事業）（2009年12月～2012年3月）
仙台市委託「仙台市地域支え合い活動推進事業」
（緊急雇用対策）（2012年4月～2015年3月）

79

「ひなたぼっこ」の取組内容（時系列）

委託料（万円）	年度		地域サロン	地域食堂	貸室事業（キッズルーム、麻雀ルーム含）	HH2級講座	緊急受入れ	講習・セミナー	みんなのわ発行	外出サロン	居酒屋	トリプルリッチ	東日本大震災支援	弁当・惣菜配達（見守り）	親子サロン	駄菓子販売	託児（一時預り）	買物代行（配食利用者）	自立準備ホーム（保護観察所）
1,635	2009	12	開始	開始	開始	第1回													
	2010	1				↑	最初の受入	○											
2,460		4				↓			開始	開始	開始	開始							
		7				第2回（短期集中）		○											
		10				第3回	要介護5受入体制												
	2011	1				↑ ↓	被災者受入（5～6名）	○					<3.11発災！>						
2,500		4	×	×	×		↓	×		×	×		炊出し・見守り訪問・片づけ・配食						
		7	×	8月再開（週一）	×			×		×	×		↓						
		10	再開	通常（平日営業）	再開		<平均2名>			再開	再開		10月で、ほぼ終了						
	2012	1						○						配食から引継ぎ・開拓	<「八幡のいえ」（子育て支援施設）「ひなたぼっこ」に統合>				
2,300		4					<平均3名>								開始	開始（再開？）			
		7					<平均4名>										開始		
		10					<平均5名>	○										開始	
	2013	1						○											
2,000		4					<平均6名>												
		7			麻雀R休止（緊急受入に転用）	→	<平均7名>												
		10																	開始
		1																	

80

地域住民同士のつながりを深める場づくりへの支援

（１）お弁当や総菜等の配達や、
　　買い物代行サービス等の生活支援
（２）地域食堂（月曜日～金曜日の昼食）
（３）ふれあい居酒屋（毎週金曜日）
（４）各種サロン活動の開催
　　外出サロン、映画サロン
　　親子（子育て）サロン
　　民間借り上げ住宅住民向けサロン
（５）キッズルーム、健康麻雀ルーム等の貸し出し
（６）月刊紙「みんなのわ」の発刊（回覧板で配付）

81

配食

82

地域食堂

居酒屋

お茶っ子サロン（親子サロン）

85

地域に暮らし続けたい人の支援
～「断らない」で「受け止める」～

（１）お弁当や総菜等の配達や買い物支援
　　一人暮らしや高齢者世帯等の食生活の支援
　　→　震災以降、本格的に取り組む

（２）見守り支援
　　声掛け・安否確認・体調の確認・ゴミ出し・
　　買い物・冬季の水道の元栓の開閉など

（３）買い物支援
　　お弁当の利用者対象
　　1回300円で3品を配食時にお届け

（４）子どもの一時預かり
　　幼児～子どもの一時預かり

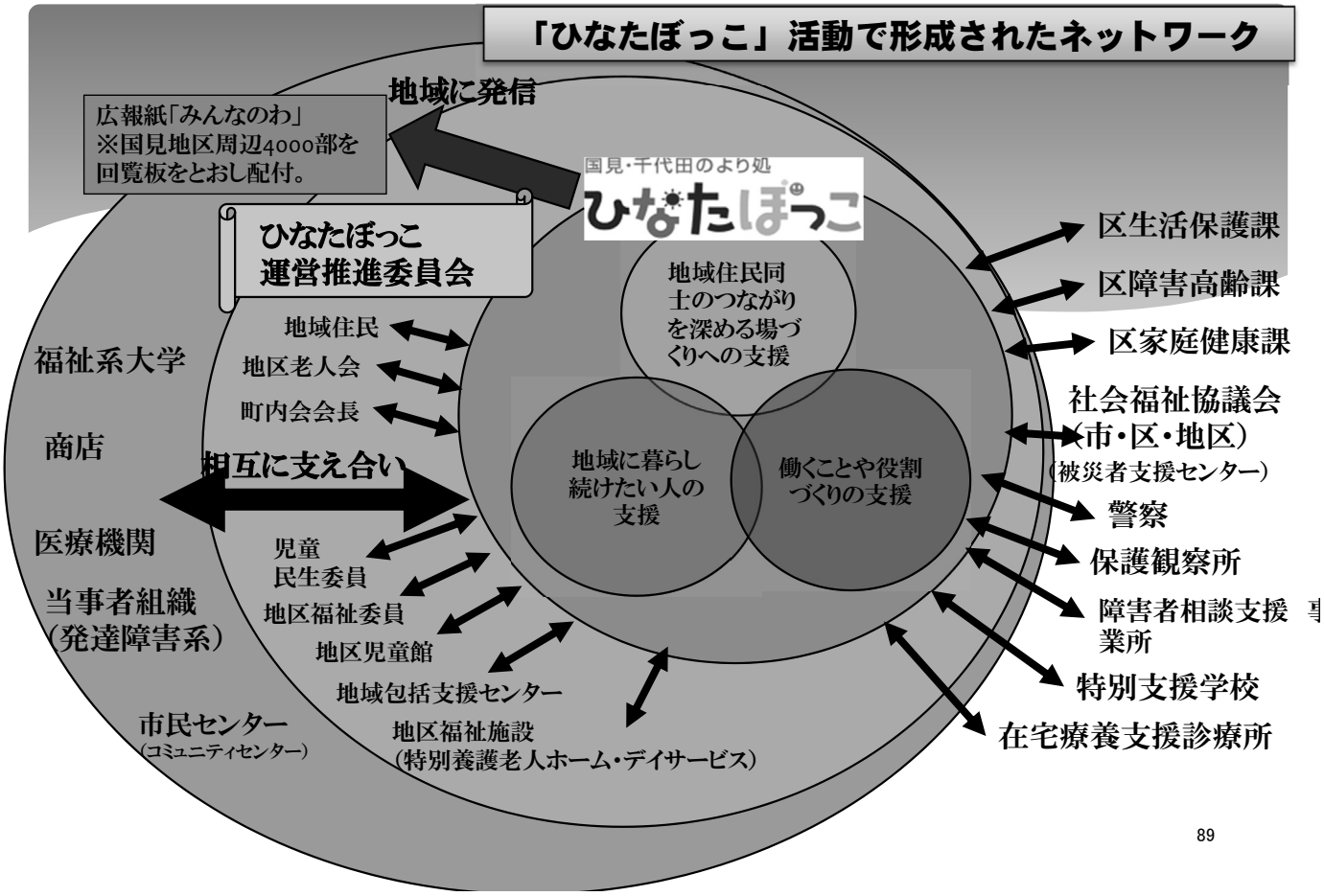
（５）一時的な居場所の提供
　　宿泊可。期限はない

86

一時的な居場所の提供

働くことや役割づくりの支援

（１）視覚障がい者によるマッサージサロン
　　“トリプルリッチ”の支援
（２）高齢者の生きがい仕事の創出
　　食事づくり（配食用・宿泊者用）
　　配食と見守り
　　建物内の環境整備
　　地域食堂や居酒屋、配食や宿泊者の話相手
　　地域の情報を提供しつつ、ひなたぼっこと
　　地域とのパイプ役を担う



取組の効果と課題

【効果】

●立地している町内会からは、「何かあった時にはひなたぼっこに」と言われるように、少しずつだが認知されるようになってきた。また、制度やサービスの狭間にある多様な相談が持ち込まれ、その人や家族が地域で自立した生活が営めるように多様な機関・団体と調整・協議するなかで、ネットワークも構築され、地域で暮らし続けられる支え合いの仕組みづくりが広まった。

【課題】

●仙台市からの事業委託は今年度（2014年度）までで、来年度以降は自主運営を求められている。緊急的な一時受け入れの7割は区役所と地域包括支援センターの紹介ということからも、これらの機能を当法人だけで担うのはなく、利用される人や家族の状況からも、運営費には一定程度の公費が必要と考えている。

今後の展望

●「ひなたぼっこ」の今後の展望

住民同士のつながりを深め、地域の支え合いを進める一方で、有償サービスも立ち上げ、地域のニーズに柔軟に対応するサービスの提供とコーディネートを図りたい。

●CLCの活動としての今後の展望（コーディネーター活動に向けて）

ＣＬＣとしては東日本大震災以降、被災者生活支援員の研修を宮城県・岩手県等から受託しているが、これら支援員が「生活支援コーディネーター」や「生活支援サービスの担い手」になりうるよう、今後も支援していきたい。

90

（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　委員

※50音順、敬称略、◎は委員長

所属及び役職	氏　名
NPO法人全国コミュニティライフサポートセンター　代表	池田　昌弘
NPO法人全国移動サービスネットワーク　理事	遠藤　準司
日本生活協同組合連合会　組織推進本部福祉事業推進部	尾崎　靖宏
社会福祉法人全国社会福祉協議会地域福祉部　部長	佐甲　学
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
認定NPO法人市民福祉団体全国協議会　専務理事	田中　尚輝
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
認定NPO法人コミュニティサポートセンター神戸　理事長	中村　順子
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
一般社団法人全国老人給食協力会　専務理事	平野　覚治
ルーテル学院大学大学院　総合人間学研究科　教授	◎　和田　敏明

＜厚生労働省＞

厚生労働省老健局振興課 課長	髙橋　謙司
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	川部　勝一
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　係長	服部　剛
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	寺﨑　譲

＜事務局＞

株式会社日本能率協会総合研究所	篠﨑　毅
株式会社日本能率協会総合研究所	河野　順子
株式会社日本能率協会総合研究所	宇都宮　光男
株式会社日本能率協会総合研究所	五艘　豊