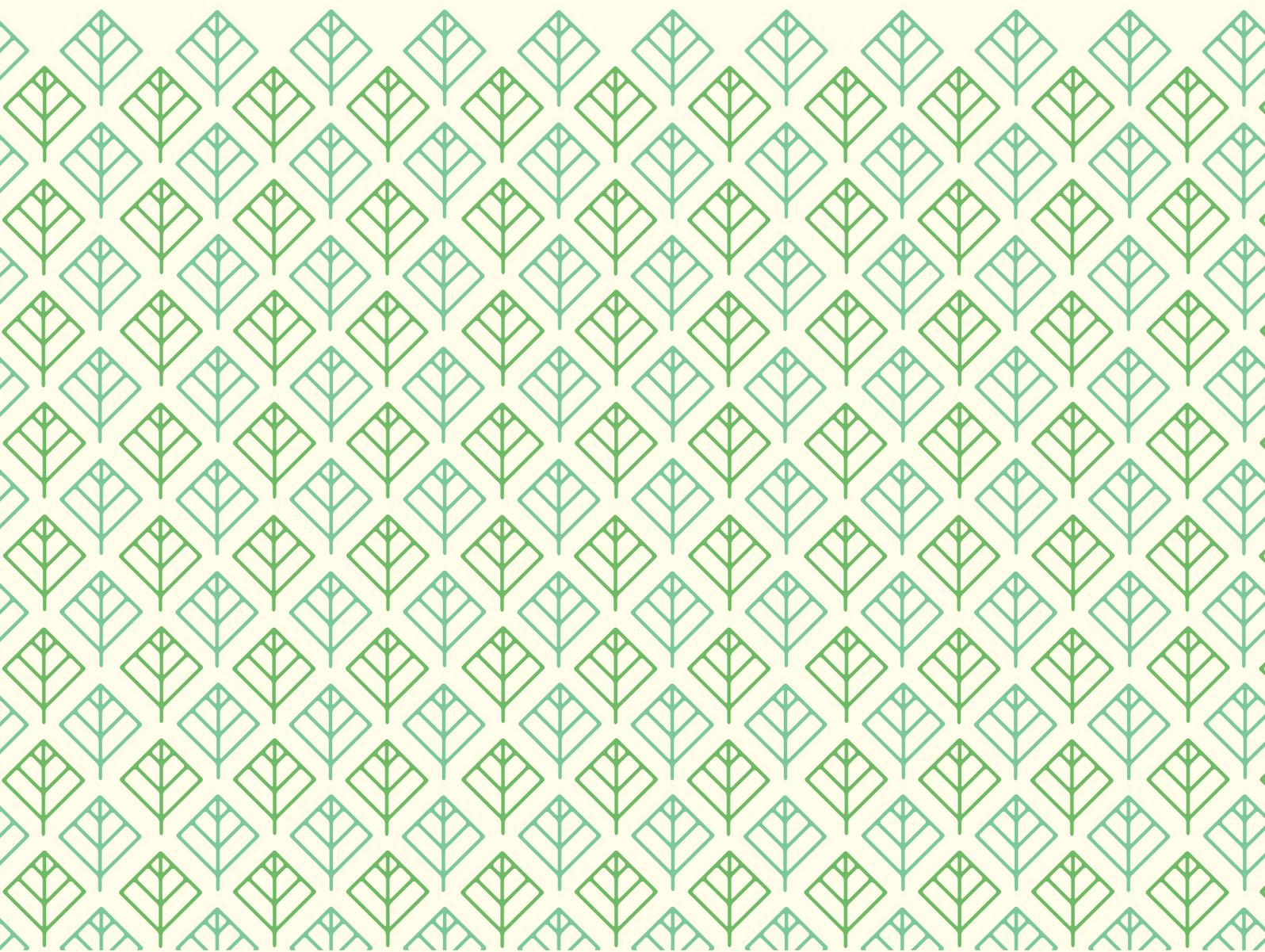


厚生労働省 平成27年度老人保健健康増進等事業

要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究事業

# 専門的援助と住民主体の 福祉活動の協働を進めるために

～新しい総合事業における要支援者等への支援を考える



社会福祉法人 全国社会福祉協議会

要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究委員会

## はじめに

平成27年4月の介護保険制度改正により新しい総合事業への移行がスタートした。住民主体の多様な生活支援サービスの拡充にむけて生活支援体制整備事業も開始され、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置が各地で進みつつある。

専門職中心に行われてきたこれまでのサービス提供体制に対して、総合事業では住民主体のさまざまな活動やサービスと専門的な援助が協働し、要支援者等の生活を地域で支えていくことが必要になる。従来も、インフォーマルなサポートと連携したケアマネジメントの重要性が指摘されてきたが、ともすれば専門職の側がケアプランのために住民を「活用」するような発想になりがちな面もあった。しかしこれからは、むしろ住民が主体となり専門職のサポートを得ながら地域の支援体制をつくりだしていくような取り組みを進めなければならない。本調査研究ではこうした問題意識に立ち、具体的な事例検討をモデル地域で行うことにより、要支援者等への支援にあたっての住民と専門職の協働のあり方や協働をすすめるための基盤について検討を行った。

本報告書は、主として専門職を対象にまとめられており、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、社会福祉協議会の地域福祉コーディネーター（コミュニティソーシャルワーカー）、コミュニティワーカー、生活支援コーディネーター、行政職員等、要支援者等の支援に関わる幅広い方々を読み手として想定している。第1章では新たな総合事業の捉え方や住民と専門職の協働の意義、専門職に求められる姿勢、市町村の役割等について総括的に論じ、第2章においてそれらの具体的なポイントをモデル地域の実践から整理している。また第3章では個別事例に即して住民と専門職の協働の効果やポイントを紹介している。

住民と専門職の協働は、一人ひとりに対するよりよい支援のために行われるものであり、その実践の積み重ねが支え合いのある地域づくりにつながっていく。本報告書がそうした取り組みにむけて参考になれば幸いである。

平成28年3月

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究委員会

# 目 次

はじめに

調査研究の趣旨、概要.....	4
-----------------	---

## 1. 調査研究の成果と今後の課題

1.1 新たな総合事業のとらえ方～地域づくりを進めるために .....	8
1.1.1 「サービス切り」なのか? .....	8
1.1.2 「受け皿づくり」なのか? .....	9
1.1.3 地域づくりの方向性を協議する場 .....	10
1.2 要支援者等への支援における専門職と住民の協働の意義 .....	11
1.2.1 住民主体の福祉活動の値打ち .....	11
1.2.2 「切り取らないケア」に向けて～住民主体の福祉活動との協働の必要性 .....	12
1.3 協働にあたって専門職に求められる姿勢 .....	13
1.3.1 専門職と住民主体の福祉活動の関係 .....	13
1.3.2 本人を中心に、それまでの生活から「切り取らない」姿勢 .....	13
1.3.3 丸抱えしない・丸投げしない姿勢 .....	14
1.3.4 排除しない地域づくりという姿勢 .....	14
1.3.5 住民主体の福祉活動と専門職をつなぐ姿勢 .....	15
1.3.6 住民活動と「まじりあう」姿勢 .....	15
1.4 市町村に期待される役割 .....	15
1.4.1 地域づくりの方向を多様な主体と協議し、合意する .....	15
1.4.2 ケアマネジメントの体制を構築し、運用する .....	16
1.4.3 住民主体の福祉活動の支援 .....	16
1.4.4 地域づくりにかかわる多様な社会資源とのネットワークの構築 .....	17
1.5 今後の研究課題 .....	17

## 2. 要支援者等への支援における専門職と住民の協働

2.1 個別支援における協働のポイント .....	20
2.1.1 基本的な考え方 .....	20
2.1.2 支援の各プロセスにおけるポイント .....	22
2.1.3 専門職に期待される視点や役割 .....	27
2.1.4 専門職と住民の間での情報や支援方針の共有の方策 .....	28
2.1.5 具体的な取り組み～まずは要支援者のケアプラン分析からはじめる .....	31
2.2 専門職と住民の協働を推進する基盤 .....	32
2.2.1 住民の理解をどう得るか .....	32
2.2.2 住民主体の福祉活動、生活支援サービスの拡充 .....	32
2.2.3 幅広い住民の関わりを増やす .....	33
2.2.4 専門職間での連携 .....	34
2.2.5 住民と専門職の協働の場 .....	34
2.2.6 生活支援コーディネーターの役割、ケアマネジャーとの連携 .....	37
2.2.7 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画への位置づけ .....	38
2.2.8 中長期的な地域づくり、地域福祉計画との連携 .....	38
2.3 住民参加による事例検討会議の手法 .....	39
2.3.1 モデル地域での取り組みの成果と今後の課題 .....	39
2.3.2 本人のための事例検討の必要性 .....	40
2.3.3 住民参加による事例検討会議の具体例 .....	40

2.3.4 事例検討会議のポイント.....	41
------------------------	----

### 3. 専門職と住民の協働による実践事例

3.1 高齢障害者の地域における心地よい一人暮らしの継続を目指した事例 .....	46
3.1.1 事例のポイント .....	46
3.1.2 事例概要 .....	47
3.1.3 事例考察 .....	51
3.2 妻が入院して高台に一人で暮らす男性の当面の生活支援と住み替えを検討した事例 .....	53
3.2.1 事例のポイント .....	53
3.2.2 事例概要 .....	54
3.2.3 事例考察 .....	58
3.3 骨折で地域や友人とのつながりが切れそうになった一人暮らし女性に支援を追加し生活を維持した事例 .....	60
3.3.1 事例のポイント .....	60
3.3.2 事例概要 .....	60
3.3.3 事例考察 .....	65
3.4 手厚い介護保険サービス利用の一方で住民による重層的な支援が明らかになった事例 .....	67
3.4.1 事例のポイント .....	67
3.4.2 事例概要 .....	67
3.4.3 事例考察 .....	72
3.5 糖尿病患者個人の服薬管理の課題から地域全体での糖尿病対策の取り組みが提案された事例 .....	73
3.5.1 事例のポイント .....	73
3.5.2 事例概要 .....	73
3.5.3 事例考察 .....	78

### 4. モデル事業実施報告

4.1. モデル事業のねらい、実施の枠組み .....	80
4.1.1 モデル事業実施要項（抜粋） .....	80
4.1.2 事例検討の進め方.....	81
4.2. モデル事業実施報告.....	89
4.2.1 神奈川県大磯町 .....	89
4.2.2 名古屋市中川区 .....	94
4.2.3 香川県琴平町.....	99

# 1.

## 調査研究の成果と今後の課題

# 1. 調査研究の成果と今後の課題

## 1.1 新たな総合事業のとらえ方～地域づくりを進めるために

### 1.1.1 「サービス切り」なのか？

2015年4月に介護保険法改正が施行され、これまで予防給付として提供されてきた介護予防訪問介護と介護予防通所介護（以下、介護予防訪問介護等と略記）が市町村の「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業と略記）に移行することになった。予防給付が保険給付から市町村の地域支援事業になることから、一部では「サービス切り」といった批判も生まれ、要支援者に該当する高齢者がこれまで受けていたサービスを受けることができなくなるのではないかとすることに注目が集まることになった。

一方、地域での支え合い活動に取り組んできた立場からは、要支援者の状態像を見ると、ADLが自立している人も多く、日常的な生活支援を必要としていても、必ずしも介護サービスを必要としているわけではないことや、安易なサービスの導入がかえって本人の力や地域とのつながりを削ぐ結果になっていることから、むしろ生活支援を必要としている高齢者のニーズをベースに、地域生活を支えていくための多様な生活支援のあり方を構想し、地域づくりを進める機会としてとらえる必要性が提起された（新地域支援構想会議「新地域支援構想」2014年）。

前者の見方を「サービス切り」、後者の見方を「地域づくり」とするなら、総合事業に対する評価は、どちらの視点でこの事業を捉えるかによって大きく変わってくることになる。また、同時に総合事業を運営する市町村や関係者がこの事業をどのように運営するかによっても、事業の性格は変わってくることになる。市町村が、介護予防訪問介護等の単価をできるだけ安く設定しようとし、本来専門家によるサービスが必要な人に対するサービスまで住民主体の福祉活動に任せようとするれば、この事業は、「サービス切り」という結果にとどまらず、住民主体の福祉活動にも混乱をもたらすことになりかねない。

一方、現在の要支援認定者の状態像やニーズを丁寧に明らかにし、専門的なサービスが必要な人にはそれをきちんと提供し、それ以外の幅広い高齢者が地域で暮らしていくためのニーズに対応するサービスや活動を地域支援事業の中で支援していくことができれば、総合事業は「地域づくり」につながっていく可能性がある。したがって、現在の要支援認定者の状態像やニーズを丁寧にとらえ直し、それにあった支援のあり方を考えていくことが、地域づくりとして総合事業を進めていく前提として必要になるといえる。

また、予防給付を保険給付から切り離すことに注目が集まっているが、総合事業は介護予防訪問介護等に移行し、必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」と、第1号被保険者に対して介護予防を行う「一般介護予防事業」を総合した事業である。一般介護予防事業は、「高齢者を年齢や心身の状況等によってわけ隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進す

る」ことが目的として謳われており、主として心身機能の改善を目的としたこれまでの介護予防の考え方から大きく転換していることにも注目しておきたい。つまり、地域の中で、高齢者の社会関係を豊かにし、孤立を防止するような居場所づくりや役割、生きがいつくり、すなわち、地域づくりが求められているのであり、一般介護予防事業の取り組みも総合事業を地域づくりの方向で進めていくために重要な要素になるといえるだろう。

以上のように、総合事業がサービス切りの方向に向かうのか、地域づくりの方向に向かうのかは、ひとえに各市町村においてこの事業をどのようにとらえ、進めていくかに大きく左右される。それには市町村行政だけでなく、介護予防ケアマネジメントや総合相談の中心になる地域包括支援センター、ケアプラン作成に携わるケアマネジャー、実際の支援にかかわる事業所やその担い手、資源開発や活動者のネットワーク構築の中核となる生活支援コーディネーター、これまで住民活動を支援してきた社会福祉協議会の認識や取り組みも当然含まれる。

### 1.1.2 「受け皿づくり」なのか？

国が示しているガイドラインは、現行のサービスに相当する「現行型」に加え、多様なサービスとしてサービス A（緩和した基準によるサービス）、サービス B（住民主体による支援）、サービス C（短期集中予防サービス）、サービス D（移送前後の生活支援）といった類型を例示している（図 1）。現行型は、医療的なケアが必要な人や認知症などの症状によって生活管理が必要な人など、要支援者の中でも専門職による継続的な支援が不可欠な人に対して、引き続きこれまでと同じサービスを提供する類型として想定されている。一方、高齢者の多くには、必ずしも介護予防訪問介護等の画一的なサービス類型には収まらない様々な生活支援ニーズがあるとすれば、ガイドラインにおける「多様なサービス」は、あくまで「例示」であり、それぞれの地域の実情や高齢者の実態によって、多様なサービスや活動を開発していくことが、市町村の事業として総合事業を進めていくうえでのポイントの一つといえるだろう。

図 1  
訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

<p>○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。</p>					
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	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース  ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

厚生労働省資料より一部修正

ところが、総合事業の実施主体である市町村は、これまでサービスを利用していた人や、今後利用できることを前提としている人からの不安などを背景に、総合事業を現行型が使えなくなる人の受け皿づくりととらえる傾向が強いように思われる。こうした発想からスタートしてしまうと、これまでの介護予防訪問介護等と同じような「サービス」を緩和した基準によるサービスや住民主体の活動で作らなければならないという発想にとどまり、地域で高齢者に必要とされている「多様な」生活支援を創りだしていくという方向に向かわないだけでなく、住民主体の福祉活動もサービスの受け皿として位置づけられてしまう恐れがある。このように住民主体の活動を捉えてしまうと、住民主体の福祉活動は、介護予防ケアマネジメントの中で「サービス」を提供する一主体として、介護保険事業所と同じように扱われてしまうことになる。こうした発想で総合事業が進められると、一部で懸念されているとおり、住民主体の福祉活動の「制度化」といった事態を招きかねず、結果として、住民主体の福祉活動を安上がりに活用することになってしまうだろう。

一方、「受け皿づくり」としてではなく、地域づくりとして総合事業を捉えていくためには、長期的な視点が不可欠になる。住民主体の福祉活動や住民による支え合いは、総合事業に移行する時期までに対象となる人を支えられる程度に整備されるかどうかはわからない。緩和した基準によるサービスは、むしろこうした移行期を支える過渡的なサービスととらえるべきだろう。住民主体の福祉活動は、一般介護予防事業も含め、地域の中に高齢者を含めた多様な人が集うことができる居場所やちょっとしたことを助け合えるような仕組みを支援する中で、徐々に蓄積されていくのであり、長期的な視点での活動支援が求められる。こうした地域づくりの結果、要支援者にかかわらず、高齢者をはじめとした多様な人が自らの役割を發揮したり、関係の中で暮らしていく基盤がつくられていくと考えるべきだろう。移行時にどのように対処していくかという短期的な目標と長期的な地域づくりの目標を区別できるかどうかは、住民主体の福祉活動をどのように支援するかの大きな分かれ道なると思われる。

### 1.1.3 地域づくりの方向性を協議する場

以上のように、要支援者の状態像をきちんと明らかにし、専門的な支援に加え、地域で必要とされる多様な生活支援サービスや活動の短期的・長期的な整備と支援のビジョンを明確にすることが、サービス切りや受け皿づくりではない、地域づくりとしての総合事業を進めていく前提とすることができる。逆にいえば、こうした点に留意して進めることで、総合事業は地域づくりにつながる可能性を秘めた事業になるといえるだろう。

そして、こうしたことを市町村の担当課だけでなく、幅広く多様な主体と話し合いながら決定していく場として想定されているのが「協議体」である。協議体は、多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取り組みを推進することが役割とされており、地域福祉計画や地域ケア推進会議など、地域づくりに関係する諸会議と有機的に連携しながら、総合事業を市町村（担当部局）だけでなく、幅広い主体と検討していく場としていくことが必要になる。特に、

住民主体の福祉活動を行う組織や人がこうした議論に参加し、かつ中心的な役割を果たしていけるように運営していくことが、地域づくりの視点で総合事業を進めていくだけでなく住民全体の地域包括ケアを進めていくキーになるだろう。

また、生活支援コーディネーターは、主として資源開発やネットワーク構築の役割を果たす住民主体の福祉活動を熟知した人物が想定されている。簡潔に言えば、地域づくりのためのビジョンや方向性を多様な関係者が協議するのが協議体の役割であり、住民主体の福祉活動の支援を行うのが生活支援コーディネーターと言えるだろう。その意味で、生活支援コーディネーターは、地域を支援するコミュニティワーカーの役割といえる。

こうした場やコーディネーターを活用し、長期的な地域づくりのビジョンを協議しながら、地域づくりとして総合事業を進めていくことが重要になる。

## 1.2 要支援者等への支援における専門職と住民の協働の意義

### 1.2.1 住民主体の福祉活動の値打ち

専門職と住民の協働の意義について考えてみる前に、住民主体の福祉活動そのものの意義について改めて確認しておきたい。

総合事業において、住民主体の福祉活動に期待されているのは、多様な生活支援の活動を展開し、その中で高齢者が役割を発揮して生きがいを持つことや、居場所づくりなどを通じて孤立を防止したり、様々な困りごとに対応していくような支援を提供することである。もちろん、これらは住民主体の福祉活動の重要な役割であるが、その役割を生み出すことを支えている活動そのものの価値についてももう少し掘り下げて考えてみたい。それは端的に言えば、様々な住民活動を支えている動機や意識、もう少し具体的に言えば住民が様々な福祉課題を「私たち」の問題として考えていく力ではないかと思う。例えば、認知症の問題を「私たち」の問題としてとらえることができないと、見守りは容易に「監視」になってしまい、早期発見は「気づかい」ではなく「通報」と呼ばれ、生活支援は「お互い様」の延長ではなく「支援（施し？）」となってしまう。地域でのつながりづくりや孤立防止は、対等な住民同士の助け合い（お互い様）の延長線上にあるから社会関係の構築につながるのであって、一方的な関係であれば、専門職のほうが得意とするところである。

このように、住民主体の福祉活動について考えるときには、その機能と同時に、住民が福祉課題を「私たちの問題」としてとらえていくことをどのように支えていくかという視点が不可欠である。そういった思いの中から生活のしづらさを抱えて暮らす人へのまなざしが「厄介な人」、「困った人」としてだけでなく、同じ地域で暮らす者同士、何ができるかという視点になっていくのだろう。また、こうした意識に支えられた活動は、「主体的」なものである。住民は「私たちの問題」を解決するために、行政や専門職といった「資源」を活用しようとするのであって、決して逆ではない。

こうした活動が育ってくれば、住民のほうから、地域ケア会議（たとえそう呼ばなくても）を

開こう、認知症サポーター養成講座（そう呼ばなくても）をやろう、という要請が上がってくることになるかもしれない。やや理想論に聞こえるかもしれないが、このような住民と専門職の協働のあり方こそ、本当の意味での地域づくりのゴールなのではないかと思う。

地域の課題を私たちの問題として考えていく力、そしてそれを主体的に解決しようとする意識こそが、住民主体の福祉活動の値打ちであり、そうした力や意識と協働していくという姿勢が必要なのである。「専門職が住民を活用するのではなく、住民が専門職を活用する」地域包括ケア（住民主体の地域包括ケア）、総合事業のあり方こそが地域づくりの目指すべき地点であると提起しておきたい。

### 1.2.2 「切り取らないケア」に向けて～住民主体の福祉活動との協働の必要性

総合事業における専門職と住民主体の福祉活動との協働の場面は、大きく分ければ、地域づくりと個別支援の二つの場面が想定できる。前者は、協議体や地域ケア推進会議など、地域づくりの方針を決定するような場面での住民との協働であり、こうした場面での協働は、地域福祉計画や地域福祉活動計画など、これまでの協議の蓄積を生かしていくことが必要だろう。後者は、個別の地域ケア会議や、例えば、介護予防ケアマネジメントにおける地域包括支援センターや介護支援専門員と、住民主体の福祉活動との間の協働である。ここでは主に、後者の個別支援における協働に焦点を当てて、住民主体の福祉活動と専門職の協働の必要性について述べる。

日本では、介護保険制度創設から16年が経過し、高齢者福祉制度はそのカバーする範囲やサービスの供給量を飛躍的に拡大させてきた。しかし一方で、地域での生活から切り離して、専門職だけ支えようとするケア（ここではこうしたケアのあり方を「切り取るケア」と呼ぶことにする）が進み、その結果、地域での支え合いと専門職による支援の協働が十分でなく、介護保険を使うことによって地域の力が奪われてしまう状況も指摘されてきた。例えば、地域のサロンに通うことを楽しみにしていた高齢者に対して、介護保険制度が使えるようになったことで機械的にデイサービスの利用を勧めてしまうと、要支援（要介護）認定を期に、地域との関係から「卒業」してしまうという状況が生まれてしまう。地域で本人を気にかけていた地域住民も、専門職がかかわることで安心してしまい、本人との関係が希薄になってしまうこともしばしば指摘されてきた。

特に、要支援者の多くは、食事や排せつといったADLは自立しており、このような高齢者への支援は、できるだけその人の生活の基盤である地域から「切り取る」のではなく、それを前提に支援を行うことが一層重要になる。総合事業が地域づくりであると言われるのは、まず基盤となる地域での多様な社会関係を形成できるような場や活動をつくりだしていくことを前提に、地域包括支援センターや介護支援専門員などが地域の様々な活動と協働しながら、高齢者を支えていくことを強調しているからである。介護保険制度を前提にした支援ではなく、その人の生活を前提とした支援を行うためには、その人の生活を取り巻いている住民主体の福祉活動を含む様々な関係者との協議や協働が不可欠なのである。

しかし、住民主体の福祉活動との関係は、それが主体的な活動であるがゆえに、職務権限で役

割を規定したり、報酬でコントロールすることはできない。また、住民は職業として活動しているわけではないので、専門的知識体系や職業倫理を前提として、専門職業的な価値観を押し付けてもうまくいかないだろう。つまり、住民の主体的な福祉活動と専門職が協働していくためには、専門職同士の協働とは異なる姿勢や考え方が必要になるということである。行政職員や専門職の地域住民や住民主体の福祉活動を行う者への見方の一つとして、誤解を恐れずにいえば「批判される」「うるさいことを言う」といった見方があるように思う。行政職員は、住民は常に要求するもので、地域に出ていけば要求や批判ばかりされると思っている人がいるし、専門職の中にも残念ながら、「専門家」である私たちが決めたプランに「素人」からいちいち文句を付けられたくない、と思っている人がいる。このような行政職員や専門職の先入観や思い込みも住民主体の福祉活動との協働を妨げる要因の一つだろう。

切り取らないケアを進めるためには、介護保険の認定を機に地域活動から「卒業」するのではなく、それまで本人が大切にしてきた生活の基盤、地域などとの社会関係を維持しつつ、こうした本人や地域の力と協働する専門職の力が重要になる。実際の協働にあたって求められる姿勢とはどのようなものなのか、どのような点に留意すればよいのかについては、次節で考えてみたい。

## 1.3 協働にあたって専門職に求められる姿勢

### 1.3.1 専門職と住民主体の福祉活動の関係

前述の通り、専門職と住民主体の福祉活動との関係は、一方の主体から他方への経路が指示的ないし指導的な関係ではない。また、インフォーマルな活動をフォーマルな仕組みの中に強引に位置づけようとするれば、こうした活動が持っている自発性や活動理念がゆがめられてしまう危険性も否定できない。そのため、協働を進めていくためには、専門職同士の協働とは異なる姿勢と方法論が必要になると考えられる。本研究では、「個別支援における協働のポイント」について第2章1.において整理しているが、ここでは後述のポイントを含む「協働にあたって専門職に求められる姿勢」について、整理してみたい。

### 1.3.2 本人を中心に、それまでの生活から「切り取らない」姿勢

地域生活支援の基本は、本人がその権利を理解し、活用していけるように、生活全体を捉え、強みを理解し、環境を整えたいうでその意思決定を支援していくことである。しかし、専門職はともすれば、本人のそれまでの生き方や地域での営みを無視して、介護保険サービスを前提に支援を組み立てる傾向にある。本人のそれまでの生き方や地域での営みを尊重し、そこから「切り取らないケア」のあり方をもう一度中心に据えるという方向性を専門職が共有することが重要になる。「足りないところに住民主体の福祉活動を活用する」という発想ではなく、「足りないところを専門職が支援する」という発想に転換しなければ、住民主体の福祉活動との協働は進まないだろう。

切り取らないケアの発想が共有されれば、住民主体の福祉活動への見方は大きく変わってくる。

その人が暮らす地域の住民ならではの視点は、アセスメントにおいて不可欠な要素であり、新しい気づきや視点をケアマネジャーやヘルパーをはじめとする専門職にもたらすものになるだろう。その人が培ってきた地域での関係は、介護保険のサービスで代替できるものではなく、むしろその人の生活の基盤であることがわかるだろう。総合事業におけるケアマネジメントにおいては、こうした考えに立って住民主体の福祉活動を積極的にケアプランに位置づけていくことが必要である。そしてその際には、地域包括支援センターやケアマネジャーが機械的に住民主体の福祉活動につなぐのではなく、その調整は事業所とは異なる調整の方法が必要なことを理解しなければならない。また、実際に支援にあたるホームヘルパー等も専門職による支援が、本人の役割や地域とのつながりを切り取っていないか熟慮し、また、切り取らないための支援を本人のことをよく分かっている住民の知恵から学ぶという姿勢が必要になるだろう。

### 1.3.3 丸抱えしない・丸投げしない姿勢

切り取るケアは、言いかたを変えれば、「やりすぎるケア」でもある。専門職の基本的な姿勢と書くと、専門職として「すべきこと」に注意が向いてしまうが、むしろあまり「やらない」という姿勢が重要な場合もある。本人の強みや地域の強みを生かすことが強調されて久しいが、依然として本人ができていないこと、周りでできていることを無視して、専門職が困りごとを作ってしまう場合もある。本人や住民ができていないことを、専門性を振りかざして解決しようとするのではなく、できていることを尊重しながらそれを側面的に支援していくという姿勢が必要になる。

一方、専門職がすべてを解決しようとする姿勢（丸抱え）に問題があるからといって、「切り取らないケア」を地域ですべてをやればよいという姿勢（丸投げ）と勘違いしてしまうことも住民との協働を妨げることになる。例えば、何か困ったことがあれば専門職がしっかりと相談にのれる、対応できる、そういう準備や姿勢を住民に示すことで、住民は安心して活動ができるという側面がある。また、モデル事業の中でも本人の状況を伝えること、本人と住民の活動者との橋渡しとしての役割が重要になっている場面があった。このように、かかわり方や本人の障がいの特性などを的確に伝えることで、住民が本人を理解する機会を作ることも重要である。さらに、地域との間で摩擦などがあり、住民主体の福祉活動では支援が難しい場合などは、まず専門職がかかわって本人の状況を改善することで、関係が変化し、地域がかかわることが可能になっていくようなケースもあると思われる。丸抱えでも丸投げでもなく、住民主体の福祉活動に寄り添い、ケースに応じた専門職としての役割を果たしていくという姿勢が専門職に求められるといえるだろう。

### 1.3.4 排除しない地域づくりという姿勢

住民の主体性は、場合によっては排除したり、統制する力と裏表である場合もある。住民主体は、住民に常に迎合するという姿勢のことではない。時には専門職として本人の立場に立って、そうした排除と向き合わなければならないこともあるだろう。しかし一方では、学習や話し合い、課題の共有を通じて住民には様々な課題を受け止める力があることを信頼する姿勢も必要である。

理解がないと決めつけるのではなく、住民の気づきを促し、共感や参加につなげていく機会を作ることが重要だろう。一人の事例を受け止める機会を持つことで地域が変わるということもある。様々な学習や話し合いの場を作りながら、課題の共有を進め、多様性を認め合うことができるような地域づくりをしていくという姿勢が専門職には求められる。

### 1.3.5 住民主体の福祉活動と専門職をつなぐ姿勢

前項で述べたような様々な協議の場を作りながら、住民の気づきを促し、参加につなげ、排除しない地域づくりを進めていく実践は、コミュニティワーク（地域支援）と呼ばれてきた。地域福祉の推進主体としてこうした実践の中核となる社会福祉協議会はもちろん、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターのような地域づくりを進める専門職や地域住民とともに個別支援を進めるケアマネジャーのような専門職は、住民主体の福祉活動の立場に立って、市町村や他の専門職の住民活動に対する認識を変えたり、間に立って両者の関係を調整していくということが重要になる。一般に、個別支援の専門職は個人の課題から出発するため、即応的な支援を住民主体の福祉活動に求めがちである。しかし、住民のペースや主体性、活動の発展段階などを無視した総合事業への統合は、かえって専門職と住民主体の福祉活動との協働を妨げることになってしまうだろう。住民主体の福祉活動の側に立って、専門職と住民主体の福祉活動の橋渡しをしていくという姿勢が重要になる。

### 1.3.6 住民活動と「まじりあう」姿勢

最後に、住民と協働していくために、住民活動とまじりあうことのできる「専門性」を指摘したい。これは、専門用語を使わないとか、わかりやすく説明するといった表面的なことだけを目指しているのではなく、制度や専門用語の枠を越えて本人が大切にしてきた生活を理解し、そこで暮らしたり活動したりしている住民の流儀と波長を合わせようという姿勢である。制度ではなく、暮らしの実態に即して必要なことを考えれば、必要なことは一人ひとり違うのであって、専門職や本人を取り巻く住民の役割もその都度変わるはずである。制度の枠ではなく、生活の実態に即して支援を考える「姿勢」がなければ、住民活動との協働はうまくいかないし、専門職の答えが常に正しいという発想（制度を前提にした発想）から抜け出せないと、住民の発想は厄介で面倒を押しつける存在にしか映らないのである。これは、介護予防プランを考える地域包括支援センターやケアマネジャー、実際に支援を行うホームヘルパー、そして住民活動を支援する社会福祉協議会や生活支援コーディネーターに共通して求められる姿勢であると思われる。

## 1.4 市町村に期待される役割

### 1.4.1 地域づくりの方向を多様な主体と協議し、合意する

総合事業は、市町村の事業であり、各市町村がこの事業をどのように認識するかということが出発点として極めて重要になる。実施主体である市町村が地域づくりという認識をもてなければ、

そうした方向で総合事業を進めていくことも極めて困難になる。具体的にいえば、短期的に要支援者等の受け皿をどうつくるかという発想をいったん止めて、長期的な地域のビジョンや支え合いのあり方を考えていくという発想の転換が必要である。短期的な視点で基準を緩和した雇用型のサービスに安易に頼ると、介護サービスという職種の評価を不当に下げたり、価格の安いこうしたサービスに利用が集中し、住民主体の福祉活動をかえって圧迫することにもなりかねないからである。こうした移行の進め方では、総合事業を地域づくりにつなげていくことは難しい。

また、こうした長期的なビジョンは、介護保険を担当する部局だけで考えずに、地域づくりに関わる幅広い庁内での横の連携が必要になってくるだろう。基準に沿って事業所を指定し、指導・監督していただくの立場から、地域住民を含めた関係者と協議体で話し合い、みんなで決めていくという姿勢への転換が求められる。さらに、こうした地域のビジョン（デザイン）は、介護保険事業計画や老人福祉計画は当然として、地域福祉計画など行政計画の中に反映させたり、こうした計画と連携させることも必要である。つまり、地域づくりのビジョンを多様な主体と協議し、合意していくことが重要であり、これは、わがまの地域包括ケアシステムをどのように構築していくかという、地域包括ケア、介護保険の責任主体としての市町村の姿勢ともいえるだろう。

#### 1.4.2 ケアマネジメントの体制を構築し、運用する

こうした発想の転換を前提に、要支援者の状態を適切に把握し、ケアマネジメントのあり方について、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に一定の考え方を示していくことが必要になるだろう。まず必要なのは、現在の介護予防訪問介護等を利用している高齢者の状態やケアプランの分析である。要支援者等のニーズを踏まえなければ、地域に必要なサービスや将来像も見えてこないからである。また、ケアマネジメントにおいては、特に、チェックリストを使用することがひとり歩きしているような感があるが、大切なのは、本人の思いを受け止め、専門的な支援が必要な人と地域の支えがあれば生活が可能な人のアセスメントを的確に行うことであろう。言い換えれば、チェックリストで機械的に振り分けるのではなく、これまでの総合相談支援（インテーク、必要に応じた相談者の生活ニーズの把握、緊急性の判断を踏まえた必要な社会資源の情報提供）を丁寧に行い、相談内容やニーズに応じて適切な支援につなぐということである。そして、その際には、住民主体の福祉活動の意義をふまえ、積極的にケアプランに位置づけることが重要である。こうした窓口のフローやアセスメントからケアマネジメントにいたる体制の整備については、地域包括支援センターに丸投げするのではなく、関係者と協議しながら市町村がきちんと考えていく必要がある。

さらに事業開始後も、たとえば、本人の生活の基盤や地域などとの社会関係を維持しつつ、必要な支援が提供されるか等事業の実施状況について、市町村が適切に把握し、構築したケアマネジメントの体制が機能しているかを確認する必要がある。

#### 1.4.3 住民主体の福祉活動の支援

地域づくりという方向に基づいて、住民主体の福祉活動の支援や育成の方策を検討していくこ

とも市町村の大きな役割である。市町村が、どのように住民活動を支援していくかという姿勢は、地域づくりに大きな影響を及ぼす。住民主体の福祉活動への自治体の支援は、家賃や人件費などに対する補助が想定されているが、支援は金銭的なものだけではないという視点も重要である。住民主体の福祉活動の活動者の中には、制度の枠や補助金に付いて回る報告書などのわずらわしさを嫌い、自由に活動したいと考えている人も多い。こうした活動者同士の交流の場を作ったり、社会資源として「見える化」するといったことも、市町村ができる住民主体の福祉活動への支援である。住民の主体的な活動をコントロールしようと思わずに、長期的な視点でどのような支援が必要かを考えていくことが必要だろう。

また、総合事業を地域づくりの視点で進めていくためには、居場所やサロンといった様々な住民主体の福祉活動の拠点となる場が必要になる。近年では、空き家や空き店舗、廃校舎の利活用が、まちづくりや地域創生の課題として注目されるようになってきているが、庁内のこうした担当部課、社会福祉協議会がこれまで蓄積してきた取り組みやネットワークとも連携し、まちづくりとともに総合事業を進めていくという視点も必要になるだろう。

#### 1.4.4 地域づくりにかかわる多様な社会資源とのネットワークの構築

介護保険事業所も含めた地域の多様な社会資源とのネットワークを構築し、適切に誘導していくことも市町村の重要な役割である。地域包括ケアシステムで、規範的統合といわれているような目指すべき地域包括ケアのビジョンは、市町村が旗振り役となって方向性を示さなければならぬ。また、社会福祉法人の地域貢献のあり方なども視野に入れ、地域の中で社会福祉法人が果たすべき役割も併せて考えていく必要があるだろう。さらに、本人の地域生活を支えていくためには、狭義の福祉関係者だけでなく、多様な専門職（弁護士、司法書士、医師など）とのネットワークを構築していくことも市町村の重要な役割であるといえる。

ただし、繰り返しになるがこうしたビジョンは、トップダウンではなく、協議体や介護保険事業計画、地域ケア（推進）会議、地域福祉計画など、様々な協議の場を使いながら、多様な主体とともに決定していくというパートナーシップの考え方を基本とすべきだろう。市町村には、地域包括ケアや総合事業の「舵取り」役としての能力が求められているのである。

### 1.5 今後の研究課題

平成 27 年度に総合事業に移行した市町村は、283 か所（平成 28 年 1 月 厚生労働省調べ）と「様子見」の市町村が多いのが現状である。また、移行した市町村の多くも、いきなり住民主体の福祉活動（サービス B）に従来の要支援者を移行させているというよりは、サービスの内容自体は大きく変えていないところが多いといわれている。地域づくりは時間のかかる取り組みであり、実際に住民主体の福祉活動が介護予防ケアマネジメント等の枠組みの中で、専門職と協働していく場面は、まだ当たり前の風景となっているわけではない。協議体づくりや生活支援コーディネーターの配置についても、各地域で試行錯誤しながら進められているのが実態だろう。

しかし、実際に総合事業を地域づくりの視点で進めていくためには、協議体などでの長期的な

ビジョンづくりと同時に、一人ひとりの支援を専門職と住民主体の福祉活動が「まじりあって」進めていく実践が伴わなければ進んでいかない。そして、こうした実践を進めていくためには、住民と専門職が同じテーブルを囲み、協議することで生まれる「学びあい」を蓄積していくしかない。

本モデル事業では、こうした場づくりを地域ケア会議やケース検討会などの場を作って実際に試行し、「協働」のための具体的なポイントを整理することができた。しかし、多くの気づきがあったとはいえ、短い期間の中での試行であったため、こうした「学びあい」が十分深まったとはいえ、探索的な検討にとどまったことは否めない。こうした場で具体的にどのようなシートやツールを使って課題を提示することが有効なのか、住民と協働するための場のコーディネート（専門職同士の協働の場と異なる住民と協働するための場のコーディネート）といったことについては、十分明らかにすることはできなかった。具体的な場での検討を踏まえながら、「ポイント」として明らかになったことを蓄積し、住民主体の福祉活動や地域と協働する専門職のより具体的な「専門性」とは何か、一般化していくことが今後の研究課題であるといえるだろう。

（永田 祐）



# 2.

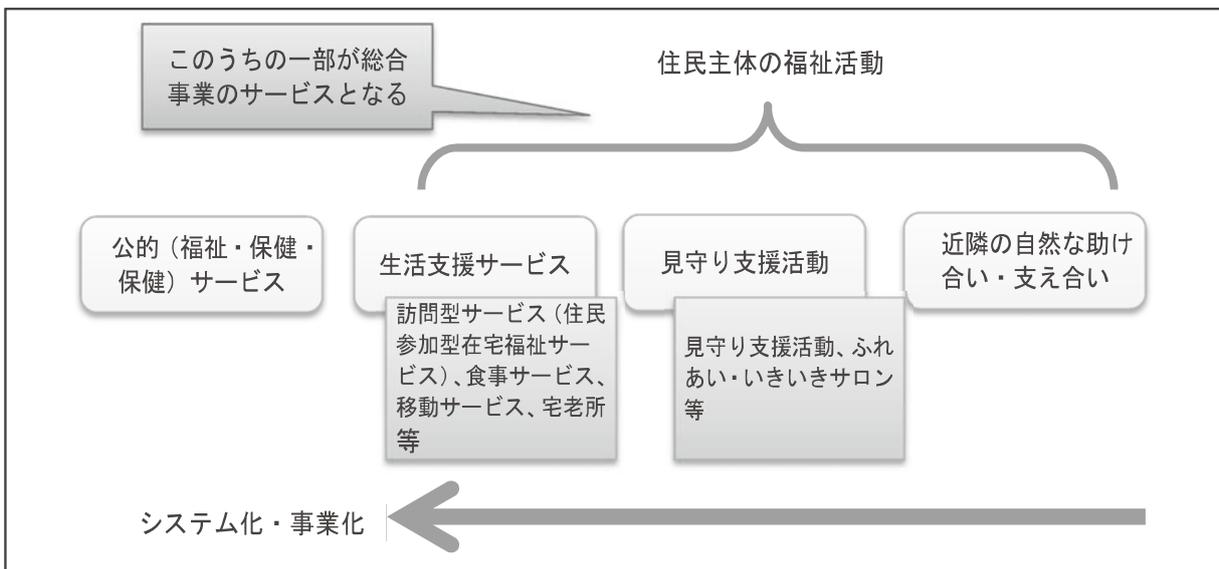
## 要支援者等への支援における 専門職と住民の協働

# 2. 要支援者等への支援における 専門職と住民の協働

## 2.1 個別支援における協働のポイント

- ここでは、モデル地域において住民とともに事例検討を行った事例（第3章）を踏まえ、要支援者等への個別支援における専門職と住民の協働のポイントを整理する。
- 本文中の「事例1」は第3章第1節に対応している。（「事例2」以下同様）
- なお、ここで「住民」という場合には、民生委員・児童委員や福祉委員、福祉協力員等を含むものとする。
- 「住民主体の福祉活動」は、総合事業のガイドラインに例示された「住民主体の生活支援サービス」よりも広い概念で、たとえば近隣同士の見守りや声掛けといった関わり、ふれあい・いきいきサロンなども含む、住民による様々な助け合いの活動を指している。（図2参照）

図 2



出典：『生活支援サービスの充実・発展のために』（全社協、2009年）P4より一部改変

- 「専門職」については、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、社会福祉協議会の地域福祉コーディネーター（コミュニティソーシャルワーカー）など、支援のマネジメント機能の担い手、介護事業者などケア機能の担い手、さらに司法関係者（弁護士、司法書士等）、医療関係者（医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職等）を想定している。

### 2.1.1 基本的な考え方

#### 1) 本人のより良い暮らしのために専門職と住民が協働する

- 専門職と住民主体の福祉活動の協働は、第1章で述べられたように「サービス切り」あるいは「受け皿づくり」のためではなく、本人のより良い暮らしを目的とするものである。
- したがって、本人が築いてきた生活のあり方を尊重し、今後地域で自分らしく生活を続けるた

めに何を希望し、何が必要かという観点から支援のあり方が検討されなければならない。

- そのためには、専門職と住民主体の福祉活動の協働は、アセスメント、支援方法の選択、支援の実施の各段階で行われる必要がある。
- アセスメント段階では、本人の地域での暮らしぶりや地域の情報を知っている住民が参加することが有効であり、支援方法の選択についても、本人のニーズや課題に応じて、本人の力を引き出したり、望む生活につながるよう、専門職のサービス提供に限定せず、住民主体の福祉活動を含めて必要性を検討する必要がある。
- そして支援の提供にあたっては、専門職、住民主体の福祉活動が対等な立場に立ち、本人を中心としたチームの一員として、本人のよりよい暮らしというミッションに向かって役割分担し、協働していくことが重要である。

## 2) 「サービスありき」で考えない

---

- 福祉サービスの情報に精通し、それぞれの制度のもとで業務に従事している専門職は、ともすれば制度やサービスの方から利用者を見てしまい、サービスを「あてはめる」発想になりがちである。
- モデル地域の事例検討においても、住民とも情報を共有しながら本人のニーズを改めてアセスメントした結果、他に資源がないためとりあえず既存のサービスを利用している状況であったり、必ずしも本人の自立支援につながるものになっていなかったりという状況が浮かび上がった。
- これは、公的な制度に基づくサービスだけではなく、新しい総合事業による「住民主体の生活支援サービス」についても同様のことが言える。「サービスありき」ではなく、本人が本当に望んでいることは何か、本人ができていることや周りの住民の支え、住民主体の福祉活動で支援していることは何かを改めてアセスメントすることからはじめる必要があるだろう。

## 3) 本人主体のケアマネジメント

---

- 要支援者等については、基本的には地域で自立した暮らしを営んでいる人であり、本人自身の力や思いを引き出し、生活の主体として地域で暮らし続けることをサポートするという姿勢が重要である。
- そのためには、本人を主体とするケアマネジメントの実施が重要であり、本人のこれまでの暮らし、生活の歴史を支援者側が教えてもらうという関係性をつくれるかが問われる。本人のこれまでの歩みを認めるという姿勢が重要であり、こうした関係性の中から本人のストレングスが立ち現われてくるだろう。
- また、本人によるセルフマネジメントの意識づけが大切であることから、アセスメントや事例検討、プラン作成等への本人参加が基本となるべきであろう。

## 2.1.2 支援の各プロセスにおけるポイント

### 1) アセスメント

○専門職と住民主体の福祉活動が協働して個別支援を行う際には、まず要支援者等が置かれている状況や生活歴、希望などを適切にアセスメントし、共有する必要がある。その際、以下のような視点が重要になる。

#### a. 本人ができることを奪わず、支援の担い手に転換をはかる

○第一に、アセスメントにあたっては、「本人ができることを奪わない」、「生活者として、家族や地域の中で役割を持って暮らし続ける」という姿勢を本人及び関係者全体が共有する必要がある。

○その際には、「今、できていることを再評価する」という視点が非常に重要である。本人や家族がしていること、さらには友人・知人や近隣の住民などが支えているものも含めて、「今、できていること」を幅広くとらえることが有効である。

○モデル地域での事例検討でも、新たなサービスの導入は必要なく、今のままで支えることができている、というアセスメントをすることも意味があるとの指摘があった。こうした場合には、現在実施していることをそのままケアプランに落とし込むということもあり得るだろう。

○さらに、アセスメントを通して、本人の趣味、特技、生活歴などのなかから力を発揮できることを積極的に発見し、サービスや支援の受け手から、担い手・資源へと転換させることも重要な視点である。

○要支援者自身も支援やサービスの受け手であるだけでなく、地域づくりの担い手、もしくは多様な支援者との関係性において何らかの役割を果たしている人だという認識が重要である。

#### b. 住民主体の福祉活動と専門職のそれぞれの視点や特徴を生かす

○第二に、住民主体の福祉活動と専門職の協働の効果をあげていくためには、サービスや支援の不足している部分を補うということだけではなく、双方の視点と特徴を生かすことが重要である。

○表1は、アセスメントと支援について、それぞれ専門職と住民の特徴を整理したもので、こうしたそれぞれの特徴が協働のなかで発揮されるようにする必要がある。

表 1

	アセスメント	支援
専門職	<ul style="list-style-type: none"><li>・リスクの評価</li><li>・将来的な変化の見通し</li><li>・制度、サービスに関する情報</li><li>・医療、保健など関連分野との連携</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・専門知識、技術に裏付けられたサービス</li><li>・安定性、継続性</li></ul>
住民	<ul style="list-style-type: none"><li>・地域のインフォーマルな資源に関する情報、口コミ</li><li>・本人の生活ぶりや家族の関係</li><li>・同じ地域で暮らしてきた時間の中で蓄積された情報</li><li>・生活者の視点、暮らしの知恵</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・閉じこもりや孤立の防止</li><li>・つながりによる安心感の提供</li><li>・地域での役割や居場所の創出</li><li>・日常の中での変化の気づき、ニーズの早期発見</li><li>・住民相互の支え合い、互助活動</li></ul>

### c. 地域の特性やインフォーマルな地域資源の状況をアセスメントする

- 第三に、住民の参画を得て、本人が暮らす地域の特性やインフォーマルなサポートの状況をアセスメントすることの重要性である。
- これは本来、要介護者に対するケアマネジメントにおいても共通することであるが、とりわけ要支援者等への支援においては、基本的には地域で自立した生活を送っている人であり、地域の特性やインフォーマルなサポートの状況を把握することが大きな意味を持つ。
- 地域の特性については、同じ自治体であっても、中心市街地、住宅地、中山間部などさまざまな地区があり、歴史的な背景も異なる場合がある。住民同士のつながりの強さや助け合いの意識についても地域によって異なる場合が多く、それぞれの地域の特性を住民とともに改めて確認していくことで本人の生活状況をより深く理解することができるだろう。
- 事例 2 では、本人は山あいの広い敷地を持つ別荘に暮らしており、敷地に入る門から家の玄関まで 75 段の階段があるという環境であった。この住宅環境について、専門職は大きなマイナス要因ととらえがちであったが、実際にその地域に住んで同じような環境で暮らしてきた民生委員・児童委員から話を聞くことで、住民から見れば、ごく当たり前の生活の一部であるということへの気づきが生まれた。
- また、インフォーマルなサポートに関しても、住民の参画を得ることで専門職が見えていないさまざまな地域資源が把握できる。
- モデル地域での事例検討でも、要支援者等が暮らす地域のことをよく知る住民、民生委員、自治会長などに参加してもらうことで、たとえばいつも人が集まっている喫茶店、通院時に車に乗せてくれる知人、買い物に便利な店の情報といった様々な情報が集まることが実感できた。
- また、津幡町の地域包括ケア会議では、本人の家がある地域の住宅地図を広げながら、普段は見えづらい住民同士のつながりや見守りの関係、人が集まる場所などを書き込んでいくことで、地域でのサポートを可視化する取り組みが行われている。
- 徘徊して家に帰れなくなってしまうような人の見守り支援について検討する際に、その地域に暮らす住民が参加することで、柵などが無い河沿いの道や交通量の多い交差点などの危険箇所、人通りが多い時間帯といった情報を共有することができる。
- こうした作業を住民と専門職が一緒に行い、その情報を共有して蓄積していくことで、次に地域で支援が必要な人が現れたときにもその経験が生かされるなど、徐々に地域全体としてのサポート力があがっていくことになるだろう。
- 加えて、こうした事例検討の中から、不足している資源を把握し、改善や開発につなげていくことも重要である。表 2 のような地域資源のリストも参考にしながら、インフォーマルな地域資源の把握やネットワークづくりをすすめることが有効だろう。

表 2

地域資源等リスト		※学校社会教育関連の機関・組織を含む		
分類	No	組織・団体の総称	略称	組織・団体の具体例 ※地域により名称が異なる場合があります
地域組織	1	地縁組織	地 縁	自治会・町内会、団地自治会、連合町内会、区長会等
	2	地縁型組織	地縁型	老人クラブ、青年団、防災組織、婦人（女性）会等
	3	民生委員・児童委員協議会	民生委員	民生委員
	4	地域福祉推進基礎組織	基礎組織	地区社会福祉協議会、校区社会福祉協議会、まちづくり協議会福祉部、住民福祉協議会、自治会・町内会の福祉部、福祉委員関連組織等
	5	地区組織	地 区	健康推進協議会、食生活改善推進協議会、交通安全協会、母子寡婦福祉連合会、遺族会、人権擁護委員協議会、保護司（連合）会、等
	6	相互扶助組織	相互扶助	集落や自治単位での共同作業や共同分配の組織（ゆい（結）、もやい（横合）等）、住民有志による助け合いグループ等
産業・組合	7	まちづくり関連組織	まちづくり	まちづくり協議会（福祉部以外）、民間まちづくり団体、地域おこし協力隊等
	8	商店等	商 店	商店街、個人商店、不動産屋、牛乳販売店、乳酸菌飲料販売店、米屋、スーパー、コンビニ、ドラッグストア、銭湯、公衆浴場等
	9	企業等	企 業	全国銀行、地方銀行、信用金庫、信用組合、保険会社、郵便局、電力会社、ガス会社、水道会社、宅配業者、運送事業者、スポーツジム、タクシー会社、バス会社、CSR関連団体等
	10	組合等	組 合	労働組合、農業協同組合、生活協同組合、漁業協同組合、事業協同組合、森林組合、実行組合、共済組合等
学校社会教育	11	学校等	学 校	小学校、中学校、高校、専門学校、短期大学、大学、特別支援学校等
	12	子ども関連組織・施設等	子ども関連	P T A、保育園、幼稚園、子育て支援センター、子ども育成会、児童館、放課後児童クラブ、ボーイスカウト、ガールスカウト、青少年育成協議会等
	13	社会教育施設等	社会教育	公民館、コミュニティセンター、地区センター、生涯学習施設、市民福祉大学、点字図書館、図書館等
活動団体	14	当事者組織等	当事者	障がい者関連団体、認知症関連団体、家族介護者関連団体、手をつなぐ育成会、自主・自助グループ等
	15	ボランティア団体	ボラ団体	ボランティア団体、ボランティアグループ、ボランティア協議会・連絡会、復興支援団体等
	16	N P O ・市民活動団体等	N P O ・市民	N P O、市民活動団体等
	17	奉仕活動等実施組織	奉仕活動	青年会議所、商工会議所、ライオンズクラブ、ロータリークラブ、日本赤十字社等

地域資源等の活動内容

選択肢 No	地域資源等による活動種別	地域資源の活動詳細（例） ※地域により名称が異なる場合があります
1	居場所・交流	交流サロン、コミュニティカフェ、ミニデイサービス、会食会、個人宅開放サロン、喫茶サロン、趣味活動、地域交流拠点、多世代交流サロン、自主グループ活動、当事者グループ活動（認知症カフェ等を含む）等
2	健康づくり	介護予防教室、健康教室、料理教室、スポーツ活動、生きがい活動（ボランティア活動含む）等
3	生活支援	家事援助、外出支援、移動支援、買物支援、食料配達、野菜等路上販売、共同売店、配食サービス、給食サービス、雪下ろし・雪かき支援、家具・器具等補修、屋内・屋外作業（日曜大工、庭木剪定等）、ハウスクリーニング等
4	見守り	訪問による安否確認、話し相手、複数人のチームによる見守り、交替制の見守り、虐待等の早期発見・関係機関への通知地域でのさりげない見守り、日常業務の中で行う見守り、地域活動・社会参加・地域イベント・趣味活動を通じた見守り外出同行、院内介助、家族留守中の付き添い、夜間の付き添い、緊急時の付き添い等
5	相談支援	悩み事の相談窓口、福祉・保健・医療等の専門情報の提供・紹介、関係機関やボランティアへのつなぎ、住民同士で個人の支援を考える会議（住民主体の支援会議）、地域マップや福祉マップ等の作成、地域情報（ミニコミ誌等）の作成・発信等
6	預かり	緊急時の宿泊場所提供、一時的な預かり（宿泊させてもらえる等）、短期の宿泊サービス、宅老所、宅老幼所等
7	住まい	一時的な住居（シェルター）の提供、住まい紹介・斡旋、空家活用、グループリビング、コレクティブハウス、在宅ホスピス等
8	場所貸し	会場・会議室貸出、運動場貸出、調理室貸出、活動周知の場提供（掲示板掲載、イベントでのブース設置等含む）、コワーキングスペース等
9	教育・学習	講座・研修・学習会、家族介護者教室、ボランティア・サポーター養成講座、生涯学習、子育て講座、学習支援、寺子屋、福祉教育、シニア大学等
10	就労支援	高齢者生きがい就労支援、障がい者就労支援、作業所・自立訓練・就労移行活動、ジョブコーチ、若者就労支援、職場体験活動、地場産業への就労支援等
11	権利擁護等	判断能力が不十分な方の意思決定支援、成年後見制度・日常生活自立支援事業の周知・利用支援、行政手続きの支援、法律相談等の紹介、その他権利擁護に関わる支援等
12	地域づくり	地域防災、地域イベント・年中行事、祭事、地域産業振興・生産活動、地域活性化活動、まちづくり活動、環境保全活動、国際交流活動、世代間交流活動、防犯活動、交通安全活動、バリアフリー化推進活動、男女共同参画活動等

出典：

平成 27 年度厚生労働科学研究「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」研究班（代表：国立保健医療科学院 熊川寿郎）「地域包括ケアシステム構築にむけた地域資源情報の活用管理に関する調査」別添資料

## 2) ケアプラン

### a. 介護予防ケアマネジメントの種類

- 要支援者等への介護予防ケアマネジメントについて、総合事業に関するガイドラインでは表 3 のように整理されている。
- 指定事業者によるサービスの利用がなく、住民主体の福祉活動を中心にプランを組み立てる場合、②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）もしくは③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）が行われることが想定される。
- なかでもケアマネジメントCについては、初回のみアセスメントを行い、ふれあい・いきいきサロンなどの住民主体の活動につないでいくといった発想になっており、住民との協働を進める上で重要である。
- これまではサロンなどのインフォーマルな資源に結びつけても地域包括支援センターに報酬は発生しなかったため、専門サービスに頼り、高齢者が地域から切り離されるということが生じてきたが、総合事業の中ではインフォーマルな資源につなげることも評価をしていくべきとされている。総合事業を進める上では、サロンなど通いの場の充実にあわせて、ケアマネジメントの中でもそのような支援に積極的につなぎ、高齢者の自立を応援し、引き続き地域で暮らし続けられるような工夫が必要であろう。

表 3

タイプ	対象	方法
①ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメントのプロセス)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合</li> <li>・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント</li> <li>→ケアプラン原案作成</li> <li>→サービス担当者会議</li> <li>→利用者への説明・同意</li> <li>→ケアプランの確定・交付</li> <li>【利用者・サービス提供者へ】</li> <li>→サービス利用開始</li> <li>→モニタリング【給付管理】</li> </ul>
②ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業者以外の多様なサービスを利用する場合)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメント</li> <li>→ケアプラン原案作成</li> <li>(→サービス担当者会議)</li> <li>→利用者への説明・同意</li> <li>→ケアプランの確定・交付</li> <li>【利用者・サービス提供者へ】</li> <li>→サービス利用開始</li> <li>(→モニタリング【適宜】)</li> </ul>

<p>③ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)</p>	<p>・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後の状況把握を実施)</p>	<p>アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始</p>
---	---	---

※ ( ) 内は、必要に応じて実施

### b. ケアプラン

- 介護予防プランに住民主体の福祉活動を盛り込む場合には、訪問型サービスBや通所型サービスBのように、ある程度定型的なシステム化されたものもあるが、たとえば「話し相手」や「見守り」のように、不定期であったり、必要に応じて行われる関わりも多い。
- また、具体的な実施内容や時間などを細かく決定して指示するといったことも住民の福祉活動にはなじみにくいなど、制度によるサービスとは異なる点がある。
- たとえばボランティアの人が、どうしても自分の体調が悪くて 今朝はゴミ出しの手伝いに行けないということになったら、次の回収日まではゴミをためておけばいいというような柔軟さを許容することが必要である。
- ケアプランに位置付ける際には、このような住民主体の福祉活動の特性を踏まえ、実際の支援の内容や時間などについては、ある程度ゆるやかに考えておく必要もあるだろう。

### c. 住民との認識のすりあわせ

- 住民主体の福祉活動は、指示命令ではなく自発性に基づいて行われるものであり、「この人にどうしてこの支援が必要なのか」「自分たちがボランティアとして関わる意味はどこにあるのか」が納得できなければ動かないという特徴がある。
- たとえば事例3では、事例検討の場で、住民は「働けるような元気のある人にどうしてボランティアが必要なのか」という姿勢であったが、専門職から本人の状況を丁寧に伝えることで「それならば手伝う必要がある」という認識が変わったというプロセスが見られた。
- ケアプランの策定は、こうした認識のすり合わせや支援内容の調整のプロセスでもあるだろう。ケアマネジャーと介護事業者という専門職同士ではないからこそ、プロセスを丁寧に行う必要があると考えられる。

## 3) モニタリング

### a. 住民との協働

- 介護予防ケアマネジメントにおいて、住民主体の福祉活動をプランに盛り込んだ場合、その実

施状況や成果をどのようにモニタリングし、評価するかが課題となる。

- 介護サービス事業者と異なり、住民はサービスの実施状況をケアマネジャーに報告する義務はないので、必要に応じてケアマネジャーが住民のところに出向いて、要支援者等の状況を把握する必要があるだろう。
- 要支援者等の状況について、住民の側で定期的に共有して気になる人への支援を調整する場（P36 参照）を作ることで、そこにケアマネジャーが出かけて行って住民とともに検討することが考えられる。

## b. ホームヘルパーの役割

- また、ケアプラン策定後、アセスメントを定期的に行い、要支援者等の変化を把握してケアマネジャーにつなげるという役割をホームヘルパーに期待することも考えられるだろう。
- 例えば普段の生活の支援は住民主体で行いながら、2 週間に 1 回はホームヘルパーが訪問し、本人の状況をアセスメントするかが考えられる。
- ホームヘルパーの専門性は、たとえば本人と一緒に家事をやりながら本人の状況や生活全体のアセスメントを行うような場面でこそ発揮される。生活の場に直接入り込んで支援し、具体的な一つひとつの生活行為を見てアセスメントできるというホームヘルパーの強みを生かした取り組みと言えるだろう。

## 2.1.3 専門職に期待される視点や役割

### 1) 地域づくりへの意識

- 住民との協働にあたって、まず専門職にもとめられるのは、制度によるサービスだけで支えようとする考え方や意識を変えることである。
- 新しい総合事業の目的は、要支援者等の支援を介護給付から住民主体等の生活支援サービスに移行させるとともに、こうした活動を通して地域づくりを進めるということにある。
- 「サービスや人材が不足するから住民の手を借りる」のではなく、要支援者等が地域での様々なつながりにささえられ、時には助け合いの担い手としても役割を発揮しながら暮らす生活者として存在するために、住民による支援こそが有効であるということを理解する必要がある。
- 支援を必要とする人を支えることができる地域になるためには、サービスを作ればよいということではなく、なぜ地域で支えることが必要なのか、どういうことならば地域で対応できるのかを一つひとつの住民を支える具体的な体験を積み重ねていくなかで地域の力が育っていくことが必要である。
- 一人ひとりの支援を通して、住民を巻き込みながらサポート体制をつくることは、専門職として地域づくりに参画しているということであり、これからの専門職の役割として、こうした地域への関わりや支援が重要性を増すと考えるべきであろう。

## 2) 専門職としての知識やスキルを住民に伝える

---

- 事例 1 では、知的障害がある本人が、近隣の住民に絶えず話しかけたり様子を見に行ったりしてしまうという行動について、事例検討の場で、専門職の立場から障害の特性を説明し、あいまいな言葉では伝わりにくいため、分かりやすい具体的な約束をすることなど、本人と関わるうえでのポイントを住民にも伝えていた。
- 住民は、なぜ本人がそのような行動をするのか、なぜやめてほしいと言ってもわかってもらえないのか、専門職から説明を聞くことで理解することができ、本人と関わるうえでの不安が少しでも軽減されることになったと思われる。
- また事例 3 では、要支援であっても仕事をして収入を得ている本人に対して、なぜボランティアで家事の援助をしなければいけないのかと住民からの意見が出たが、専門職が本人の状況を伝えることで理解を得ることができた。
- 要支援者等のなかには、自らの困っている状況をうまく周りの人に開示できない場合も考えられるため、専門職は、その橋渡し役として住民に本人の状況や思いを伝える役割がある。

## 3) 支援拒否や生活管理が困難になっている事例への関わり

---

- 本人が近隣住民との関係に拒否的であったり、既にトラブルが生じている場合には、近隣住民からの排除が地域生活の継続を難しくさせてしまう例がみられる。こうした場合に本人と周囲の関係性を改善し、周囲の住民が何か困ったことがあった場合に頼れる相談先となることも専門職の大きな役割である。
- たとえばモデル地域での検討事例の一つでは、本人に被害妄想があり地域の住民からは「火の始末が心配」「施設に入ってほしい」という声が出ていた。地域包括支援センターが関わって成年後見制度の利用につなぎ、専門職が支援していることを住民に伝えて情報共有をしていくことで、見守りを継続してくれることとなった。
- また、今回の検討事例の中には見られなかったが、要支援者のなかには、専門職の訪問すら拒否し、セルフネグレクトの状態にある事例も見られる。本人が支援を拒否している場合には、いきなり住民に任せるのではなく、専門職が少しずつ介入し、関係性をつくっていったうえで支援のネットワークを広げていくような対応が求められるだろう。
- このような事例では、とくにホームヘルパーの役割が重要であり、たとえば部屋の片付けや食事作りの手伝いといった本人の困りごとについて具体的に支援し、本人の生活に働きかけることで閉ざされていた扉を開いてもらうようなアプローチが有効である。

### 2.1.4 専門職と住民の間での情報や支援方針の共有の方策

#### 1) 専門用語、情報量の差を埋める

---

- モデル地域での事例検討を通して、まず両者の協働にあたっては、お互いが理解できるような言葉で話し合う重要性を確認することとなった。

- 医療や介護、福祉の専門用語、制度名などは特に住民にはなじみにくいものも多く、できるだけ日常の言葉に言い換えたり、説明を丁寧にしたりするなどしていく必要がある。
- 具体的な工夫としては、津幡町の地域ケア会議での取り組みとして、ホワイトボードを活用した事例検討などが挙げられる。配布資料ではなく、ホワイトボードに基本情報、ジェノグラム・エコマップを書き、そこに話し合いで出た内容を付け加えていくことで、情報が視覚的にとらえられ、共有しやすい。（ジェノグラム・エコマップの活用についてはP42参照）
- また、モデル地域である琴平町では、模造紙とポストイットを使った事例検討も行われた。琴平町ではこれまでも地域福祉活動計画の策定などさまざまな場面で同様のワークショップを行っており、住民が習熟していることもこの取り組みのベースになっていた。

## 2) それぞれの活動、役割の理解

---

- 住民と専門職の協働をすすめるうえでは、まずはそれぞれの活動や役割をお互いを知ることが必要になる。モデル地域での事例検討を通じて、住民参加の事例検討は、個別の対象事例について情報共有するだけではなく、互いの活動や機能、できることできないことを理解するきっかけになるという効果が確認できた。
- たとえば、住民から見ると、ホームヘルパーが入っているのに家の庭が草だらけになっているのは理解できないということがあるが、ヘルパーがどのような目的でサービスを提供しているのか、どのような役割を持っているのかを住民に伝えることで共通理解を持つことができる。そのなかから、住民が分担してやれる部分があるのではないかという住民の側からの気づきや提案が生まれてくる可能性がある。
- 民生委員・児童委員や福祉委員などの中には、専門職の役割やサービス内容を理解している人も多いが、まだまだそれは一部に過ぎず、より積極的な広報や啓発が求められるだろう。
- 今回のモデル事業では、こうした相互理解を個別の事例検討会を通して行うこととなったが、すべての事例について個別にこうした場を設けることは難しく、専門職、住民双方にとって負担も大きい。
- たとえば協議体が中心になって専門職、住民が共に参加する研修会などを開催し、研修用に作成した事例などを用いてお互いの役割を理解するプログラムを行うことなども考えられる。

## 3) 個人情報保護

---

- 個別支援にあたって、専門職と住民主体の福祉活動が協働する際、専門職が持つ情報の伝え方や範囲が大きな課題となる。
- 個人情報に関しては、個人情報保護法の対象にならないようなことについてもすべて個人に関することは「出してはいけない」といういわゆる「過剰反応」があり、住民主体の福祉活動をやりづらくさせている例も多い。
- 民生委員・児童委員についても、活動に必要な情報を行政から提供してもらえなかったり、一

方で法律で守秘義務が規定されているため、自分が持っている情報をその他の住民に伝えることに不安を持つ場合が多くみられる。

○しかし、住民同士の助け合いをすすめるには、誰がどういうことで困っているかを共有することが大前提であり、個人に関する情報を出さなければ住民主体の福祉活動自体が成立しないことになってしまう。

○個人情報保護法の趣旨は、「個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利権益を保護すること」にあり、本来、保護と活用のバランスをはかることを目的とした法令である。個人情報の取り扱いには十分注意する必要があるが、一方で「生命や身体の安全」という究極的な目的のためには、絶対に個人情報に触れないというのではなく、効果的に活用していくことが重要である。

○「目的外のことに使用しない」、「第三者に教える場合には本人の同意を得る」といった基本的なルール（下記参照）を守りながら、必要な範囲では専門職や民生委員から住民に情報を伝えていく必要があるだろう。

○ただし、本人のことを知っていてお互いに顔の見える範囲で、本人の支援のために情報共有することが基本であり、直接関わりのない人に対して本人の同意なく情報を伝えたり、本人が参加しない場で本人の同意なく事例検討を行ったりすることは避けるべきである。

### ●個人情報取扱の基本ルール

#### ①個人情報の取得・利用に関するルール

- ・利用目的を特定し、目的外利用をしないこと
- ・適正に取得し、利用目的を本人に明らかにすること

#### ②第三者提供の制限に関するルール

- ・決められた場合以外には第三者に個人データを提供しないこと

⇒本人の同意を得ずに第三者に個人情報を提供しない。ただし、人の生命や身体、財産の保護に必要な場合などには、本人の同意を得ずに第三者に個人データを提供できることが認められている。

#### ③適正・安全な管理に関するルール

- ・正確かつ最新の内容に保つよう努力すること
- ・個人情報を安全に管理すること

※「目的外利用の禁止」及び「第三者提供の制限」について、以下の場合には目的外利用又は第三者提供ができる。

- ・本人の同意がある場合
- ・法令に基づく場合
- ・人の生命、身体等の保護に必要な場合
- ・国や地方公共団体等に協力する場合

※本人同意の取り方については、書面に限らず口頭によるものでも可能。口頭で同意を得る場合

には、同意を取った日時や内容、同席者等について記録を残す。

同意書への記載項目

- ・情報の利用目的
- ・共有する情報の種類
- ・共有する関係者の範囲
- ・関係者間での共有方法
- ・情報の管理方法 等

○なおモデル地域における事例検討に際しては、目的や参加メンバーを本人に伝え、情報をメンバーで共有することについて同意を得たうえで行った。家族等の意向で事例検討を断念したケースも一部にあったが、それ以外については比較的スムーズに同意を得ることができた。

○今後さらに、実際の協働において生じる場面を想定して、どのように個人情報を取り扱うのか、住民や専門職の不安にどうこたえるかといった、より具体的な対応策を示していくことが必要であろう。

### 2.1.5 具体的な取り組み～まずは要支援者のケアプラン分析からはじめる

○上述してきたような専門職と住民の協働による支援をすすめていくにあたっては、まずは現在自分の組織のなかの介護事業所でサービス提供している利用者について、ケアプランの分析を行ってみることが有用である。

○たとえば、社協が実施しているデイサービスやホームヘルプサービスの要支援の利用者についてケアプランや個別援助計画を分析し、専門職の関わりが必要な部分はどこか、住民主体の福祉活動の関わりが有効な部分はあるかといった視点でその地域に住む住民や当該地域担当の民生委員、福祉委員と一緒に事例検討を行ってみる。

○検討にあたっては、ジェノグラムとエコマップの活用が効果的である。また、専門職だけでエコマップを書くのではなく、住民と一緒に作業することでまったく違った視点が出てきたり、専門職に見えていなかった新たな資源とのつながりが見えてくることが多い。

○これにより、本人のニーズを改めて把握するとともにインフォーマルなサポートの状況を確認し、今後必要な活動の洗い出しにもつながる。

○また、検討の際には訪問介護、通所介護を利用することが具体的にどのようなニーズに対応しようとして導入されたものなのかを見ることがポイントとなる。

○たとえば訪問介護は、家事のために入れているというよりは、家事を表向きの理由としながら本人の状態確認や生活管理の支援を目的に入れているという事例も多い。通所介護についても、何を目的とした利用なのかを改めてアセスメントする必要があるだろう。

## 2.2 専門職と住民の協働を推進する基盤

### 2.2.1 住民の理解をどう得るか

- モデル地域での取り組みにおいては、民生委員に事例検討会への協力を求めたところ、「これ以上仕事を増やすな」という想像以上に厳しい反応が返ってきたということがあった。
- 新しい総合事業への移行に関しては、やはり要支援者へのサービスが「介護給付から外れる」ということが強く印象付けられている傾向があり、要支援者へのサービスを切り捨てるもの、財源が厳しいから住民に押し付けようとしている、といった理解も見られる。
- しかし、住民主体の福祉活動や生活支援サービスを広げていくためには、制度によるサービスだけではなく住民同士で支えることの意義をいかに住民自身が理解し、納得するかが重要である。
- 専門職のサービスでは対応できないことがあること、本当の意味での暮らしの豊かさは住民自身が参画して生み出していくものだという点を改めてつたえていく必要があるだろう。
- 要介護になった時、認知症になった時にどのように暮らしていきたいか、どんな地域にしていきたいかということ住民自身が話し合い、めざす姿を描くことが出発点でなくてはならない。
- 既に新しい総合事業に移行している自治体においても、使えるサービスの変更について伝えるだけではなく、こうした地域づくりの方向性や住民の役割についても発信し、住民との協働をすすめるべきだろう。
- 一方で、元々地域で住民同士の支え合いがあり、サービスが無くても生活を支えている事例も多いことが今回の事例検討を通して改めて浮き彫りになった。こうした事例を掘り起こし、地域の力を評価していくことで、住民にも自信となるだろう。そのことが、不足しているもの、地域に必要なものを作り出していこうとする取り組みにつながると考えられる。
- また、最近では、ボランティアへの参加による介護予防効果に着目して、ボランティアポイント制を始める自治体も広がっており、高齢者の活動参加を促進するこうした仕組みづくりが求められている。
- ボランティア活動だけではなく、たとえば、日常の中で住民がやっているラジオ体操や畑仕事、散歩なども介護予防に資するものとして評価し、促進していくような視点も重要だろう。

### 2.2.2 住民主体の福祉活動、生活支援サービスの拡充

- 住民の活動は基本的に多様で主体的なものである。色々な方法やあり方を認めていくことが大前提となる。
- したがって、たとえばサロンをすべて一律に総合事業の通所型Bや一般介護予防事業にするというのではなく、それぞれの活動の状況や活動者の思いをベースにして選択できることが重要である。
- こうした活動を広げていくうえで、社会福祉協議会や生活支援コーディネーターの役割は大きく、住民主体の活動の意欲を削いだり、逆に補助金への依存とならないようコーディネートし支援していく必要がある。
- モデル地域での事例検討を通しては、住民主体の取り組みで実施しやすいもの、反対に立ち上

げがなかなか難しいものがあることも浮かび上がった。

- たとえば、ふれあい・いきいきサロンなどの通いの場をつくることは比較的取り組みやすいが、個別に1対1で関わり、自宅の中にも入って支援するような訪問型のサービスは住民にとってハードルがあがるという指摘があった。
- まずはサロンや居場所をつくり、そこを拠点として日常的な交流が生まれることで、暮らしの中での個別の困りごとにも気づきやすくなり、ちょっとした手助けをすることへのハードルも低くなると期待される。
- こうした活動の展開には時間がかかるが、生活支援コーディネーターは、住民のスピードに寄り添いながらも、たとえば先進地等から積極的に情報収集し、他の団体の事例の提供や活動のルール作りの支援をするなどして多様な活動の展開を後押ししていく必要があるだろう。
- また、事例5では、糖尿病があり食事の管理が必要な本人の支援として、住民の中から糖尿病食のレシピづくりや本人と一緒に食事づくりをする活動の提案があがった。住民からは、糖尿病のレシピづくりはこの人のためだけではなく、今後自分たち自身の役にも立つのではないかという意見も出され、個別事例の生活課題の中から地域全体の課題への取り組みに発展する可能性を感じ取ることができた。
- このような住民のアイデアを受け止めて、形にしていく支援も生活支援コーディネーターの役割として重要であろう。
- 今後立ち上げが必要な生活支援サービスとして、移動サービスが多く取り上げられていた。都市部、農村部に関わらず、買い物の不便な地域は増えており、移動サービスの必要性は高い。しかし、ボランティアや車両の確保、道路運送法に基づく規制等との兼ね合い、要件の確保などクリアすべき課題が多く、取り組みにくい状況がうかがえる。今後、さらにこうした地域は増えることが予想されるため、できるだけ簡便に実施でき、かつ安心して活動できる環境を確保することが必要である。

### 2.2.3 幅広い住民の関わりを増やす

- 多様な住民の中で、今後どのような人たちに協働を呼びかけるのかは、重要な論点である。
- 今回のモデル地域での事例検討会の参加者は、多くが民生委員であったり、福祉委員であったり、あるいはボランティアとして既に活動経験が豊富な住民となっていた。
- これらの方々には研修や日頃の活動を通して福祉に関する知識、情報を持っており、専門職の視点や情報をかなり理解できる人だと捉える必要がある。
- こうした方々の力を核にしながらも、今後は、普段福祉に関わりのない人こそが参加してもらえるような働きかけをしていく必要があるだろう。
- 高齢者自身が活動の担い手になるという視点から、幅広く参加をよびかけるとともに、たとえば稼働年齢層の人たちにも参加できる部分がないか検討することも重要である。多世代の多様な人々が集うサロンづくりは、こうした出会いを生む場としても効果が期待される。

## 2.2.4 専門職間での連携

- 専門職と住民主体の福祉活動との協働の前提として、専門職同士のネットワークが地域でつくられていることがとくに重要である。
- 住民は、福祉活動を行うなかでニーズを発見したり助け合い活動で対応しきれない困ったことが生じたりした場合、専門職につなげ、支援してもらうことを期待しているが、専門職の側がそれをたらい回しにしたり連携が不十分で住民からの困りごとに対応できないということになると、住民は専門職を信頼して頼ることができなくなってしまう。
- いつでも専門職のバックアップがあり、困った時に助けてもらえたという体験を重ねる中で住民は安心感を得ることができ、より積極的に地域のニーズを発見し、専門職に伝えるようになると考えられる。
- また専門職の範囲は、福祉・介護分野だけではなく、医療や教育、就労支援といった他分野との連携も重要である。とりわけ高齢者については権利擁護や成年後見制度の利用なども必要になる場合が多いことから、法務・司法分野とのネットワークづくりも求められる。

## 2.2.5 住民と専門職の協働の場

### 1) モデル地域の取り組み状況

- 今回のモデル地域はいずれも生活支援体制整備事業を開始する前の段階であったが、大磯町、名古屋市中川区では、それぞれの地域の状況を踏まえ、今後の協議体の設置を視野に入れて事例検討会議を組織化する取り組みとなった。
- 大磯町では地域包括支援センターによる地域ケア会議が毎月定例で開催されており、町内の介護支援専門員や医師、町役場保健師等が集まって専門職間の連携をはかるとともに、地域課題を明らかにして共有する場となっている。
- 今回のモデル事業では、この地域ケア会議に民生委員が初めて参加することとなり、今後は町内の地区ごとに組織化されて地域福祉活動を担っている地域福祉委員会やボランティアなどにも参加の呼びかけを広げていくことが想定されている。
- 専門職の連携がすすんでおり、事例検討の積み重ねの中から地域課題も見えてきていることから、今後この場をさらに住民との協働の場として発展させ、協議体として機能させていくことが期待されている。
- 名古屋市中川区では、平成26年度から3学区で「地域力再生による生活支援推進事業（地域ささえあい事業）」を進めており、住民による相談窓口の設置やボランティアによる活動が既に生まれていた。住民による相談窓口は、コミュニティセンターで週2回行っており、学区地域福祉推進協議会から推薦された住民が研修を受けて相談を受け付け、内容に応じてボランティアや関係機関につないでいる。こうした取り組みを活かすかたちで、この3学区のうち2か所を事例検討会議の場として位置づけ、本人に身近な住民や民生委員の参加を得て事例検討を行った。
- そして、区レベルでの会議として「中川区生活支援連絡会」を設置し、学区社協での事例検討を踏まえて地域の課題を意識し不足している資源の開発などへとつなげる協議を行うことが試みられた。

- 琴平町については、従来、地域福祉活動が活発で、地区ごとの福祉連絡会のほか、町内 42 か所で活動するサロン、配食サービスなどさまざまな助け合い、生活支援サービスが住民の参加で行われている。
- 一方で、地域ケア会議等による専門職連携はこれからの大きな課題となっており、今回の事例検討会議は住民を中心に行い、そこにケアマネジャーが参加する形となった。
- これまでの地域福祉活動の蓄積があることから、住民の中にも地域の課題への意識が高く、小地域レベル（第 3 層）での実質的な協議体の機能が既に備わっている状況とも言える。今後はこうした小地域から提起された地域課題を政策につなげていく第 1 層の協議体機能の構築が期待されるだろう。

## 2) 重層的な協働の場づくり

- モデル地域にみるように、協議体の機能、メンバー構成、地域ケア会議等の関連する会議体との関係などは地域によってさまざまなパターンが考えられる。とくにメンバーの重なりも多く、機能も類似した地域ケア会議と協議体の関係についてはそれぞれの地域の状況を踏まえた整理が必要であろう。
- また、市町村域、中学校区（地域包括支援センターの圏域）、小学校区、町内会・自治会といった圏域を意識して重層的に協働の場を組織化していくことが重要と考えられる。（図 3）
- 生活支援体制整備事業では、市町村域に第 1 層協議体を置き、第 2 層は中学校区に置くことが想定されているが、モデル地域での取り組みやこれまでの社協の実践からは、小地域の小学校区域や町内会・自治会レベルでの住民・専門職の話し合いや調整が重要であることが指摘されており、「第 3 層」<sup>1</sup>の協働の場をつくっていくことが必要となるだろう。（P36 参考）
- 第 3 層の協働の場は、たとえば、社協が実施する小地域での住民懇談会や地区社協活動など既存の仕組みを協議体として位置付けていくことが考えられる。
- とくに、町村部などでは NPO 等の担い手も少ないため、新たにシステム化された生活支援サービスを開発するという発想だけではなく、第 3 層レベルでの身近な住民同士の助け合いをいかに継続し、少しでも手厚くしていくかが課題になると考えられる。
- 第 2 層の生活支援コーディネーターは、第 3 層（小学校区～町内会・自治会圏域）でこうした協働の場を住民が中心となって立ち上げていけるように働きかけ、仕掛けていくことが重要な役割になるのではないだろうか。また、地域包括支援センターやケアマネジャー等もこうした小地域の協働の場にアウトリーチしていった側面的な支援を行う必要があるだろう。
- また、既に地域には様々な協議の場がつけられている。たとえばボランティア団体の連絡会、ふれあい・いきいきサロンの活動者の交流会、社会福祉法人・福祉施設の連絡会なども協働を推進する基盤と位置付けることができる。

<sup>1</sup> 総合事業のガイドラインでは、第 3 層は助け合い活動を行う団体として想定されているが、ここでは第 2 層よりもさらに小さい圏域を「第 3 層」と表現している。

## ●事例～住民が主体となった個別支援の調整・検討の場

### ①地域ささえあい会議（宝塚市社協）

宝塚市社協では、第5次地域福祉推進計画において、地域の福祉課題から市全体の課題解決をはかる仕組みとして4層のネットワークを構築し、地域福祉計画にもこれを位置付けている。

4層とは、①自治会等の身近なエリア、②小学校区、③7つの保健福祉サービスブロック、④全市域であり、それぞれの圏域での話し合いの場として、①地域ささえあい会議（自治会）、②校区ネットワーク会議（小学校区）、③セーフティネット連絡会（ブロック）、④セーフティネット会議（全市）を設けている。

このうち、地域ささえあい会議は、住民に最も身近な、小さなエリアで住民同士が情報を共有し合う場で、ちょっとした困りごとや住民が気付いたことが持ち込まれるニーズ発見機能を果たしている。

### ②小地域福祉推進会議（下関市豊北町阿川地区社協）

下関市の豊北町では、昭和50年代から地区社協の組織化がすすめられてきた。そのうちの阿川地区社協では、困ったときにお互いに助け合える地域をつくろうと、支援を必要とする人のニーズの発見・把握、見守り活動、ボランティアの養成等をすすめてきた。

ここで個別のニーズへの支援の調整や地域課題の検討の場となっているのが「小地域福祉推進会議」である。メンバーは、民生委員、自治会長、老人クラブ、郵便局、子ども会、消防団の代表などで、地域のニーズを把握し、自分たちでできるものは自分たちで解決に取り組んでいる。

たとえば、スーパーや金融機関が地域からなくなり、買い物に困っているという話があれば買い物バスツアーを企画したり、要介護の高齢者を介護している家族の介護技術が不十分と見受けられる例があれば、保健師に指導を依頼したりということが住民の主体的な活動としてすすめられており、最近では、地域包括支援センターの職員が定期的に推進会議に参加して情報の共有や助言などを行っている。

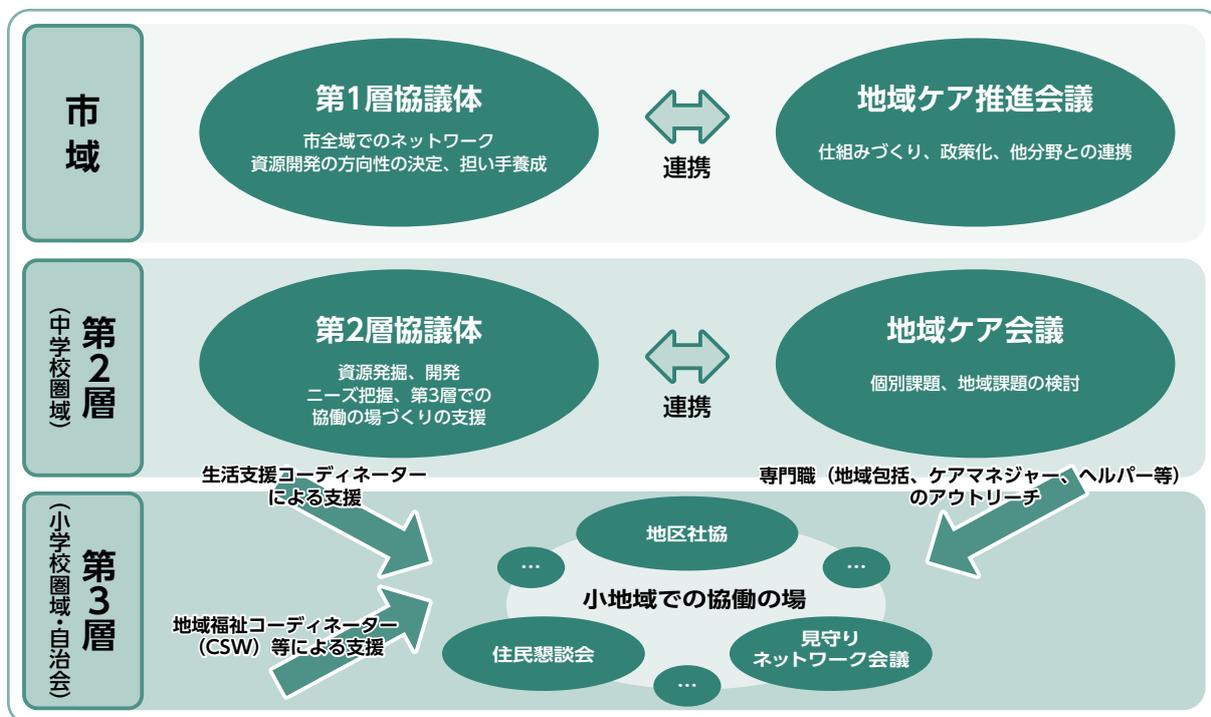
### ③なんでも相談窓口（豊中市社協）

豊中市社協では、市内35カ所の小学校区ごとに地域福祉拠点「福祉なんでも相談窓口」を設置している。豊中市地域福祉計画の重点プランであるこの相談窓口は、①身近な福祉相談の実施と専門機関への取次ぎ、②地域住民が集う交流、ふれ合いの拠点、③福祉サービスに関する情報、ボランティア情報、地域福祉活動情報の受発信などの機能を持ち、身近な地域福祉拠点として位置づけられている。運営は、校区福祉委員会など地域住民自ら行っており、福祉制度や相談対応について研修を受けた民生委員や校区福祉委員会のボランティアが相談の対応にあたる。

相談窓口に寄せられたさまざまな困りごとに対して、地区ごとに配置されたコミュニティソーシャルワーカーの支援も得ながら解決にあたっていくことで、住民自身が地域の課題に気付

き、自ら解決していく住民力を育てることにつながっている。また、それらの中で明らかとなった課題は、コミュニティソーシャルワーカーが市と共催で開催する「ライフセーフティネット総合調整会議」に情報提供を行い、市の課題としても検討がなされる仕組みとなっている。

図 3



### 2.2.6 生活支援コーディネーターの役割、ケアマネジャーとの連携

○ガイドラインによれば、生活支援コーディネーターは、協議体と協力しながら下記の役割を果たすこととされている。

- (A) 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
  - ・ 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
- (B) ネットワーク構築
  - ・ 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
- (C) ニーズと取組のマッチング
  - ・ 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

- この中でも、当面は（A）と（B）が課題とされており、とくに資源開発が大きな課題とされているが、生活支援コーディネーター自身が直接サービスを立ち上げるのではなく、住民に働きかけ、新たな資源の必要性に気づいてもらい、立ち上げていく動きを後押しすることが役割である。
- そのためには、住民が地域で支援を必要としている人の存在に気づき、地域の課題として意識できるような場を作っていくことが重要な取り組みの一つと言えるだろう。
- また、資源をつくるだけでなくそれを個別の支援に結び付けることが必要であり、そのためにはケアマネジャーとの連携が欠かせない。介護事業者等による専門職のサービスとは異なり、住民主体の生活支援サービスはケアマネジャーが指示したとおりに必ず動くというものではなく、住民の活動者の側に立ってケアマネジャーとの調整を行うことも生活支援コーディネーターの重要な役割になると考えられる。
- こうした役割を果たすためには、生活支援コーディネーターも地域ケア会議に出席するなどして個別支援に関わる場面が必要となるだろう。
- また、個別支援を通して個々の資源の機能を把握したり、よりよく機能を発揮できるように働きかけて既存の資源を発展させる、不足している資源を明らかにして開発に結び付けるといったことも可能になる。

### 2.2.7 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画への位置づけ

- 地域包括ケアシステムの構築にむけ、第6期計画以降の介護保険事業計画は、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワークの推進をはかる「地域包括ケア計画」として策定していくこととされており、これを実現するためには住民の参画、住民との協働が不可欠である。
- したがって、上述してきた重層的な協議の場づくりなどを含め、住民主体の福祉活動と専門職の協働の基本的な考え方や具体的な方策についても、介護保険事業計画のなかに位置づけて計画的に推進していくことが必要である。
- また、その内容については、後述するとおり地域福祉計画、地域福祉活動計画との連携をはかることも重要である。

### 2.2.8 中長期的な地域づくり、地域福祉計画との連携

- 新しい総合事業においては、個別のサービスだけではなく、地域の支え合い体制づくりを目指すことが目的として掲げられている。本当の意味で住民主体の地域包括ケアをすすめるうえでも、要支援者への代替サービスを確保するためのサービス開発ありきではなく「地域づくり」をめざすことが必要である。
- モデル地域で検討した事例を見てもわかるとおり、要支援者等の生活を支えるには、「訪問型サービス」「通いの場」といった個別のサービス・活動だけではなく、日常的な見守りや気遣い合いが重要であり、さらにそのベースには地域でともに暮らす住民としての理解や共感が不可欠である。

- しかし、こうした地域づくりは移行期間の3年間で到達できるものではなく、住民を主体とした取り組みを5年、10年、20年といった中長期のスパンで考えていかなければならない。
- 住民主体の地域づくりについては、これまでも社会福祉協議会等がさまざまな取り組みを進めてきており、こうした蓄積が地域の支え合いの土壌をつくり、介護予防の土台となることを意識する必要がある。
- また、これらの取り組みは、地域福祉計画の内容と十分すり合わせ、整合性がとれたものとして進める必要がある。

参考：社会福祉法第107条（地域福祉計画）

市町村は、地域福祉の推進に関する事項として次に掲げる事項を一体的に定める計画（以下「市町村地域福祉計画」という。）を策定し、又は変更しようとするときは、あらかじめ、住民、社会福祉を目的とする事業を営業者その他社会福祉に関する活動を行う者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるとともに、その内容を公表するよう努めるものとする。

- 1 地域における福祉サービスの適切な利用の推進に関する事項
- 2 地域における社会福祉を目的とする事業の健全な発達に関する事項
- 3 地域福祉に関する活動への住民の参加の促進に関する事項

- さらに市町村によっては、社会福祉協議会が中心となって、民間の社会福祉関係者や住民の地域福祉活動の協働のもとに、具体的に地域福祉を推進するための方策を定めた地域福祉活動計画を策定している。地域福祉計画の内容とも連携し一体的に策定されている場合も多いことから、総合事業や生活支援体制整備事業の推進にあたっては、これらの計画の内容も把握し連携を図る必要がある。
- また、市町村によっては、地域福祉計画や地域福祉活動計画の進行管理や評価を担う委員会を常設している場合がある。こうした場も協議体の機能の一部を既に担っていると考えられることから連携・活用することが重要である。

## 2.3 住民参加による事例検討会議の手法

### 2.3.1 モデル地域での取り組みの成果と今後の課題

- 本調査研究のモデル事業では、住民主体の福祉活動と専門職の協働のあり方やその課題について検討するため、住民と専門職がともに参加して行う事例検討会議をモデル的に実施することとした。
- 事例検討会議のモデル実施を通して、住民参加による事例検討の取り組み自体が、両者の協働をすすめるうえで効果的であることが確認できた。

- 具体的には、住民の参加により生活者の目線での気づきがあったり、専門職の思い込みや価値観が揺さぶられたり、そのことを通してより本人の自立支援を意識したプランにつながったことが協働の効果として挙げられる。また、住民が参加することで住民自身が個別の事例から地域の課題について考えていくきっかけともなった。
- 住民参加の事例検討会議は、これまでも一部の地域で実践されており、たとえば地区社協の見守りネットワークに関する連絡会に専門職が参加する形や地域ケア会議に住民の参加を得る方法も取り組まれている。
- 住民主体の福祉活動と専門職の協働の推進にむけて、こうした住民参加の事例検討会議を各地で実践していくことが有効と考えられることから、今後、今回のモデル地域での取り組み等を踏まえて、効果的な事例検討会議の運営方法やファシリテーターの役割を整理するとともに運営に役立つワークシート等の開発が必要である。

### 2.3.2 本人のための事例検討の必要性

- 実際の個別事例は地域の課題を考えるうえで強い説得力を持ち、時には地域づくりにむけて住民が動き始める原動力にもなる。
- ただしその際に忘れてならないのは、基本的に事例検討は本人の支援のために行われるもので、本人の参加が原則となる点である。
- したがって、地域づくりという目的のために安易に本人不在の事例検討を行うことは慎むべきであり、たとえば地域での関係者の研修や共通認識をはかることを目的に事例を活用する場合には研修用の事例を作成するなどの対応が求められるだろう。

### 2.3.3 住民参加による事例検討会議の具体例

- 住民参加による事例検討会議の具体的な実施例としては、以下のようなものが考えられる。

#### ①サービス担当者会議

- ・介護予防ケアマネジメントにおいて、プラン作成のために住民の参加を呼びかけることが考えられる。
- ・小地域レベルで、住民を主体とした個別支援に関する検討・調整の場が組織化されている場合には、地域包括支援センターやケアマネジャー等が地域へ出向いて事例検討を行うことも想定される。

#### ②地域ケア会議（個別検討）

- ・本人の支援を目的とした事例検討について、本人の了解を得て、関係する住民や民生委員等の参加を呼びかけることが考えられる。

#### ③地区社協等における事例検討会議

- ・見守り支援活動などの調整や専門職との連携にあたって、地区社協等の住民組織において住民が主体となって事例検討会議を開催することが考えられる。

- ・会議の開催や参加メンバーについては、本人の了解を得るとともに、会議での情報を外で話さないなどのルールを徹底する必要がある。

### 2.3.4 事例検討会議のポイント

#### ①メンバー

- 本人の支援を目的とした事例検討会議では、参加者は毎回異なるのが基本である。本人の支援のために何を話し合ってもらうのか、そのためには誰に参加してもらう必要があるかを考え、その都度必要なメンバーに参加を呼びかけることになる。
- 専門職と住民の構成をどう考えるかについては、モデル地域でもそれぞれ状況は異なっており今後検討が必要になると思われる。
- 専門職中心の会議に住民が1~2名参加するという形もあれば、住民主体の福祉活動が活発で個別支援に関わる住民の力量が高い地域では住民が中心となって事例検討会議を開き、住民側から呼びかけて専門職に来てもらうというスタイルも考えられるだろう。

#### ②自己紹介の工夫

- 住民参加による事例検討会議では、住民も専門職もいったん同じ土俵にたって話し合いができるような雰囲気づくりが非常に重要である。
- そのための取り組みとして、津幡町の地域ケア会議では、自己紹介の工夫を行っている。具体的には、A4の紙を3つ折りにし、3つのスペースに氏名、今日の朝食、今はまっていること（マイブーム）を1~2分で記入してもらい、順に発表してもらう。自己紹介が終わったら、折り目をつけて立たせれば机上名札にもなる仕掛けである。
- 通常、専門職は所属と役職・資格で自己紹介を行うことが多いが、そうした殻をいったん脱いで、生活者の視点に立って発言できるよう、あえてプライベートの部分を少し開示してもらうことでの効果をねらったものである。

#### ③ファシリテーター（進行役）

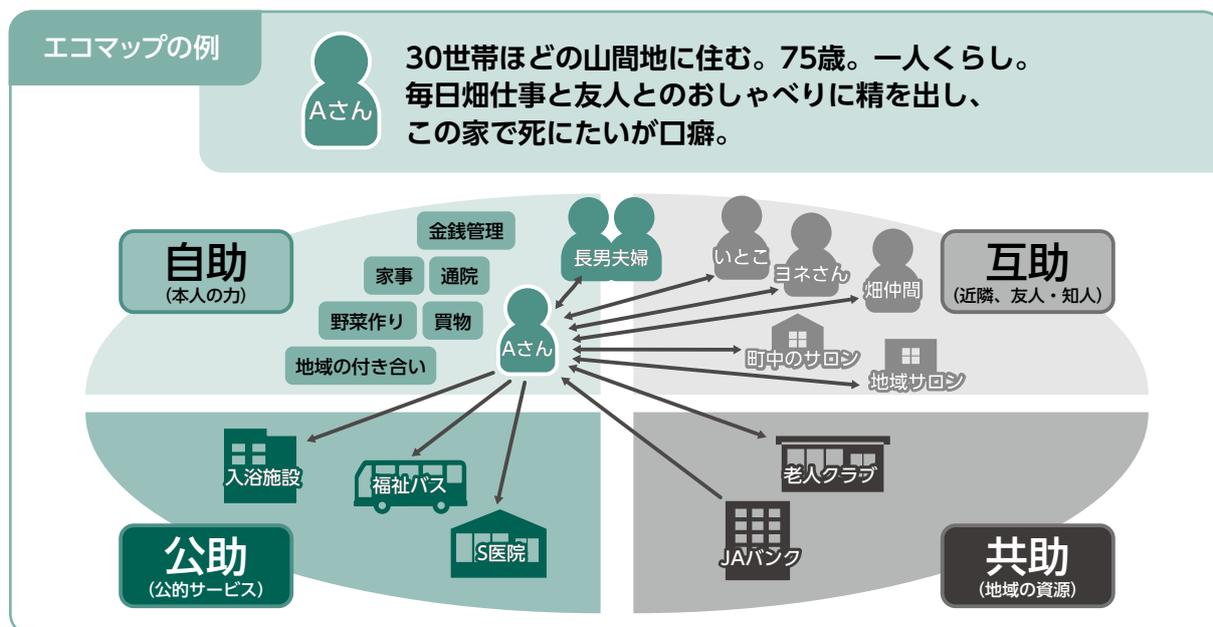
- 事例検討会議を通して、住民と専門職の相互理解をはかり、有効な話し合いを行って協働の効果をあげていくためには、ファシリテーターの役割がとても重要である。
- ファシリテーターは、既存の制度によりかからずできるだけニュートラルに「この人に必要なことは何か」について住民と一緒に考えていくというスタンスが求められる。
- また、とくに住民はこうした会議での発言に慣れていないため、ファシリテーターは専門用語や制度に関する確認や解説を随時行って住民が共通理解の上で話し合いに参加できるように気を配るとともに、住民の意見を引き出すような投げかけを意識する必要がある。
- そして、住民から本人の自立支援につながるキーワードが出てきたときには、それを拾い上げ全体に共有していくような役割が求められる。

#### ④ジェノグラム・エコマップの活用

○住民と専門職が協働で事例検討を行う際には、情報をできるだけ可視化して同じ情報をもとに議論を行うことが重要である。

○具体的には、ジェノグラム・エコマップを活用し、両者が一緒に書き込みながら共通認識をつくっていくような方法が考えられる。（図4参照）

図 4



#### ⑤生活支援のあり方検討シート

○基本情報や生活歴の把握、ジェノグラム・エコマップの作成を通して行ったアセスメントの情報をもとに、課題を整理し、本人のニーズを導き出していくために活用するのが生活支援のあり方検討シート（表3）である。

○このシートは、本調査研究においてモデル事業での事例検討会議のために作成し使用したものであるが、記入方法等について詳しく伝えきれていなかったことや限られた時間での事例検討であったため十分な活用には至らなかった。今後、シートのさらなる検討や活用方法の標準化を図っていく必要がある。

表 3

生活支援のあり方検討シート			
1. 生活支援のあり方を検討する前段階として、基本情報や本人の生活に関するアセスメントから、本人と周囲それぞれに分けて「強み・弱み」を整理してください。			
	強み（プラス面）：良いところ、できること、得意なこと等	弱み（マイナス面）：今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等	
本人			
周囲			
2. 1. の整理をふまえ、今後の生活支援のあり方を検討してください。			
No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応	③今後の対応
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

# 3.

## 専門職と住民の協働による 実践事例

# 3. 専門職と住民の協働による 実践事例

※以下の事例は、モデル地域の検討事例を参考にして、報告書のために作成したものである。

※実際の検討事例は、個人情報のため報告書への掲載は割愛している。

## 3.1 高齢障害者の地域における心地よい一人暮らしの継続を目指した事例

### 3.1.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

○60歳代女性、要支援2

○本人は知的障害があるが、10代後半から現在の借家で一人暮らしを続けている。金銭管理は他市に住む妹が支援しているが、身辺は自立しており、普段の買い物・食事等も自分でできる。

○人とのかかわりは嫌いではなく、日中は、ほぼ毎日通所介護か障害の事業所に通っている。しかし、障害特性から思ったことをすぐに口にしてしまうため、利用者間トラブルが起きている。

○隣家の人に早朝から大声で声をかけるなど生活に干渉するため、大家に苦情が寄せられている。一方で、地域には、民生委員や反対側の隣家の人など、本人を気にかけてくれる人もいる。

○こうした高齢障害者の本人がこれからも地域で一人暮らしを続けるために、モデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

○事例検討では、障害者相談支援専門員から、本人は地域で一人暮らしができる力を持った人であること、表面的な行動だけをみると「よく分からない迷惑な人」に映るかもしれないが、これは障害特性に起因するものなので対応の方法があることと、そのポイントが伝えられた。

○これに対して、民生委員からは、本人の行動の背景が理解できたし、一緒に動いてくれる専門職がたくさんいることが分かったので、「これからは安心して見守りを続けていける。苦情が出ている隣家にも、本人のために見守りに協力してもらえるよう声をかけてみる」との発言があった。

○また、民生委員から、苦情が出ている隣家との関係について、「同じ住民としての立場で見ると、障害の有無は関係なく、この人はただ寂しくて構ってほしいだけではないか」との指摘があり、専門職側に「見方を変えれば、本人は毎日隣家の高齢者の安否確認をしてくれる見守り支援者と位置づけられるかもしれない」との気づきが生まれた。

○さらに、これまで全く別々に動いていた障害福祉、介護保険の事業所職員が、事例検討で顔を合わせたことをきっかけに、本人に対する支援目標や具体的な関わり方を統一するために定期的なカンファレンスを開くことが決まった。これを通じて、利用者間トラブルを減らすことができれば、本人が日中心地良く過ごせる場所を確保することが期待できる。

### 3.1.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( ) 男・女 (67) 歳	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：平成27年〇月〇日～28年〇月〇日（前回の介護度 要支援2）	
障害等認定	身障( )、療育(B1)、精神( )、難病( )	
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無	
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護	
家族構成		
家族関係等の状況	独居。 他市に妹がいて、妹が金銭の管理や契約等の立会いを行っている。	

#### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	10代後半のとき入所施設を出て現在の家で一人暮らしを始める。療育手帳所持。以前は地元企業で働いていたこともあったが、現在は障害福祉サービス事業所に毎日通い、簡単な作業をしている。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	65歳で介護保険に移行してから、それ以前から通っていた障害の就労継続支援B型事業所に加え、週2回、入浴目的で通所介護を利用。通所介護に行かない日は障害事業所に通っているため、昼間はほとんど在宅していない。		
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係 なかなか周囲と良好な人間関係を築くことができずトラブルが多い。

#### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
昭和2x年〇月	てんかん	治療中・経観中・その他	
平成8年〇月	神経症	治療中・経観中・その他	
平成10年〇月	高血圧症	治療中・経観中・その他	

#### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険：通所介護（週2回）、訪問介護（週3回）</li> <li>障害：就労継続支援B型（週4回）、移動支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特になし。</li> </ul>

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯 ・ 65 歳以上夫婦のみ世帯 ・ 本人と単身の子どものみ世帯 ・ その他	
介護者	同居の介護者有 ・ 別居の介護者有 ・ 無 ・ 介護者は不要	
日中独居	有→週( )日程度 ・ 無 ・ 該当しない(単身世帯)	
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	他市に妹がいる。金銭の管理(支払いや通帳の管理)や、契約等の立会いなどは妹が行っているが、月 1 回程度の訪問のため、日常的な支援はしていない。	
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	日中は通所介護か、障害の事業所に通っているため、ほとんど在宅していない。 片付けや掃除ができないため、訪問介護で支援している。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	身のまわりのことはほぼ自立している。 入浴は自宅で入ることは嫌っており、通所介護にて入浴している。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	電話は使用可能。 金銭管理は妹が実施しており、妹から日々の食費や生活費をもらう。 調理は苦手だが、自分で買い物ができるので、食事は買ってきたもので済ませている。買い物内容には偏りあり。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2~3 日に 1 回 ・ 1 週間に 1 回 ・ それ以下
	外出頻度	月( 31 )日程度 ※毎日
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い(その他特記事項)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない 通所介護で思いついたことをすぐに口にしたり、隣家の人に早朝から大声で声をかけるなど生活に干渉するため、周囲とのトラブルが絶えない。
生活上の楽しみ・特技		

### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	(介護保険サービス)通所介護・訪問介護 (障害サービス)就労B・移動支援(外出同行)
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	周囲とのトラブルはあるものの、民生委員や反対の隣家の人は気にかけてくれている。
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人(その他特記事項)	同居の家族 ・ 別居の家族 ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない

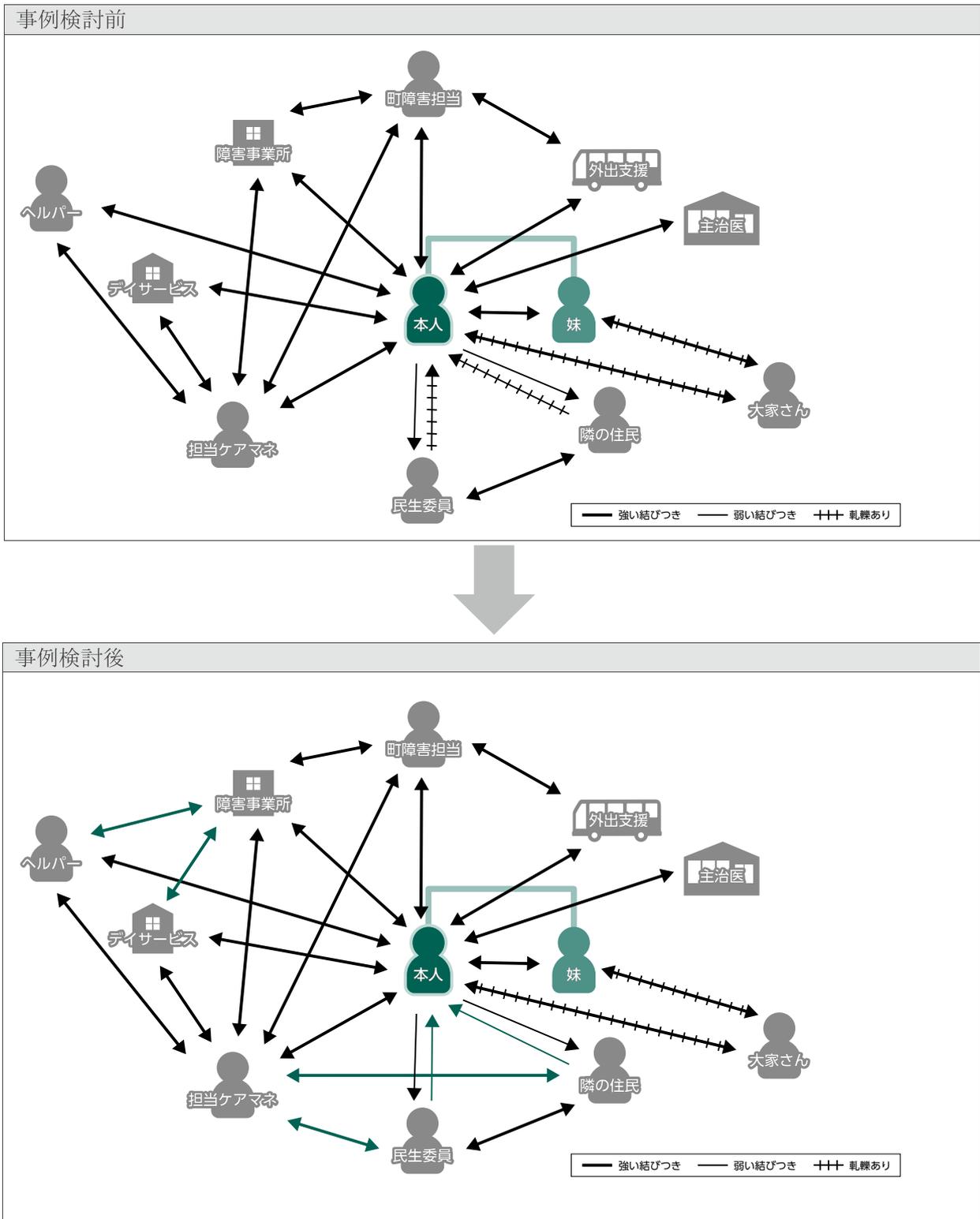
### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

本人	大家さんや近所の人に文句を言われなくて生活したい。 歩いて買い物に行くことは続けたい。 デイサービスや、障害の事業所に通うのは好きだから続けたい。
家族	今の健康状態を維持してトラブルないように生活してほしい。
関係者(専門職)	できるだけ、同じサービス利用者とトラブルを起こさないようにしてほしい。
関係者(地域住民)	大家さんは、隣家からの苦情や家の周りが片付かないことが続くようなら、早く出て行ってほしい。

### d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	住宅地。商店や大きなスーパーもあり、買い物などには便利な場所。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	地域ボランティアや、老人会などの活動も盛ん。
近隣関係等	

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人との関わりが嫌いではない(かまってほしい)。</li> <li>・一度会った人の名前は忘れない。</li> <li>・興味のあることはすすんで取り組む(障害事業所での作業など)。</li> <li>・毎日食事の買い物は欠かさない。食事は作らないが、近所のコンビニまで買いに行ける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が気に入らない相手にはほとんど反発する。思ったことをすぐ口にするためトラブルが絶えない。</li> <li>・物事をしっかりと覚えているため、気分を害したことについてはいつまでも責める。</li> <li>・片付けが出来ない。物にこだわりがあり、ものが増える一方。</li> <li>・調理は多少はできるが、好きではないため、しない。</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・商店や大きなスーパーもあり、買い物などには便利な場所に住んでいる。</li> <li>・民生委員などの見守りの目がある。</li> <li>・密接する貸家群に住んでいるので、隣もよく見えるし、自分の家も近所からよく見える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイペースな暮らしぶりのため、近所からの苦情も多い。それが続くと「今の場所から出て行って欲しい」と声があがることもある。</li> <li>・密接する貸家群に住んでいるので、隣もよく見えるし、自分の家も近所からよく見える。</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	現在の場所で住み続けたい。	<p>○介護や障害のサービス利用で毎日関わりがある。</p> <p>■家の周囲をちらかしたり、隣家の住民の生活に大声で干渉したりするため苦情が多い。</p>	<p>○障害、高齢のコアメンバーによるカンファレンスを行う。</p> <p>■民生委員：本人の障害特性等、行動の背景も理解した上で、見守り支援を行う。隣家の住民に本人の状況について説明を続け、見守り側になってもらえるよう促す。</p>	<p>本人に対する対応や説明の方法を統一し、本人が混乱しないようにする。</p> <p>隣家の住民に「自分が万が一のときの通報者になってもらえるかもしれない」という、本人に対する共生の思いが少しずつ生まれてきている。</p>

### 4) 事例検討の振り返り

#### a. 関係者に期待される変化

本人	「現在の場所で住み続けたい」という思いは変わらないが、同じ目標に向けて専門職や地域の人が同じように説明することから、自分のことをたくさんの人が見守ってくれているという安心感が得られているのではないかと。
家族	別居の妹はあまり手も口も出さないが、現在の周りの支援を知ってもらうことで、家族の立場から自分ができることを考え始め、以前に比べて積極的に関わりも持とうという姿勢が見られている。
関係者(専門職)	介護保険、障害福祉の事業所は別々に動いていたが、直接相談する関係ができあがった。このことで、本人に対する専門職の関わり方を統一することができはじめています。
関係者(地域住民)	本人の生活歴や障害特性を認識したことで、なぜ近隣とうまく付き合えないのか理由が分かり、支援しよう、見守ろうという方向に関わり方が変化してきている。

## b. 協働で期待されるメリット、効果

関係者の話し合いの中で、人に構ってもらうことが大好きな本人の性格を共有し、関係者が変わっても同じ対応をとれるように対応方法を決めて関わることによって、本人は「自分のことをたくさんの人が見守ってくれている」という安心感が得られ、これが本人のストレス解消にもつながるのではないか。その結果、友人・地域とのトラブルとなるような言動が少しでも減り、本人が居心地良く今の地域で暮らし続けられるとよい。

## c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

本人の障害の特性を理解した上で対応方法を考える必要がある。  
本人の身元引受人となっている他市に住む妹にも、今の本人をとりまく支援の状況を理解してもらい、共に考えていく機会をつくる必要がある。

### 3.1.3 事例考察

(専門職の知識やスキルの住民への伝達)

- この事例では、思いついたことをすぐ口にしたり、朝早くから隣人に大声で声をかけ様子を見に行ったりという表面的な行動だけをみると、住民にとって、本人は「よく分からない迷惑な人」になっていた。しかし、障害者相談支援専門員や医師等の専門職が、本人の障害特性について説明し、「この行動の意味は…なので、…と対応すればよい」と対応ポイントを伝えたことで、本人の行動の背景が理解できて「よく分からない」ことに起因する不安が解消され、「この人も地域で暮らす自分たちと同じ住民の一人」と視点の切り替えができた。
- このように、本人にとっては障害特性に起因する当たり前の行動が、近隣住民から「よく分からない迷惑な行動」と捉えられている場合にその状況を変えるためには、専門職は「本人」に働きかけるだけでなく、「本人を取り巻く環境」に働きかける必要があるという気づき、発想の転換が必要である。

(専門職と住民の活動・役割についての相互理解)

- 民生委員は、住民にとって地域の身近な相談相手であるために、本来は専門職が対応すべき相談まで寄せられ、「自分がこの対応を丸抱えしなければならないのだろうか」という不安や負担感を持つことがある。
- この事例では、事例検討会で民生委員が20人近い専門職と一緒に支援のあり方を検討したことで、初めて「自分にはこれだけ多くの専門職が仲間としてついていて」と実感でき、住民である民生委員の活動と専門職の役割は違うので、住民で対応しきれないことは専門職につないで対応してもらえばよいと安心することができた。
- 専門職は、事例検討会のように具体的に目に見える場を設けるだけでなく、日頃から、「何かあればすぐに言ってほしい」と繰り返し伝え、困ったことがあれば専門職がしっかり相談にのり、対応できる準備をしている姿勢を示すことで、民生委員や地域住民の不安や孤立感をなくし、住民も安心して支援にかかわれる雰囲気づくりを進める必要がある。

(専門職間の連携)

- この事例は障害高齢者の事例で、障害福祉サービス、介護保険サービス双方の専門職が本人に

かかわっているが、両者の支援方針が十分共有されておらず、また、障害側の本人の障害特性をふまえた支援のノウハウ等が高齢側に十分伝達されていなかった。専門職と住民との協働を進めるうえで、その前段階として、専門職側の誰が本人の生活全般のマネジメントをするか、専門職間で役割を整理するとともに、それぞれが持つ情報、支援のノウハウ等を共有するなど、専門職間の連携をとる必要がある。



## 3.2 妻が入院して高台に一人で暮らす男性の当面の生活支援と住み替えを検討した事例

### 3.2.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

- 80歳代男性、要支援1
- 本人は、リタイア後にもともと別荘にしていた高台の住まいに妻と2人で移住してきた。家事や近所づきあいは妻に任せていたが、妻の入院に伴い一人暮らしとなり、生活支援が必要になった。
- 道路から自宅玄関まで75段の急な階段を昇降しなければならないが、毎日、妻の病院までお見舞いに出かけ、その帰りに惣菜等を買って家で食事するという生活パターンができています。整容や入浴、更衣等は年齢相応にでき、元大企業の会社員ということもあって、金銭管理や契約行為もしっかりできる。
- 民生委員は精力的に訪問活動をしているが、それ以外の住民とは丘陵地という地形的な影響もあり、なかなかつながりにくい。
- 妻は体調面から退院しても自宅に戻ることは難しいため、有料老人ホームへの入居を検討している。
- こうした状況で、本人がこれからもこの家で一人暮らしを続けるとしたらどのような支援が必要か、モデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

- 事例検討で、担当ケアマネジャーは75段の急な階段という住環境をマイナス要因と捉え、これ以上の一人暮らしは難しいのではないかと課題提起したが、民生委員からは「階段や坂が多いのは、この地域では当たり前の環境。本人は階段を昇降して何とか生活できている」というコメントがなされた。
- そこで、当面、本人がこの家で一人暮らしを続けていくことを前提に、これまでの民生委員の見守りに加えて複層的な見守り体制を築くこととし、地形的に不利な条件はあるものの、隣家の住民が夜に電気がついていないか確認し、新聞配達員がポストに新聞がたまっていないか確認することになった。
- また、食事の確保のために社協の配食サービスを利用していたが、本人は惣菜を買って来られることが確認できたので、配食サービスは中止し、ホームヘルパーが栄養バランスや健康面に配慮した食材の選び方や調理法についてアドバイスしながら、本人が自分で食事を整えるように変更した。
- 担当ケアマネジャーからは、妻の施設入居の検討が進められる中で、本人自身もいずれ施設に入居することになるのだろうか、今暮らしている家にはもう帰れなくなるのだろうかと不安がっているとの情報も提供された。これに対しては、民生委員が「近くの施設であれば、帰りたいたときはいつでも送り迎えするよ」と申し出て、施設に入所しても地域とのつながりが切れるわけではないことを地域住民の立場から本人に寄り添って伝えることになった。

### 3.2.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )		男・女	(84)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限:平成27年〇月〇日~28年〇月〇日(前回の介護度 初回申請のためなし)			
障害等認定	身障(一)、療育(一)、精神(一)、難病(一)			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況 家族構成	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
家族関係等の状況	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</p>			
	妻は今年7月に心不全で入院し、現在も入院加療中。 息子はアメリカ在住。			

#### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	在職中は、大企業の会社員として欧米への海外赴任が多かった。妻が英語講師をしたり、息子がアメリカに20年以上住んでいるなど、バイリンガル一家。 現在の住まいは、もともと別荘だったが、定年退職後に定住を始めた。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	午前中は自宅で過ごすことが多く、午後から妻の病院を見舞う生活を送る。お見舞いには毎日欠かさず行っている。		仕事を75歳まで勤め上げた。 特定の趣味等はない様子。
	時間	本人	介護者・家族
	6:00	起床・朝食	友人・地域との関係 会社時代の友人宅を訪れることはあるが、近所付き合いは地区民生委員が気にかけてくれている程度。
	11:00	お見舞い	
	23:00	就寝	

#### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
平成14年〇月	前立腺癌、前立腺肥大	治療中・経観中・その他	
平成27年〇月	老年症候群	治療中・経観中・その他	

#### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
・訪問介護(家事援助)(週2日)	・社協配食サービス(週3日、月・木・金)

### 2) 生活状況

#### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯・65歳以上夫婦のみ世帯・本人と単身の子どものみ世帯・その他
介護者	同居の介護者有・別居の介護者有・無・介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度・無・該当しない(単身世帯)

家族の健康状態、仕事、役割、関係等	妻は今年7月に心不全で入院し、現在も入院加療中。退院後は、自宅には戻らない見込みで、有料老人ホームへの入居を検討している。妻の入院をきっかけに家事等をするようになった。	
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	毎日お昼前後に自分で車を運転して妻の病院を訪れお見舞いをしている。午後は妻の病室(個室)で過ごすことが多く、17時頃帰宅。帰宅途中のスーパーで惣菜等を買って帰る。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	道路から自宅玄関まで75段の急な階段を昇降しなければならず、身体への影響が大きい。本人は、最近階段の昇降がきつくなってきた、動きが緩慢になってきたとのこと。 食事は社協配食や出来合いの惣菜が中心。整容や入浴、更衣等は年齢相応に行えている。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	元大企業の会社員ということもあり、金銭管理はしっかりしている。介護保険サービスを利用するために利用料の口座引き落としの契約をする際、記入の仕方や個人情報保護について厳しく注文する場面もあり。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日・2~3日に1回・1週間に1回・それ以下
	外出頻度	月(31)日程度
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している・ときどきする・あまりしない・していない
	趣味やスポーツ	している・ときどきする・あまりしない・していない
	友人との付き合い(その他特記事項)	している・ときどきする・あまりしない・していない 現在居住している自宅周辺は丘陵地のため、近所の人との行き来が少ないものと思われる。 もともと海外生活が長く、会社員時代はマンション住まいだったため、近隣の人との交流は少ない。
生活上の楽しみ・特技	現在の楽しみは、妻のお見舞いに行くこと。	

### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	介護保険を今年8月に申請し、「要支援1」の認定を受ける。その後、週2回訪問介護を利用(主に掃除や洗濯、買い物等)。
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	民生委員の訪問や声かけが介護保険サービス利用につながった経緯がある。民生委員の声かけや見守りをとてもありがたく思っている。
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人(その他特記事項)	同居の家族・別居の家族・近所の人・友人・その他・いない 民生委員が、本人の状態を把握するアンテナ役になっている。また、現在は、ヘルパーによるサービスも入っていて、定期的な状態把握がなされている。状態の変化等への対応については、フォーマル・インフォーマル両面から見守りがなされている。

### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

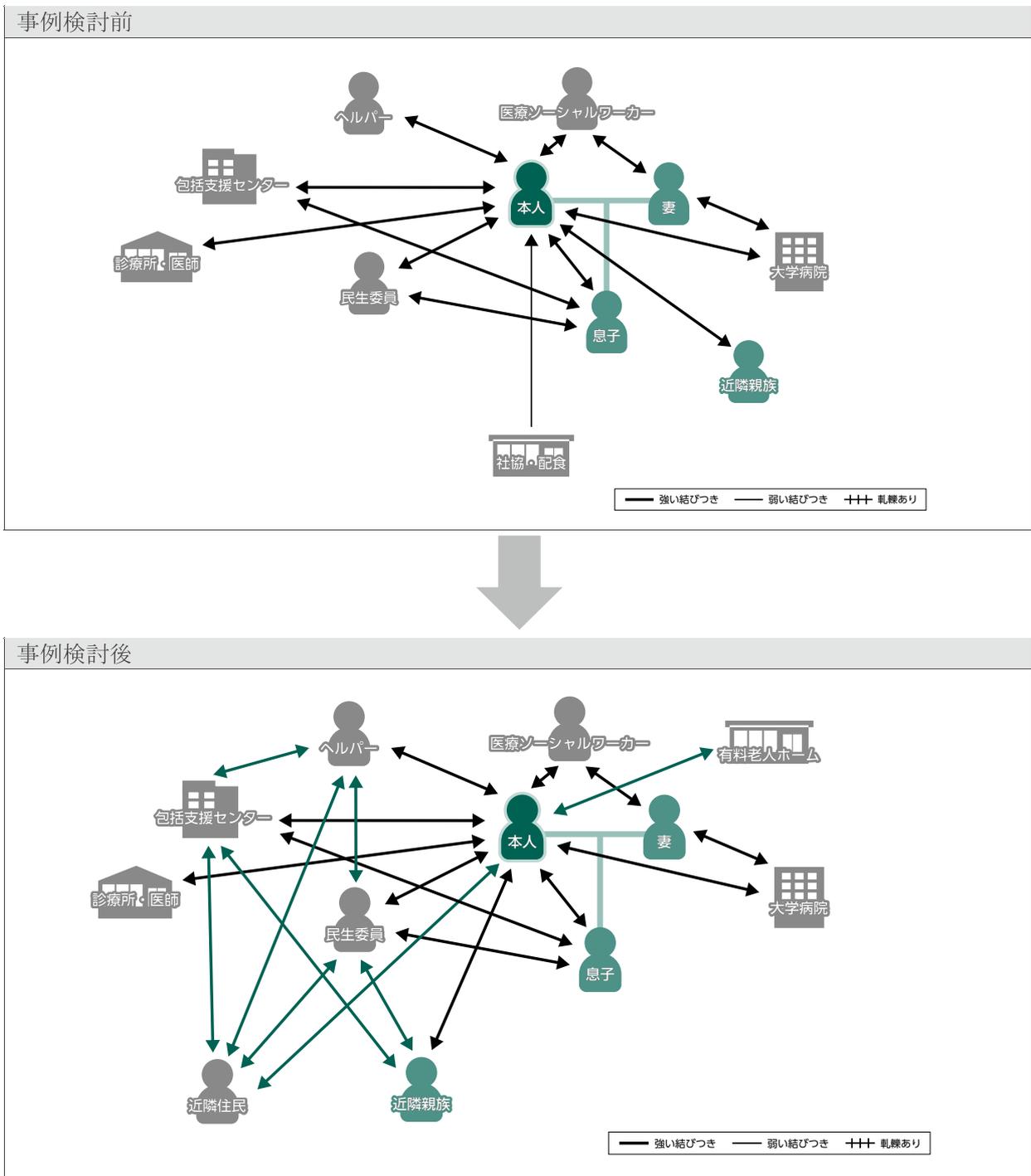
本人	今まで家の中のことは妻に任せてきたので、掃除や洗濯が行き届かない。ヘルパーさんにやってもらえることはとっても嬉しい。
家族	妻の意向は確認できていない。 海外居住している息子は、本人は高齢でもあり、妻が家事全般を行っていた点等を考慮すると、一日でも早く施設(有料老人ホーム・特定施設でも可)に入所してほしい。できれば妻と一緒に施設を希望したいとのこと。
関係者(専門職)	年齢的なことや家事全般を行う機会が少なかったこと等の個人因子的要素はあるものの、環境因子へのアプローチを行うことで、住み慣れた自宅で末永く暮らしてもらいたい。しかし、妻の退院後の暮らしという不確定要素があるため、今後の住まいのあり方については答えが出せていない。
関係者(地域住民)	近隣住民は、本人がサービス利用を受け入れたことについて比較的好意的に思っている様子(ヘルパーが訪問途中で声をかけてもらえることから推測)。し

かし、支援者の動きを見ているということは、本人の在宅生活の限界点を見定めているのではないかと考えられる。

d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	別荘等が多い丘陵地のため、一軒一軒の距離が離れており、また、高低差があつて多数の階段や坂を上らなければ、生活ができない。身体が健康でなければ、生活維持は難しい。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	民生委員が精力的に訪問活動等を実施している。しかし、地域ぐるみでの福祉的な取り組みがされているとは考えにくい。
近隣関係等	地形的な影響から、積極的な近隣関係は築きにくい。また、自宅内での出来事に関して他者が関与しにくい状況にある。

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅までの75段の階段が昇降できる。</li> <li>・自動車の運転ができる。</li> <li>・入院中の妻のお見舞いに行けることで、心の安定がある。</li> <li>・軽いものであれば買い物ができる。</li> <li>・昔の経験を活かし金銭管理や契約行為も十分行える。</li> <li>・訪問介護等、市場サービスを購入(利用)できる。</li> <li>・自分ができないことを素直に認め、他者の支援を求めることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・惣菜等の買い物は健康に気を付けたものではなく、嗜好に偏りがちである。</li> <li>・本人希望の掃除箇所は大掃除的要素が強いため、自分では対応できない。</li> <li>・買い物や掃除等、生活上の行為が、先を見越してのものではなく、場当たりのになっている。</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員の声かけ等がある。</li> <li>・近隣住民は、遠巻きではあるものの、本人の存在(妻が入院し一人暮らしで頑張っている等)は把握している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急連絡先となる親族はいるが、直系家族ではないため、有事の対応等に不確定要素が多い。</li> <li>・妻の身体状況によって今後の住まい方が変わってしまう等、自分ではどうしようもない不確定要素がある。</li> <li>・本人の安否確認を行う人が限定的で、ご本人の生活を複数の地域の目で見守ることができていない。</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	自宅での生活を継続したいが、掃除や洗濯に困っている。	○介護保険による訪問介護サービス	○介護保険による専門的支援の継続 ■民生委員を中心に積極的な声かけ	地域ケア会議に民生委員が出席することで、役割が明確になった。
2	バランスの良い食事をしたい。	○社協での配食サービス利用	○食の確保と言う観点だけでなく、生活者としての支援 ■民生委員を中心に、ヘルパーとコミュニケーションを図り、それぞれの立場で支援	地域住民からヘルパーに、お店の情報提供や本人が日頃の生活で話していた内容等を伝える等、専門職と地域住民が一体となって、しかもそれぞれの立場でご本人を支える体制を構築する。
3	妻の退院後の居住先を決めたい。	○大学病院ソーシャルワーカーと包括が連携して施設を含めた居住先の選定	○ソーシャルワーカーによる居住選定 ■民生委員によるアドバイス	民生委員の「ホームに入っても、帰りたいときはいつでも送り迎えしてあげる」という一言が本人の不安を解消させた模様。

## 4) 事例検討の振り返り

### a. 関係者に期待される変化

本人	今までは妻を通して「地域」とつながっていた感があるが、自らを「地域での生活者」として位置付け、主体的に地域で暮らす意味を考えることができたのではないかな。
家族	海外に居住する息子は、近隣住民に支えられながら「地域」で暮らす親の姿を見ることで、「高齢者＝施設」一辺倒ではなく、地域で暮らす可能性についても考えられるようになるのではないかな。
関係者 (専門職)	本人を支援するのは専門職だけと考えがちだったが、「地域」を意識することで、近隣住民等も「傍観者」ではなく「支援者」になりうるということに気づききっかけになる。 また、地域の物的資源としての「入所施設」をどう活用するか、自宅との二項対立でない形で考えるきっかけになる。
関係者 (地域住民)	専門職と民生委員を中心とした地域住民の役割分担が明確になることで精神的負担感が軽減され、身の丈にあわせて自分ができることをすれば、それがそのまま本人の支援になることを実感できるのではないかな。 本人との距離だけでなく、専門職との距離も縮まり、他のケースでも専門職にすぐに助けを求められる基盤づくりの第一歩になるのではないかな。

### b. 協働で期待されるメリット、効果

関係者それぞれと役割と位置関係が明確になったことで、支援を面としてつないだり、支援が重複することを防いだりして、本人の地域生活を中心に置いたより効果的な支援が展開できるようになる。  
また、今回の事例を通じて、専門職と住民相互に、どうつながり協働すればよいか体験できたので、今後同じようなケースが発生した場合でも、初動対応やチーム構成が容易になることが期待される。

### c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

今回の事例では、専門職が、階段や坂が多い、妻が入院中で先の見通しが立てにくいといった「環境因子」に気をとられ、本人を「生活者」としてアセスメントすることを怠っていた。事例検討を通じて、本人を「要支援者」としてではなく、地域の「生活者」として捉え直すことができた気がする。  
また、「別荘居住者＝地域と疎遠」という先入観にとらわれ、本人や地域の力を過小評価したことが、結果的に本人の地域での生活をあきらめる方向での支援計画立案につながった。本人や地域を評価する際には、それぞれの課題だけでなくストレングスにも着目し、また相互の関係性に目を配ったうえで評価を進めるべきであると感じた。  
今後、関係者、特に専門職が実施しなければならないことは、本人を「力のある」「生活者」として評価すること、また、この評価の視点を本人にかかわる専門職全員で共有することである。

## 3.2.3 事例考察

(地域づくりへの意識)

- 専門職は、この事例の「住まいまでに階段が多い」という住環境をマイナス要因と捉えていたが、事例検討会では、民生委員から「住まいまでに階段や坂が多いのは、この人に限らず当たり前の生活環境である。本人は階段を昇降して生活できている」という指摘があった。
- しかし、この事例は夫婦での有料老人ホーム入居が視野に入っていたため、民生委員の指摘を受けても、専門職は「高齢者が階段や坂が多い地域で生活を続ける」ことを、地域に共通する課題として受け止めきれなかった可能性がある。専門職は、そこに暮らす住民から見えている「地域」のありようを大切に、施設入所が視野に入っている要支援の人も、現実にこの地域で生活し続けていることをふまえて、「高齢者が階段や坂が多い地域で生活を続ける」ことを「地域で先送りできない課題」と捉え直し、住民に投げかけ、地域での助け合い活動や身近な居場所づくり等につないでいけるとよい。

(本人を中心に、それまでの暮らしと連続した支援)

- 本人は、もともと自宅と別荘の2つの家で暮らしており、今後も、有料老人ホームと現在の自宅(元別荘)の2つの家で暮らす見込みである。民生委員の「ホームに入っても、帰りたいときはいつでも送り迎えしてあげる」という言葉は、本人が2つの家で暮らすという生活スタイルを維持できるという見通しを持つことに大きな力となり、ホーム入居の不安解消につながった。
- 専門職は、こうした民生委員の支援があることを大切にし、本人のそれまでの生活スタイルを尊重しながら、一方で、現実的に、現在の自宅をどうするか、ホーム入居後の建物管理、家財の整理等について、本人が計画的に考えるよう促すことが望まれる。

(要支援者にも住民としての役割を)

- 施設入所等で住み替えをした後に自宅の整理をどうするかは高齢者に共通する課題で、この事例は先行するモデルケースともいえる。本人は大企業の元社員として様々な知見を有しているので、地域の住民に対して、住み替え先を選ぶときのポイント、契約時の心得、住み替え時の財産整理、遺言書の作り方等を先輩として話してもらおう等、地域とつながるためのプラスの材料に活かしていけるとよい。

(サービスありきでない専門職の役割)

- この事例では、バランスの良い食事をしたいという本人ニーズに対して、当初、とりあえず食事の確保ができればよいという視点で社協の配食サービスが提供されていた。しかし、事例検討会で、本人は「健康に気を付けたものではなく嗜好品を買うことが多いが、軽いものであれば買い物ができる」という強みが明らかになったため、地域住民が買い物内容に応じたお勧めのスーパーや惣菜の価格の相場感等の情報を提供し、ホームヘルパーは栄養バランスや健康面に配慮した食材選びや調理法についてアドバイスすることで、嗜好に偏らずバランスよく惣菜を買ったり、簡単な調理をしたりできるようになった。
- 専門職は、サービスありきではなく、本人の力を引出し、生活の主体として地域で暮らし続けることをサポートするという姿勢が重要である。

### 3.3 骨折で地域や友人とのつながりが切れそうになった一人暮らし女性に支援を追加し生活を維持した事例

#### 3.3.1 事例のポイント

##### 1) これまでの経過

○70歳代女性、要支援1

○本人は、25年前に夫を亡くしてから一人暮らしをしている。姉・弟とは関係が良好で、趣味の大正琴の仲間や毎日通う接骨院の顔見知り等とも楽しく人づきあいをしていた。また、足が悪く杖歩行ではあるものの、自分でできない重いものの買い物等は近隣ボランティアの助けを借りながら、ほぼ自立した生活ができていた。

○しかし、今年10月に足を骨折したことをきっかけに、大正琴の講座にも接骨院にも通えなくなり、近くのコンビニへの買い物や地域でのゴミ当番（集積所の片付け）もできなくなった。

○そこで、本人のこれまでの地域や友人とのつながりを維持できるよう、どのような支援を追加すればよいか、モデル事例検討が行われた。

##### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

○事例検討では、担当ケアマネジャーから、買い物が困難になったので、毎日配食サービスを利用し、バランスの整った食事と専門職の見守り体制を整えたことの報告があった。

○続いて、「本人は地域のゴミ当番ができないことをとても気にしている」という課題提起がなされた。これを受けて、町内会の役員からは「骨折しているのだから、ゴミ当番は免除したらよいのではないか」という提案があったが、民生委員からは「本人は支援を受けることに気兼ねしているところがある。本人から役割を取り上げたら、さらに落ち込まないだろうか」という懸念も示された。

○そこで、担当ケアマネジャーが「本人の骨折の状況からみて、何とか集積所まで出かけることはできそう。本人ができない片付け作業と一緒に手伝ってもらえないか」と専門職としての見立てを伝えたところ、近隣ボランティアが協力してくれることになった。

○また、骨折が治るまでは趣味の大正琴や接骨院には通えないため、担当民生委員がこれまで以上に気かけ、声かけなどを頻回にしてくれることになった。

#### 3.3.2 事例概要

##### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )		男・女	(75)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限:平成27年〇月〇日～28年〇月〇日(前回の介護度 なし)			
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・遺族年金			

家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性          ●■=死亡、☆=キーパーソン          主介護者に「主」          副介護者に「副」          (同居家族は○で囲む)</p>
家族関係等の状況	夫は25年前に他界。子どもはいない。 市内に姉と弟が住んでいる。

### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	市内生まれ。21歳で結婚し、事務員の仕事をしていた。 現在の住居には約30年前から住んでおり、転居後、しばらくして夫は他界し、一人暮らしをしている。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	杖歩行。		<ul style="list-style-type: none"> <li>趣味: 大正琴(福祉会館で1回/2週の頻度、今秋からお休み中)</li> <li>楽しみ: 歩くこと(散歩)</li> <li>特技: 習字</li> </ul>
	時間	本人	介護者・家族
	5:00	起床	友人・地域との関係 近隣に友人は少ない。 遠方にある福祉会館には友人がいるが、今は行けていない。 高齢者ふれあい給食会(1回/2月)など地域の行事には参加している。
	6:00	朝食 ラジオ・テレビ	
	12:00	昼食 ラジオ・テレビ・ 散歩	
	17:00	夕食	
	20:00	就寝	

### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
平成16年○月	高血圧症 高脂血症	治療中・経観中・その他	
平成21年○月	糖尿病	治療中・経観中・その他	
平成27年9月	転倒	治療中・経観中・その他	
平成27年10月	右足小指等骨折	治療中・経観中・その他	

### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
・介護保険の訪問介護(週1日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配食サービス(毎日)</li> <li>・重たい買い物時の近隣ボランティア</li> </ul>

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯 ・ 65歳以上夫婦のみ世帯 ・ 本人と単身の子どものみ世帯 ・ その他
介護者	同居の介護者有 ・ 別居の介護者有 ・ 無 ・ 介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度 ・ 無 ・ 該当しない(単身世帯)
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	25年前に夫を亡くす。子どもはいない。市内に姉・弟がおり、姉とは毎朝メールのやりとりをしている。弟や弟嫁とも交流はある。
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	午前中は、毎日接骨院に行っていたが、10月に右足小指等を骨折し、接骨院は休んで、整形外科へ通院となる。 自宅からバスで1時間くらいの福祉会館で、大正琴の講座に通っていたが、9月の転倒以降休み。

	日中はラジオ・テレビを視聴し、夕方ごろ杖をつけて自宅周辺を散歩していた。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	ほぼ自立。足が悪く、立ち上がりに時間がかかる。動作もゆっくり。 外では、杖歩行。杖がないとふらつく。家の中では、家具等に掴まり歩行。 入浴は誰かがいる時でないとは湯船には入らず、一人のときはシャワー浴。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	ほぼ自立。買い物は近くのコンビニが主。今回の骨折後は、コンビニには行けていない。重いものの買い物は、近所のボランティアをお願いしている。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2~3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ それ以下
	外出頻度	月(31)日程度 ※毎日
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ していない
	(その他特記事項)	近隣での友人付き合いは少ないが、人と接すること自体は好きな人である。 姉・弟とのつながりはきちんとある。
生活上の楽しみ・特技	大正琴、歩くこと、習字。	

#### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	月1回自費のヘルパーを利用していたが、骨折に伴い、今後は、介護保険で週1回ヘルパーを利用(掃除・買物)、配食サービスを利用することになった。
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	担当民生委員との関わりに加えて、同学区内の他の民生委員と昔からの知り合いで相談など気軽に乗ってもらっている。ボランティアに買い物を時々依頼している。 ふれあい給食会にも楽しく参加している。
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人	同居の家族 ・ <u>別居の家族</u> ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない
(その他特記事項)	

#### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

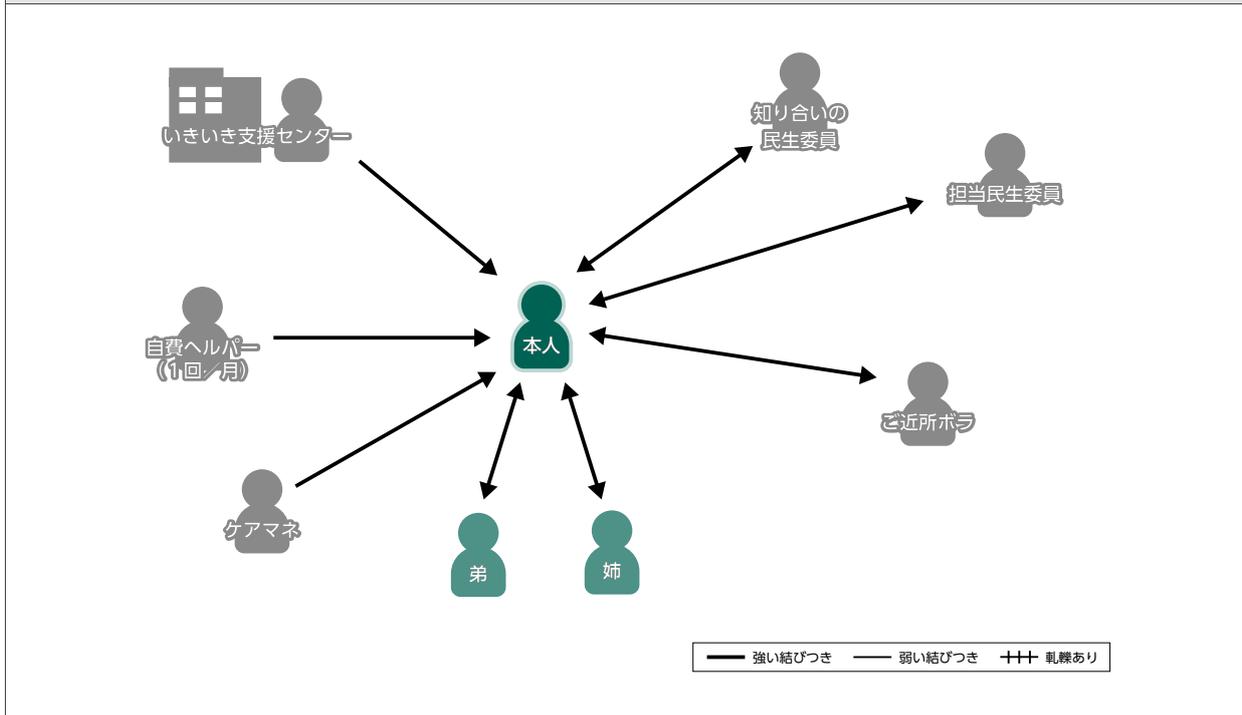
本人	よく転倒する。足の調子が悪く、すぐに立ち上がれない。 重いものは持てない。 ゴミ当番ができない。しなければいけないと思っているが、一人では困難。
家族	
関係者(専門職)	制度の狭間のサービス(ちょっとした困りごとなど)を住民福祉サービスで支援されると安心して過ごせると思う。
関係者(地域住民)	住民の支援はあるが、本人は気を遣っているところもある。

#### d. 本人が居住している地域の状況

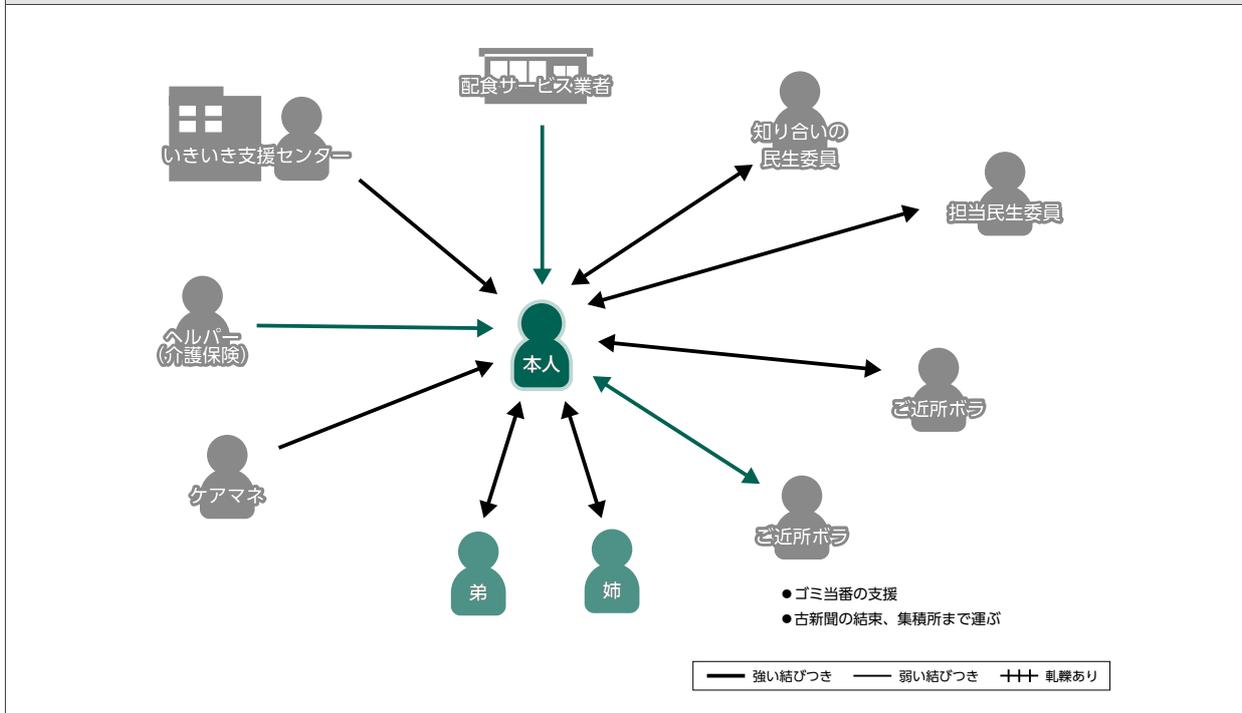
地域の特徴	区を南北に縦断する国道があり、東西で生活圏が分かれる。 近隣には、コンビニはあるが、スーパーがない。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	民生委員の一人暮らし高齢者の訪問や、ふれあい給食会が開催されている。 学区として、地域支えあい事業を実施している。
近隣関係等	近隣での交友関係は少ない。

e. 社会資源関係図（エコマップ）

事例検討前



事例検討後



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ずっと続けている好きな趣味がある。(大正琴・習字)</li> <li>・人当たりがよく、お話好き。</li> <li>・近くのコンビニまでなら買い物に出かけられる。</li> <li>・歩くことが好き。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・よく転倒する。</li> <li>・歩行にふらつきあり。</li> <li>・立ち上がりに時間がかかる。</li> <li>・重いものが持てない。</li> <li>・ごみ当番ができない。</li> <li>・支援を受けることに気を遣ってしまう。</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご近所に重い買い物支援をしてくれるボラがいる。</li> <li>・地域のふれあい給食会に参加している。</li> <li>・担当民生委員以外にも、昔からの知り合いでもある民生委員がいて、気軽に相談にも乗ってくれる。</li> <li>・姉・弟ときちんとつながっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣での友人は少ない。</li> <li>・趣味活動の場である福祉会館が遠方である。</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、 困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた 望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、 または、変えなかった理由
1	健康のため、安全に散歩を行いたい。	特になし。	○介護保険サービスでのリハビリ	整形外科での歩行指導で近隣を散歩できるようになったため、現時点で介護保険でのリハビリは未利用。
2	できない家事(買い物、掃除等)がある。	○自費ヘルパー利用 ■ちょっとした買い物のボラ	○介護保険でのヘルパー利用 ■臨時・緊急的な買い物支援	本人の身心ともに負担を軽減するため。
3	年数回の住宅のゴミ当番を一人では困難と感じている。	特になし。	■一緒に、ゴミ当番を実施。	本人の地域での役割を続けたいと思う気持ちを大切に感じたため。このことには、ご本人が一番喜んでいる。
4	新聞などをまとめられず、また、集積所に持ち込めない	○新聞などのまとめ	■集積所に新聞の束を運ぶボラ	本人の身心ともに負担を軽減するため。

### 4) 事例検討の振り返り

#### a. 関係者に期待される変化

本人	住民活動としての民生委員、ボランティア、専門職としての地域包括支援センター職員、ケアマネ、ヘルパー、配食サービス事業者と関わる人が増え、感謝している。これまで、地域の人をお願いすることに対し、気を遣っていたところもあったが、元気になっていつかボランティアとしてお返しをしたいという気持ちの変化が現れた。
家族	
関係者 (専門職)	これまで以上に地域住民活動をよく理解することができた。 地域包括支援センターと地域住民との連携が、これまで以上に深まった。
関係者 (地域住民)	専門職との話し合いにより事例対象者に対する全体での支援体制が把握できた。

## b. 協働で期待されるメリット、効果

専門職は、ふだん本人や家族から本人の状況を聞くことが多いが、今回、地域住民からの聞き取りによって、ふだん以上に対象者の生活状況を幅広く把握できた。

また、住民は、介護保険サービスなどの利用状況を把握することにより、住民主体の福祉活動の範囲や役割を理解したうえで、福祉活動が実施できるようになった。

専門職と住民が協議・連携を深めたことにより、対象者の支援体制が明確になりかつ、支援に対する厚みが増した。

## c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

この地域は住民福祉活動の基盤が概ね整った地域だったため、専門的援助と住民主体の福祉活動の協働がうまくなされたが、基盤が整っていない地域での協働には課題を感じる。

今回は、地域住民による相談窓口が専門的援助と住民主体の福祉活動の両者をつなぐ場となり、社会福祉協議会が専門職と住民の橋渡しを行うことができたが、今後、こうした場を他の地域でも確立していくことが求められている。

### 3.3.3 事例考察

(本人ができることを大切にす)

○この事例では、ゴミだし当番が身体的に負担になり始めたが、地域住民の役割として続けたいという本人の思いを汲んで、当番を免除するのではなく、一緒にやってくれるボランティアをマッチングした。

○住民の助け合い活動が進んでいる地域では、住民が本人のために良かれと思い、先回りして本人ができることまで取り上げていくことになるおそれがある。住民同士ではその危険性に気づかなかったり、気づいて指摘すると反発が出て気まずくなることもあるので、専門職が「本人ができることは自分でやって、できないことを住民に助けてほしい」と説明すると、本人も住民も自らの強みを発揮し、地域で自分らしく生活を続けていくことができる。

(要支援者にも住民としての役割を)

○この事例では、本人には、ゴミだし当番を手伝ってもらう一方では気を使うし心苦しい、お返しに何か地域の役に立ちたいという思いがあった。本人は、大正琴や習字等ができるので、サロンで演奏してもらったり、地域の行事の看板や広報誌で字を書いてもらう等、地域とつながり貢献できる場を専門職がうまく用意できるとよい。

○このように能力の高い住民は、要支援者として地域から一方的に見守られ支えられるだけでなく、その能力を活かして地域で活躍できる場を用意し、住民同士が互いに役立ちあう仕組みを作っていけるとよい。

○専門職も地域に戻れば一住民なので、住民の助け合い活動等がこれから立ち上がる地域では、立ち上がりの原動力として、住民として専門職を活用し、協力を得ることも一案である。

(専門職と住民の活動・役割についての相互理解)

○この事例は、住民として、担当民生委員、担当ではないが顔見知りの民生委員、時々買い物を依頼するボランティア等、専門職として、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャー、ホームヘルパー等がかかわっている。今回の事例検討会で、本人を支える多様な主体が顔を合わ

せ、それぞれの役割を確認するとともに支援の全体像を共有できたことで、今後はより効果的な支援が展開されることが期待できる。



## 3.4 手厚い介護保険サービス利用の一方で住民による重層的な支援が明らかになった事例

### 3.4.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

- 80歳代女性、要支援2
- 本人は、ADL、IADL はほぼ自立して、市内に暮らす長女の助けも得ながら一人暮らしをしている。ただ、腰痛や下肢筋力低下を抱えているため、外出の機会が少なく閉じこもり傾向にある。
- こうした本人の生活を支えるため、介護保険サービスとして週2回の通所介護と週3回の訪問介護が導入されているほか、電話でも気軽に相談できる民生委員による見守り体制が構築されている。
- 今回は、この事例のような心身の状態像の要支援者が地域で暮らすための支援として、現在のサービスは適切かについてモデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

- 事例検討では、民生委員から「長女と民生委員は良好な関係にあり、連絡を取り合いながら本人を見守っている」、近隣の夫婦から「訪問介護のヘルパーさんがゴミ出しをするプランになっているが、実際にはご近所の自分たちがゴミ出しをしている」といった、担当ケアマネジャーが知らなかった本人の生活を支える様々な情報が寄せられた。
- また、担当ケアマネジャーはこの地域にはサロンがないと考え、地域から離れた通所介護をプランニングしていたが、町内会長から「喫茶店での自然発生的な集まりがあり、本人も時々顔を見せている」「学区内のお寺がサロンを立ち上げようとしている」といった情報も寄せられた。
- 本人は5年以上介護保険サービスを利用しており、今後も継続を希望しているため、すぐに利用をやめることは難しいが、担当ケアマネジャーは地域から寄せられた本人を直接支える人的資源、本人が暮らす地域に潜在する社会資源の存在をふまえ、支援計画の中長期的な見直しの必要性を住民から気づかされる結果となった。

### 3.4.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )	男・女	(89)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限:平成27年〇月〇日~28年〇月〇日(前回の介護度 )		
障害等認定	身障(3)、療育( )、精神( )、難病( )		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		

家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</p>
家族関係等の状況	夫と長男は亡くなっている。亡くなった長男の嫁とは折り合いが悪い。長女は健在で関係良好、支援も受け入れている。

### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	<p>21歳で結婚し、専業主婦として過ごす。夫が定年退職後は、夫婦で国内各地を旅行するなど穏やかな生活だった。</p> <p>平成8年に重い荷物を持った時に腰痛が出現し、整形受診を続けたが回復が見られず、脊椎専門医から手術を勧められ、翌年実施。3ヶ月程の入院リハビリで歩行は多少改善され、今日に至る。</p>		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	<p>6時に起床。朝食後洗濯など家事を行う。入浴後、22時に就寝。</p> <p>ひとり暮らしで人と話す機会が少ないためか、ヘルパーや民生委員などが訪問すると色々話をする。</p>		娘や孫が来てくれること。
	時間	本人	介護者・家族
			<p>近隣に住む民生委員に困ったことや不安なことがあると電話で相談し、支援してもらっている。</p> <p>近所付き合いは夫が積極的に行い、本人はあまり付き合いがなかった。</p>

### b. 現病歴・既往歴と経過

年月	病名	経過	治療中の場合は内容
平成12年	第12胸椎圧迫骨折	治療中・ <u>経観中</u> ・その他	
平成18年○月	両膝変形性関節症	治療中・ <u>経観中</u> ・その他	
平成23年○月	頸椎症	治療中・ <u>経観中</u> ・その他	

### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
週2回: デイサービス(火・金) 週3回: ホームヘルプ(月・水・土) 福祉用具貸与(スロープ・歩行器)	民生委員による見守り・支援 地域支えあい事業によるゴミ出しボランティア

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	<u>単身世帯</u> ・ 65歳以上夫婦のみ世帯 ・ 本人と単身の子どものみ世帯 ・ その他
介護者	同居の介護者有 ・ <u>別居の介護者有</u> ・ 無 ・ 介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度 ・ 無 ・ <u>該当しない</u> (単身世帯)
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	夫と長男は死去。 市内在住の長女が主介護者だが、他市でフルタイムで働いているため、平日は忙しい様子。親子関係は良好。

ふだんの暮らし、週単位以外の活動	下肢筋力低下などにより、外出の機会が少ない。家の中で一人で生活している。本人は以前から動くのを億劫に感じる事が多く、閉じこもり傾向が見られる。最近では、玄関の鍵をかけるのにも歩みが遅くなり苦労しているとのこと。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	過去に脊椎の手術をしたり、下肢筋力が低下しているため、家の中には手すりや踏み台など歩行を支援する環境が整っている。家の中では転倒をしないよう気を付けながら移動している。 ポストに行く足下が不安定なので、工事をしてもらったところ。 その他のことも1人でやっている。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	負担の大きい家事(居室・浴室・トイレの掃除や買い物)は、基本的にはヘルパーが行うが、自分でできる身の回りのことは自分で行う。 ガスコンロは火の始末が危ないためIHに変える手配をしている。これにあわせて、調理台の高さも本人に合った低いものに変える予定。 電話は自分で使い、気になることがあると家族などの支援者に連絡をしている。	
社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2~3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ それ以下
	外出頻度	月(10)日程度
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ <input type="checkbox"/> していない
	趣味やスポーツ	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ <input type="checkbox"/> していない
	友人との付き合い(その他特記事項)	している ・ ときどきする ・ あまりしない ・ <input type="checkbox"/> していない 近隣に住む民生委員に、何かあると電話をかけ相談をしている。 美容院や近くのドラッグストアにシルバーカーで1人で出掛けることもある。
生活上の楽しみ・特技	娘や孫の来訪を楽しみにしている。 お話し好き。	

#### b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	介護保険で、週2回(火・金)のデイサービスと週3回の訪問介護(月・水・土)、福祉用具貸与でスロープと歩行器を利用。
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	担当民生委員の見守り 地域支えあい事業によるゴミ出しボランティア
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人(その他特記事項)	同居の家族 ・ <input type="checkbox"/> 別居の家族 ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ <input type="checkbox"/> いない

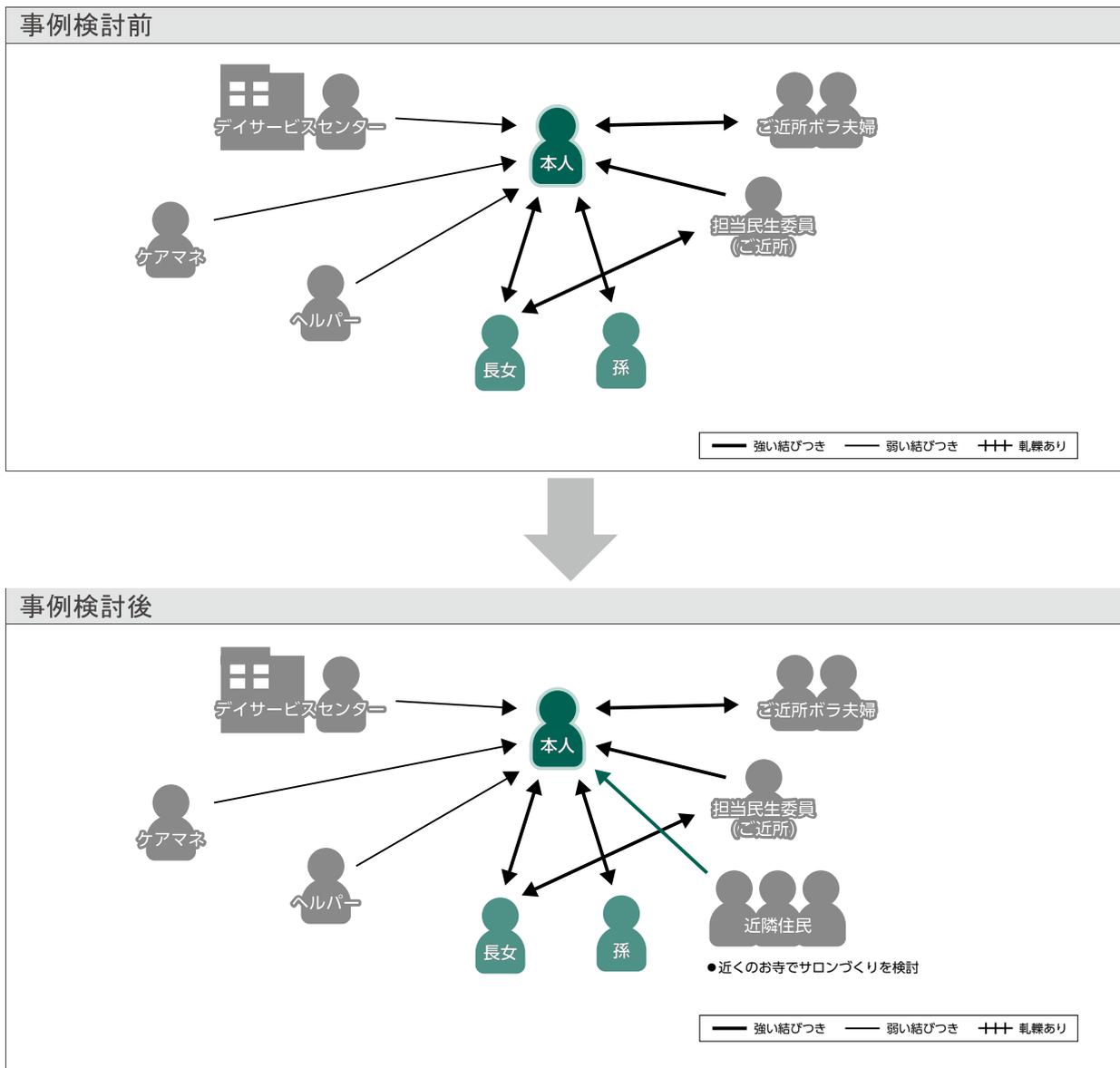
#### c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

本人	色々な支援を受けながら、転倒に気を付けて、自宅で暮らしていきたい。
家族	
関係者(専門職)	外出機会が減って筋力低下や閉じこもり傾向があるため、デイサービスには出来る限り休まないよう利用して、リハビリを行ったり他の利用者とは話をする機会を作る。
関係者(地域住民)	

#### d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	旧来からの古い街並み、新しく開発された高層住宅地等、新旧入り交じっている。また、田んぼや畑もあちこちで見ることができる。旧来から居住している住民は、学区への思い入れが強く、地域のために動いてくれる人も多い。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	近隣住民が集まるたまり場は2か所あるが、仲間同士のクローズドな集まりとなっているのが現状。近くのお寺が交流イベントを行うなど地域開放の傾向がある。学区のコミュニティセンターは遠い。
近隣関係等	ご近所としての見守り関係はあるが、頼りにできるほどの仲の良い友人はいない。

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まじめ</li> <li>・用心深い</li> <li>・器用</li> <li>・話好き</li> <li>・行動力がある</li> <li>・小物作りが好き</li> <li>・リハビリを続けたい気持ち強い</li> <li>・携帯電話に興味がある</li> <li>・一人で出かける場所がある(床屋、ドラッグストア)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒の不安が大きい</li> <li>・気になったら確かめないと気が済まない</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守ってくれるご近所ボランティア夫婦がいる。</li> <li>・長女が協力的(家族の関わりがある)</li> <li>・民生委員と長女の連携ができています</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・亡くなった長男の嫁と折り合いが悪い</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	外出したい	○デイサービス	○デイサービス ■ふれあいいいききサロン	○長年の利用で関係も深く、リハビリを続けたい本人の希望が強いため、このまま利用したい。 ■現在は近くにない。 →今後近くのお寺でサロン開設に向け、住民による協議・調整をする。
2	話したい	○デイサービス ■ご近所での話し相手	○デイサービス ■ふれあいいいききサロン	○長年の利用で友人関係も深く、このまま利用したい。 ■現在は近くにない。 →今後近くのお寺でサロン開設に向け、住民による協議・調整をする。
3	ごみが出せない	○訪問介護	■ご近所ボラによるごみ出し	○ヘルパー派遣の時間に収集時間が合わず、友好的関係が築けているご近所ボラがいるため対応。
4	ちょっとした困りごとに対応できない	■民生委員の訪問による対応	■民生委員の訪問による対応	■友好的関係が築けているため継続。

### 3.4.3 事例考察

(本人の生活実態をおさえる)

○本人の状態像をふまえると、ここまで公的サービスを入れなくても生活できるのではないかと  
思われる事例である。本人は、民生委員による見守りやゴミだしボランティアの支援を受けて、  
近所のドラッグストア等に一人で行けるなど、地域の中で体調に折り合いをつけながら生活  
できているにもかかわらず、専門職がその生活実態を押さえないまま、デイサービスやホーム  
ヘルプを導入し、サービスを入れるほど本人が地域から遠ざかっていってしまっていることも  
考えられる。

○この事例から、専門職がかかわることは、それまで本人が地域で営んできた暮らし、住民をは  
じめとした社会関係、人間関係の代替にはなりえないことを再確認したい。「外出したい」と  
いう本人ニーズに対して、近くのお寺でサロンの立ち上げにむけた協議が始まっており、今後、  
民生委員以外にも地域でのつながりが広がることが期待される。

(地域の再アセスメント)

○本人は主婦だったので、デイサービスの友人以外にも PTA や地域とのつながりは持っている可  
能性がある。専門職の持つ断片的な情報で決めつけるのではなく、地域とのつながりという視  
点から、本人の自宅近隣 30m 圏内や自治会、班の構成がどうなっているか等を確認し、住民か  
ら「本人は昼間全く家にいないから、つながりようがない」という気づきの言葉が引き出され  
ば、そこから「本人が昼間家にいてつながれる場があったらよい」という気づきにつながり、  
住民主体でのサロン等の資源開発へも展開しうる。

## 3.5 糖尿病患者個人の服薬管理の課題から地域全体での糖尿病対策の取り組みが提案された事例

### 3.5.1 事例のポイント

#### 1) これまでの経過

- 70歳代女性、非該当
- 糖尿病の本人と糖尿病と交通事故の後遺障害を抱える要介護の夫の高齢者夫婦のみ世帯である。身辺は自立しており、毎日セニアカーで買い物に出かけたり、時々友達と食事やカラオケに出かけている。
- 隣に住む長男家族は毎日頻繁に様子を見に来てくれるし、隣接市に住む長女家族も時々訪問してくれる。
- 夫婦そろって糖尿病があるが、服薬やインスリン注射がきちんと行えていない。この地域では糖尿病の有病率が高い傾向にあり、糖尿病患者が安心して生活できる地域づくりについてモデル事例検討が行われた。

#### 2) モデル事例検討の概要と専門職・住民の協働の視点から見たポイント

- 事例検討では、地域包括のケアマネジャー、夫が利用している訪問看護ステーションのスタッフ、長男夫婦が相談して、専門職と家族双方から定期的に、夫婦に対する服薬等の声かけ・見守りを行う方針が確認された。
- この夫婦の個別の服薬管理とは別に、参加していた地域住民からは「糖尿病は地域の課題。皆で糖尿病向けのレシピを作ってはどうか」「そのレシピを使って料理教室を開いてはどうか」といった提案が寄せられた。
- こうした提案を実現すれば、地域の糖尿病患者が広く食事に気を付けるようになり、料理をすることの大切さを知ることができる。また、レシピを見て考えながら買い物をし、料理をすることで認知症予防にも効果があるのではないかという前向きな意見も出された。
- そこで、地域包括のケアマネジャーは、公民館で糖尿病予防・対策のためのサロンを立ち上げるべく、準備を始めた。

### 3.5.2 事例概要

#### 1) 基本情報

本人の状況	在宅・入院又は入所中( )		男・女	(70)歳
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～年 月 日(前回の介護度 )			
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			

家族構成	
家族関係等の状況	夫と二人暮らし。隣に長男家族が住んでいて、孫たちも毎日訪れ、夫婦で面倒を見ることもある。長女家族も隣接市に住んでおり、時々訪れる。

### a. 介護予防に関する事項

今までの生活	結婚を機に現在の住まいで暮らし始め、専業主婦をしてきた。5年前に夫が要介護状態になり、本人が身の回りの世話や介護をしている。		
現状の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	炊事や洗濯の他。近くの店まで日に何度か買いものに出かけたり、夫の世話をしている。		友人とモーニングや食事、カラオケ等に出かけること、園芸が好きである。
	時間	本人	友人・地域との関係
		介護者・家族	良好

### b. 現病歴・既往歴と経過

年月日	病名	経過	治療中の場合は内容
	糖尿病	治療中・経観中・その他	内服薬、インスリン注射、栄養指導
	右大腿骨骨折	治療中・経観中・その他	

### c. 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
・特になし	・地域のサロンに2, 3か月に1回

## 2) 生活状況

### a. 現在の生活状況

世帯状況	単身世帯・65歳以上夫婦のみ世帯	・本人と単身の子どものみ世帯・その他
介護者	同居の介護者有・別居の介護者有	・無・介護者は不要
日中独居	有→週( )日程度	・無・該当しない(単身世帯)
家族の健康状態、仕事、役割、関係等	夫は糖尿病や交通事故の後遺症から要介護認定を受けている。隣に長男家族が住んでいて、長男夫婦や孫たちが頻りに様子を見に来てくれる。長女家族も時々訪問してくれる。	
ふだんの暮らし、週単位以外の活動	1日に何度か、近くの商店やうどん屋までセニアカーで買い物に行っている。時々、友達とモーニングやカラオケに出かけている。	
ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など)	室内では徒歩や何かにつかまり、屋外は杖を使用して歩行している。地区への外出は電動セニアカーで移動。食事、更衣、入浴や排せつも自立。浴室は手すり設置やシャワーチェアあり。	
IADL(電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など)	洗濯や買い物、調理は行っているが、家事はあまり好きではない。通院や外出は隣に住む長男の嫁の運転かタクシー。携帯電話も持っているし、金銭管理は行っている。糖尿病に関しては夫より状態が悪いが、服薬やインスリン注射をきちんと行っていない。	

社会生活	日頃の会話頻度(電話・メール含む)	毎日 ・ 2～3日に1回 ・ 1週間に1回 ・ それ以下
	外出頻度	月( 31 )日程度 ※毎日買い物
	地域の活動(町内会・老人会・婦人会など)	している ・ <u>ときどきする</u> ・ あまりしない ・ していない
	趣味やスポーツ	している ・ <u>ときどきする</u> ・ あまりしない ・ していない
	友人との付き合い (その他特記事項)	している ・ <u>ときどきする</u> ・ あまりしない ・ していない
生活上の楽しみ・特技	友人と食事に出かけたり話したりすること。近所のカラオケに行くこと。花が好きである。	

b. 現在の生活を支える環境

公的な制度・サービスの利用状況	なし
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況	サロンへの参加
病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人 (その他特記事項)	同居の家族 ・ <u>別居の家族</u> ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない

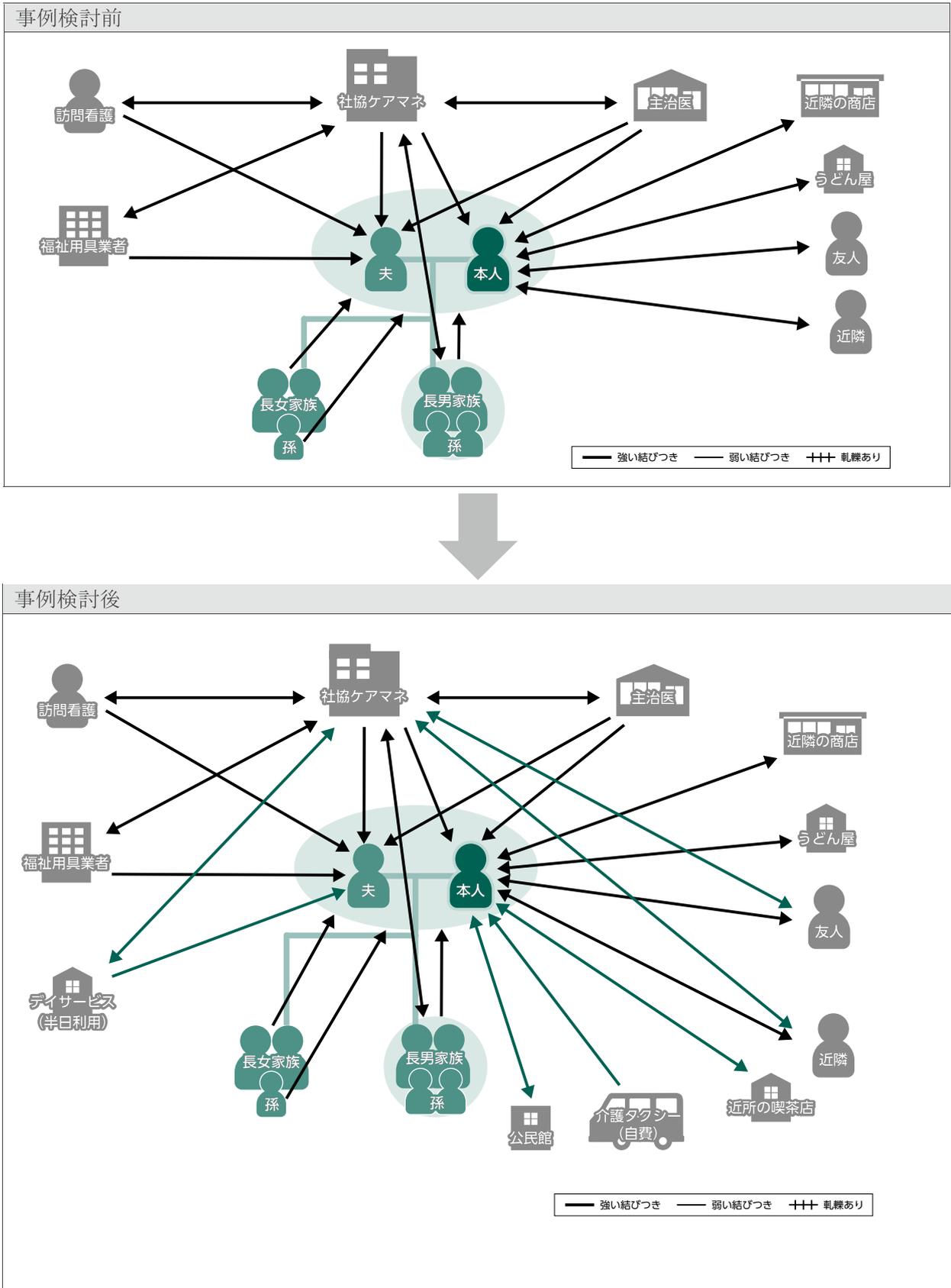
c. 本人・家族・関係者からの要望(支援を必要としている理由・内容)

本人 家族	家にいるより、外へ出かけたい。
	お母さんが元気でいてくれないと、お父さんが困る。
関係者(専門職)	夫婦2人の病気(糖尿病)の管理をきちんと行ってほしい。
関係者(地域住民)	夫の世話や家事が十分にはできていない。

d. 本人が居住している地域の状況

地域の特徴	農家が多い。小さな商店とうどん屋があるくらいで買い物は不便である。
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況	ボランティアグループ、地区見守りネット、婦人会、JA 地域女性部、サロン
近隣関係等	近隣との関係は良い。

e. 社会資源関係図（エコマップ）



### 3) 生活支援のあり方検討

#### a. 本人、周囲の強み、弱み

	強み(プラス面): 良いところ、できること、得意なこと等	弱み(マイナス面): 今はしていないこと、不十分なこと、困っていること等
本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セニアカーに乗れる</li> <li>・友達とモーニングやカラオケに行っている。</li> <li>・花が大好き、カラオケが好き。</li> <li>・楽観的な性格</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の飲み忘れがある。</li> <li>・面倒くさいことが苦手</li> <li>・インスリン注射ができていないことがある。</li> <li>・主人の世話が大変。</li> <li>・家事が苦手。調理が苦手</li> <li>・大雑把な性格</li> </ul>
周囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長男家族が隣に住んでいる。</li> <li>・サロンに参加している(2、3か月に1回)</li> <li>・孫の出入りが頻繁。</li> <li>・友達がいる。</li> <li>・よく知っている親戚がいる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間は隣の長男家族がいなくなる。</li> <li>・長男が仕事から帰ってからの訪問は難しい。</li> <li>・近隣に買い物するところがない。(小さい商店はある)</li> <li>・夜間になると孫が訪問できない(暗いと危険)</li> </ul>

#### b. 今後の生活支援の在り方の検討

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、 ■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由
1	友人と食事やカラオケに行きたい。	■たまに行っている。 ■サロン	○■公民館を活用した居場所づくり(糖尿病レシピづくり、料理教室)	毎日外出している方なので、居場所の必要性を感じ、人と接する機会を増やすことで、生きがいを作るため。
2	薬の飲み忘れがある。	○夫の訪問看護スタッフが声かけしている。	■見守りと声かけ ■長男家族による声かけ	薬は非常に大事なもので、関係者間に声をかけた。
3	インスリン注射のし忘れ	○夫の訪問看護スタッフが声かけしている。	■見守りと声かけ ■長男家族による声かけ	夫の訪問看護スタッフに声かけ。

### 4) 事例検討の振り返り

#### a. 関係者に期待される変化

本人	定期的な見守りや声かけを行うことにより、本人の薬の飲み忘れが改善される。自分の病気への理解を深めることができ、食生活に気を付けることができる。居場所ができることにより友人が増え、自分の趣味をより楽しむことができる。
家族	本人の薬の飲み忘れが防止するという自分の役割を認識し行動することで、本人の健康と家族の安心につながる。
関係者(専門職)	地域住民との連携ができ、さらに同じような人への情報をより早く入手でき早期対応に繋がる。試行結果は、自分たちで気づけなかったことが、地域の方たちと事例検討を行うことにより支援の幅が広がったと思う。
関係者(地域住民)	支える側としての役割ができ、自分たちの健康づくりに向けた意識づけにもつながる。

#### b. 協働で期待されるメリット、効果

<p>介護保険非該当者の今後の支援をどうしていくか、専門職は制度の枠組みの中で考えてしまいがちだが、地域住民と事例検討することで支援の幅が広がったと思う。住民からは自分たちの特技を活かした「糖尿病のレシピを作ることができる」「一緒に料理を作ったらいいのでは」などの意見が活発に出たの</p>
---

で、それらが今後の見守りや声かけに繋がり、住民で支えあう仕組みができるのではないかと感じた。  
非該当者への見守り、声かけの仕組みづくりは他地区への波及効果が期待され、住民主体のまちづくりが推進できるきっかけとなっていく。

### c. 今後関係者が実施しなければならないこと、解決しなければならない課題

居場所づくりの仕組みを作る。  
食生活改善推進協議会との連携・協力を促す。  
見守り・声かけのグループを作る。(協力者の呼びかけ)  
事例検討を行うに当たって、よく知っている地域住民は、「この人はこういう人だから」などと決めつけた上での検討になってしまった。こうした住民の先入観をなくし、専門職と住民と一緒にこの人を支えていこうという気持ちに向けるまでが難しい。

## 3.5.3 事例考察

(住民活動と「まじりあう」姿勢)

○地域で大きなトラブルもなく安定した生活が送れている事例である。こうした事例には、うまくいっていない事例の解決のヒントが含まれている。一方で、地域の中で住民同士が互いに顔なじみで、昔からここに暮らして世帯の状況をよく知り合っている中で、「この人はこういう人」という住民の先入観について協働にむけての課題として指摘されている。専門職には、地域で暮らす住民の流儀に波長を合わせつつ「一緒に支えよう」という方向に向けて、生活実態に即して支援を考える姿勢が求められている。

(地域づくりの意識)

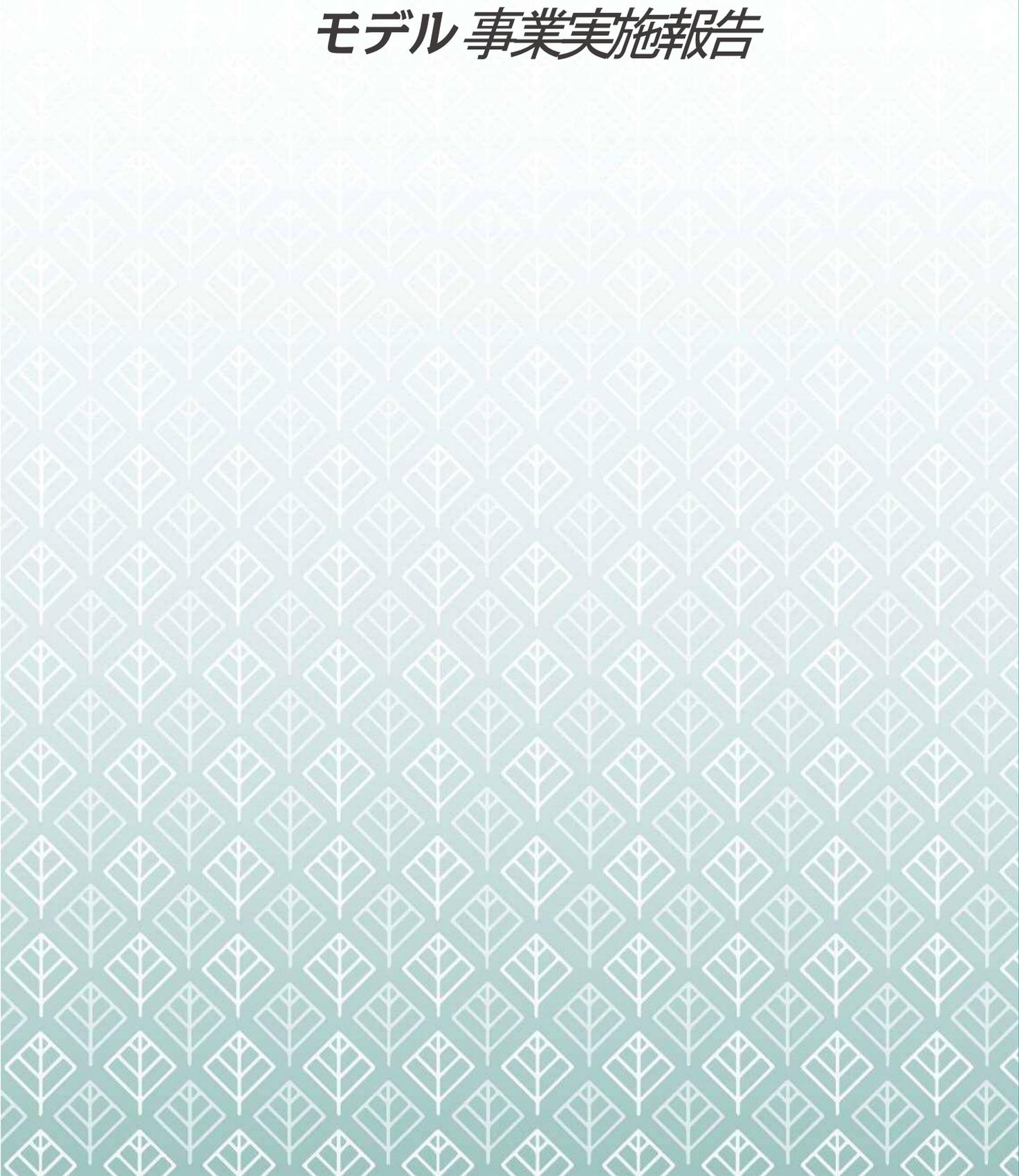
○この事例では、住民から、糖尿病予防は自分たちの健康づくりにもつながるので、皆で糖尿病食のレシピを作り、一緒に料理教室を開いてはどうかというアイデアが出てきた。  
○専門職には、こうした住民の声を丁寧に拾い具体的な住民活動につなげる側面的な支援が求められている。住民が自分たちに何ができるのかを考えるきっかけをつくり、住民がそれぞれの強みを生かして行動を起こし、地域での見守り、声かけ、住民で支えあう仕組みに発展していくことが期待される。

(専門職の連携)

○専門職が地域に働きかけるか否かにかかわらず、地域には住民の日々の暮らしがあり、様々な住民活動が存在している。こうした活動は、制度を前提にした専門職のサービスの代替ではない住民活動ならではの特性や役割を有しており、本人の力を引き出したり、本人が望む生活につながる価値を持っている。こうした視点に立って、住民が作り上げた貴重な活動を専門職は個別支援に位置づけているか改めて振り返るとともに、専門職同士が連携してその活動から見えてきた地域課題に対応する新しい資源開発等につなぐことが求められている。

# 4

## モデル事業実施報告



# 4 モデル事業実施報告

## 4.1 モデル事業のねらい、実施の枠組み

### 4.1.1 モデル事業実施要項(抜粋)

#### 1. 趣旨

新たな総合事業の開始により、要支援者等への支援について、できる限り住民主体等の多様な生活支援サービスへと移行していくことが課題となっている。しかし、様々なニーズを抱える要支援者等の生活を支えていくためには、実際の支援場面において、専門職による援助と住民主体の福祉活動の協働が必要であり、具体的な協働のあり方について課題を整理し、効果的な推進策を明らかにしていく必要がある。

こうした状況を踏まえ、本モデル事業は、要支援者等の個別事例に着目した検討を通して、その状態像やニーズを明らかにするとともに、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働する際の課題を把握・分析することを目的に実施することとする。

#### 2. 内容

##### (1) 概要

モデル市町村（地域）において、関係者による事例検討会議を開催し、総合事業の対象となる要支援者像、生活支援のニーズ、専門的援助と住民主体の福祉活動の情報共有や支援にあたっての効果的な連携の方法や課題、住民主体の福祉活動への移行促進にむけた、利用者（及び利用者予備軍）への説明、広報・啓発等について検討を行う。

##### (2) 実施内容

①自治体、社協、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、助け合い活動団体、地区社協等によって構成される「事例検討会議」を開催する。（3回程度）

- ▶ 「事例検討会議」は、既存の地域ケア会議やケース検討会議等の場を活用することも可能。
- ▶ 構成員については、地域の状況に応じて必要なメンバーを加える。
- ▶ とくに、住民主体の福祉活動との協働について検討するため、個別事例の内容に応じて、本人と関わりのある住民や地区社協メンバー、ボランティア等の参画を得ることが望ましい。

②「事例検討会議」において、予防給付から総合事業によるサービス等への移行、あるいは新規の要支援者に対する支援についてモデルケースを設定し（各10事例程度）、総合事業への移行にむけた今後の支援のあり方について検討を行う。

- ▶ 事例検討の際に議論していただきたい点や事例作成用の様式について、調査研究委員会からあらかじめ提示する。

③事例検討会議を通じて得られた成果等を踏まえて、総合事業への移行や住民と専門職の協働の必要性等を広く住民や福祉関係者に広報する取り組みを行う。(セミナー開催やパンフレット、チラシ等の作成)

④事例検討の内容、今後の支援や協働を進めるうえでの課題、工夫等についてとりまとめ、調査研究委員会に提出する。

- ▶ 報告に盛り込んでいただきたい柱については調査研究委員から追って提示する。
- ▶ モデル事業実施中に調査研究委員会委員によるヒアリングを各1回行う予定。
- ▶ 第2回(8月21日)及び3回委員会(12月予定)にモデル事業担当者に出席いただき、事業の実施計画や進捗状況等の報告をお願いする予定。(協議にも参画)

### 3. 実施期間

平成27年8月1日～平成28年2月28日

#### 4.1.2 事例検討の進め方

事例の選定や検討方法等について以下のとおり調査研究委員会から提示し、モデル地域において事例検討会議を行った。様式1～3についてはP84～に掲載している。

##### (1) 事例選定

下記の視点に沿って、今回のモデル事業の対象とする事例を10件程度選んで下さい。

■現在何らかの専門的援助(福祉サービス)を利用している要支援者のなかで、当該サービスの全部又は一部を住民主体の福祉活動に置き換えていくことが可能と考えられる事例  
もしくは

■現在要支援認定は受けておらず、専門的援助を利用していない高齢者で、住民主体の福祉活動に関わることで現状を維持していくことが可能と考えられる事例

加えて、本人及び家族等の状況については、下記の点にご留意頂き、できるだけ多様な事例を選定してください。

##### ■家族形態

- ⇒ 一人暮らし
- ⇒ 高齢者夫婦世帯
- ⇒ 家族同居、日中独居

##### ■交流、社会参加

- ⇒ 知人・友人・近隣等との交流がある人
- ⇒ 交流が少ない人

##### ■身体、精神状況

- ⇒ 疾病や障害があるが体調は安定している人、自立意欲の高い人
- ⇒ 体調等が不安定な人・認知症の人

##### (2) 事例に関する情報収集(様式1、2)

社協のモデル事業担当者を中心に、事例に関わっている関係者から情報を収集し、様式1(基本

情報)、様式 2 (生活状況：左列) を作成してください。既に介護予防ケアマネジメントでアセスメントを行っている利用者については改めて様式 1 を作成する必要はありません。

様式 2 の「5. ジェノグラム・エコマップ」については、まず収集した情報から現状を整理したうえで、検討結果を踏まえた、今後の望ましい対応について赤字で書きこんでください。(A 事例、B 事例ともに)

#### 【様式 1】基本情報シートについて

介護予防ケアマネジメントの利用者基本情報を作成済みの事例

- 当該様式をコピーして提出してください。
- コピーの際には、個人が特定されないよう、個人情報にかかる部分は全てマスキングしてください。
- マスキングすべき項目は、「様式 1\_サンプル」シートを参照してください。
- 様式 1P 右上に、忘れないように自治体名、事例 ID を記載してください。

介護予防ケアマネジメントの利用者基本情報を未作成の事例

- お手数ですが、基本情報の様式を新規に記入してください。
- この場合も個人が特定されないよう、個人情報にかかる部分は記入不要です。
- 記入不要の項目は「様式 1\_サンプル」シートを参照してください。
- 様式 1P 右上に、忘れないように自治体名、事例 ID を記載してください。

### (3) 支援のあり方検討、事例検討会議の開催 (様式 3)

選定した事例について、事例検討会議を開催して下さい。

特に、試行事例 (後述) については、本人とかかわりのある関係者に出席して頂けるようご調整下さい。

事例検討会議では、本人の生活支援ニーズに対して今後どのような対応をすることが望ましいか、予防給付から総合事業によるサービス等への移行や新規の要支援者に対する支援の視点から、検討して下さい。今回のモデル事業は、専門的援助と住民主体の福祉活動の協働のあり方を検討するための事業なので、専門職の援助だけでなく、地域住民の支援が活かされる対応を検討して下さい。

検討結果は、様式 3 (生活支援のあり方検討) に記入して下さい。また、事例検討会議の記録の作成をお願いします。

事例検討会議は、既存の会議の場を活用いただくことでも構いません。

### (4) モデル事業期間中に支援内容を変える試行事例 (A 事例) の選定

事例検討会議の結果をふまえ、今回のモデル事業期間中に実際に、望ましい対応への切り替え、新しい援助・支援の導入等をしてみる試行事例を選定して下さい。

ご本人の生活に直結するため、必ずしも 10 件すべてで試行を頂かなくても構いませんが、できるだけ多くの事例で試行し、具体的な実践の中から専門的援助と住民主体の福祉活動の協働の効果と課題を抽出いただければ幸いです。

試行事例については、ご本人の生活に直結するため、事業参加同意書を取得してください。参

考として「同意書」シートを入れてありますが、独自様式でも構いません。

ここからは、試行事例を A 事例、試行はせず事例検討のみを行う事例を B 事例と呼びます。

### (5) A 試行事例

#### 1) 新しい支援の試行、事例検討会議の開催

A 試行事例について、必要に応じて事例検討会議を開催しながら新しい支援を実施して下さい。

支援の経過記録をつけていただくとともに、事例検討会議を開催した場合は、記録の作成をお願いします。参考様式を用意していますが、これによらず通常使用しているものがあればそちらでも構いません。

#### 2) モデル事業の振り返り、事例検討会議の開催（様式 2、4）

モデル事業の終了時に、振り返りのための事例検討会議を開催して下さい。

試行結果を踏まえて本人の生活がどのように変わったか、どのような効果や課題があったか、様式 2（生活状況：右列）、様式 4（振り返り A）に記入して下さい。

### (6) B 事例検討のみ：事例検討結果の振り返り、事例検討会議の開催（様式 5）

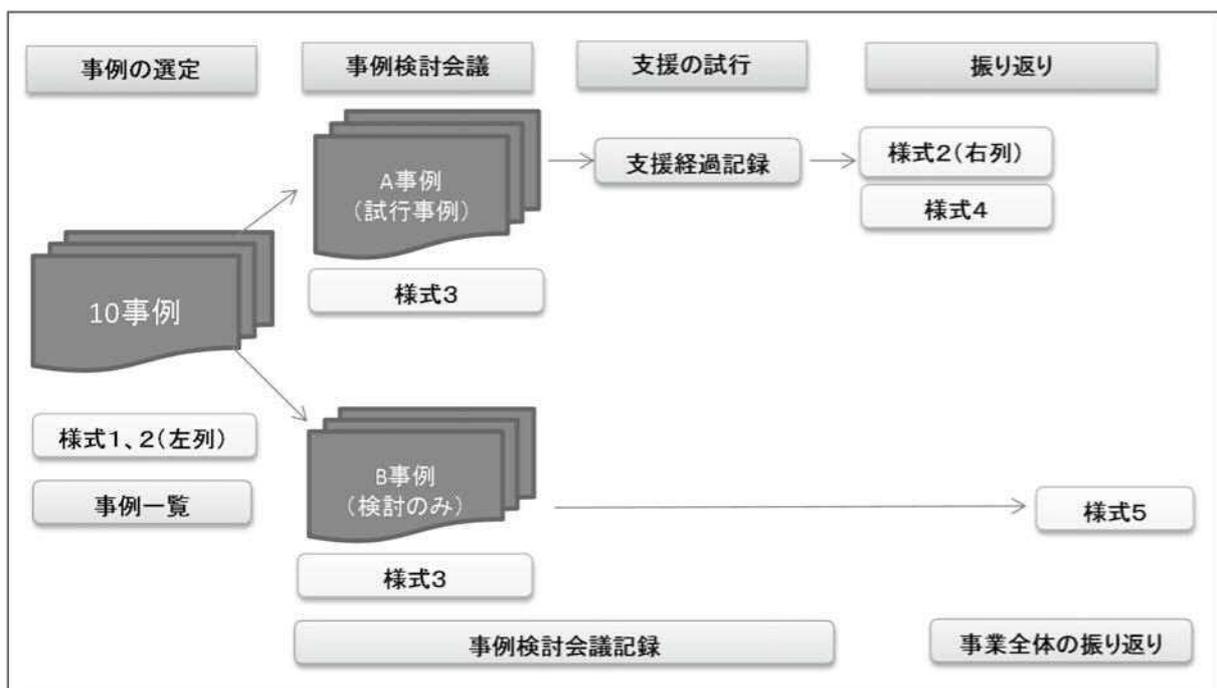
B 事例検討のみ事例について、今後、支援内容を変えた場合にどのようなことが予想されるか、様式 5（振り返り B）に記入して下さい。

特に試行をしないので、3. 支援のあり方検討とあわせて実施いただいても構いません。

### (7) 10 事例の検討を通じたモデル事業全体の振り返り

モデル事業に関わった地域の関係者で事業の振り返りを行い、結果についてまとめをお願いします。

ここでは、10 件の事例検討を通じて抽出された共通の地域課題としてどのようなものがあるか、その課題を解決するために今後どのような対応をしたいか、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによるメリット・デメリットは何か、検討して下さい。



# 【様式1】基本情報シート

自治体名	
事例ID	
作成担当者：	

## 《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 ( ) 歳	
住所	Tel ( )		Fax ( )	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 )			
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
来所者 (相談者)			<b>家族構成</b> ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

### 《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容・介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

【様式2】生活状況シート

自治体名	
事例ID	

事例検討時【A：試行事例、B：事例検討のみ事例いずれも記入】	モデル事業試行後【A事例のみ記入】
記入日	201x年x月x日

※実施  
○日付  
○記入日

1. 現在の生活状況	201x年x月x日	モデル事業試行による具体的な変化の内容を記載（変化がない場合は空欄でOK）
世帯状況	単身世帯・65歳以上夫婦のみ世帯・本人と単身の子どものみ世帯・その他	単身世帯・65歳以上夫婦のみ世帯・本人と単身の子どものみ世帯・その他
介護者	同居の介護者有・別居の介護者有・無・介護者は不要	同居の介護者有・別居の介護者有・無・介護者は不要
日中独居	有→週（ ）日程度・無・該当しない（単身世帯）	有→週（ ）日程度・無・該当しない（単身世帯）
家族の健康状態、仕事、役割、関係等		
ふだんの暮らし、週単位以外の活動		
ADL（食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など）		
IADL（電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬管理、金銭管理など）		
社会生活	日頃の会話頻度（電話・メール含む） 外出頻度 地域の活動（町内会・老人会・婦人会など） 趣味やスポーツ 友人との付き合い （その他特記事項）	毎日・2～3日に1回・1週間に1回・それ以下 月（ ）日程度 している・ときどきする・あまりしない・していない している・ときどきする・あまりしない・していない している・ときどきする・あまりしない・していない
生活上の楽しみ・特技		

2. 現在の生活を支える環境 公的な制度・サービスの利用状況		
住民・地域の支えあい、見守り等の実施状況		

病気の時や一人でできない家の周りの仕事で頼れる人 (その他特記事項)	同居の家族 ・ 別居の家族 ・ 近所の人 ・ 友人 ・ その他 ・ いない	モデル事業試行による具体的な変化の内容を記載 (変化がない場合は空欄でOK)
3. 本人・家族・関係者からの要望 (支援を必要としている理由・内容)		
本人		
家族		
関係者 (専門職)		
関係者 (地域住民)		
4. 本人が居住している地域の状況		
地域の特徴		
周辺の地域福祉活動や社会資源の状況		
近隣関係等		
5. 家族関係図 (ジェノグラム)、社会資源関係図 (エコマップ)		
※現状を整理したうえで、検討結果を踏まえた望ましい対応について赤字で書きこんでください。		事例検討時 試行後

【様式3】生活支援のあり方検討シート

自治体名	
事例ID	
1. 生活支援のあり方を検討する前段階として、様式1 基本情報シート、様式2 生活状況シートの情報を、本人と周囲それぞれに分けて整理してください。 強み（プラス面）：良いところ、できること、得意なこと等	弱み（マイナス面）：今はしていないこと、不十分なこと、困っていること
本人	
周囲	

2. 1. の整理をふまえて、今後の生活支援のあり方を検討してください。①本人の生活支援ニーズに対して、②現在どのような対応をしていますか。総合事業移行を見据え、事例検討会議で検討した結果をふまえて、③今後はどのような対応をすることが望ましいと考えますか。④現在の対応と変えた、または、変えなかった理由は何でしょうか。

No.	①生活支援ニーズ (本人がやりたいこと、困っていること)	②現在の対応 (○専門職の援助、■地域住民の支援)	③検討結果をふまえた望ましい対応 (○専門職の援助、■地域住民の支援)	④現在の対応と変えた、または、 変えなかった理由
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

3. 検討をふまえて、今回のモデル事業期間中に、実際に望ましい対応への切り替え、新しい援助・支援の導入等を行いますか。

1. A：試行事例。望ましい対応への切り替え試行を行う（一部の切り替えも含む） →様式4、経過記録、会議記録を記入して下さい。
2. B：事例検討のみ。望ましい対応への切り替え試行は行わない →様式5、会議記録を記入して下さい。

## 4.2 モデル事業実施報告

### 4.2.1 神奈川県大磯町

#### 1) 地域特性 地域福祉活動の状況 要支援者等の状況

##### (1) 基本情報（平成 27 年 10 月 1 日現在）

人口（人）	32,435
世帯数（世帯）	13,006
面積（km <sup>2</sup> ）	17.23
高齢化率	31.7%
要支援・要介護認定者数	2,143
1号被保険者に占める割合	16%
要支援	431
要介護	1,712

##### (2) 地域特性

大磯町は「海」の町という認識が強いが、町の65%を丘陵地が占め、町内に大きな幹線道路が国道1号線だけという、交通弱者を生みやすい町である。

土着の人が多く、人口移動等が少ないため、比較的「顔の見える関係」が築きやすい土地柄である。漁港を中心とした地域は「互助」機能が出来上がっており、新規の事業や新参者を寄せ付けにくい土地柄である。また、昔ながらの別荘地区や「みかん」を中心とした第一次産業が盛んな地域もあり、地域性を反映したコミュニティを形成している。

漁業が衰退しつつある漁港エリア／農業を中心とした一次産業エリア／別荘地（山の手）で階段や坂が多く移動に課題があり（民間配食サービスが契約を断る例も）、リタイア前後に流入してきた住民が多いエリアがあり、それぞれに地域性が異なる。

##### (3) 日常生活圏域の設定、地域包括支援センターの設置状況

日常生活圏域は1圏域（全町）である。

地域包括支援センターは1か所で大磯町社協に委託されている。平成12年度から大磯町社協が「基幹型在宅介護支援センター」を受託し、その機能を引き継ぐ形で、平成18年度センター開設当初から受託している。

##### (4) 総合事業への移行状況

平成29年4月を予定しているが、行政からは移行に向けた工程表が示されておらず、住民や事業者は不安を抱いている。

地域特性からか「行政からの情報」を重用し、総合事業を含め情報を待っている傾向があるため、現在「介護保険事業者連絡会」内で勉強会を開催し、総合事業実施に向けて、介護保険事業者としてなすべきものが何であるかを意見交換している。

住民に対しては、各地域に設置している「地域福祉推進委員会」の研修会等で現状の説明をし、「今後は地域を自らが創りだす気概が必要」と訴えかけている。

要支援者のうち、サービスを利用しているのは260人程度で、うち2/3は通所、1/2は訪問を利用している。通所は、入浴や人とのつながりを目的に利用するケースが多く、運動系のデイサービス事業所の人気が高い。一方、サービス未利用者200人弱は、とりあえず町とつながる安心感を求めて認定を受けている。全体としてみて、要支援者の意識としては、総合事業に移行しやすい土壌があるといえる。

#### (5) 協議体の設置状況

現時点では未定である。

#### (6) 生活支援コーディネーターの配置

平成28年度から配置予定だが、詳細は未定である。

地域包括支援センター（町社協運営）に委託する方向。地域包括支援センターの委託先は町社協だが、町はセンターを町社協とは別組織に近い存在と見ている。地域包括支援センターに委託する場合、基本的に他業務との兼務は禁止し、センター内に設置はするものの業務上の位置付けを明確にする要件を付す方向のようである。

#### (7) 住民主体の福祉活動

町内を24地区に区割りし、「地域福祉推進委員会」を全地区に設置している。

地域福祉推進委員会は、自治会の延長にある組織で、地区によって形態が異なる（自治会そのまま、子ども会・老人会・自治会役員等で別構成等）。自治会の延長として活動している地域では「地域福祉推進」という委員会の意義が浸透しにくい場合がある。人口規模も、8,000～9,000人から200～300人とばらつき、助成金を配分しても新しいことができないところもある。毎月サロンを開いてもらいたい、3ヶ月～半期に1回のところもある。ただし、地域によっては、サロンがなくても庭先で自然にサロンのようなことができています。また、地域包括ケアや地震時の避難等について勉強会を開くような活動が活発な地域もある。

民生委員も、地域福祉推進委員会の24地区単位で活動しており、委員会の構成員にもなっている。

地域福祉活動計画を策定するに当たり「地域福祉推進委員会」を「地区社協」に再編するような働き掛けをしたが、元々の地域性等により再編を断念した経緯がある。

住民による福祉活動は、昔ながらの「互助」を大切にしている傾向があり、既存の団体等に属するのではなく「隣組」として活動している場合が多い。福祉系NPOは数多く把握している状況にはなく、地域の互助による展開が主である。

#### (8) 事例検討会の基盤となる既存組織

「地域ケア会議」を毎月第3金曜日に開催している。

地域ケア会議の構成員は、医師会医師、町の職員、県の職員、居宅、地域包括（社協を兼ねる）

が必須で、ケースにより、ヘルパー事業所、民生委員等が入ることがある。

会議に住民は参加しないが、内容は必要に応じて地域包括から住民にフィードバックしている。

平成 26 年度の地域ケア会議において、個別課題を通して①地域内の繋がりの希薄化、②町民の理解や参加の促進という 2 つの地域課題が見えてきた。

これを受けて、今年度からは、「大磯町地域コミュニティ会議（仮称）」を設置し、地域ケア会議と二段構えにし、地域住民を巻き込んだ形で、これらの課題について町内でどのように展開すべきか等を検討する予定である。24 地区ごとに開催することも一案であるが、町全体を対象とする地域ケア会議で整理された地域課題への対応策を検討するので、当面は全町 1 か所で活動する。

### (9) 社協の主な事業

地域福祉活動推進		○ふれあい・いきいきサロン（高齢者 17 ヶ所/子育て 2 ヶ所/障害者 1 ヶ所/計 20 ヶ所） ○福祉委員の設置
相談支援、権利擁護		○日常生活自立支援事業 ○地域包括支援センター
在宅福祉サービス事業	高齢者福祉	○ホームヘルプサービス
	障害者福祉	○デイサービス
	児童福祉、その他	○食事サービス
生活困窮者自立支援事業		特になし
その他		特になし

## 2) 事例検討会の構成や実施状況 実施にあたっての工夫

### (1) 事例検討会実施経過

	日時	検討事例数	参加者数			参加者の所属・属性	
			合計	専門職	住民	専門職	住民
1	2015/09/18	2	17	17	0	医師、町役場担当課職員、保健福祉事務所、障害支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター	
2	2015/10/16	2	20	19	1	医師、町役場担当課職員、保健福祉事務所、障害支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター	民生委員
3	2015/11/20	2	20	18	2	医師、町役場担当課職員、保健福祉事務所、障害支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター	民生委員
4	2015/12/18	1	20	18	2	医師、町役場担当課職員、保健福祉事務所、障害支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター	民生委員

	日時	検討事例数	参加者数			参加者の所属・属性	
			合計	専門職	住民	専門職	住民
5	2016/01/15	1	21	19	2	医師、町役場担当課職員、保健福祉事務所、障害支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター	民生委員

## (2) 事例検討会実施にあたっての工夫

- 今回の事例検討を行う地域ケア会議では、民生委員が初めて参加するということもあり、当該事例の担当地区民生委員だけではなく、民児協会長にも出席を依頼し、専門職の中で孤立しないよう心掛けた。
- 民生委員が着席する配置についても、日頃から顔の見える関係にある「県保健福祉事務所職員」と「障がい者支援センター」の間に着席してもらうなど、専門職の中での会議に参加しやすい環境づくりを行った。
- 初めて会う顔が多かったので、自己紹介に時間を掛け、和やかな雰囲気を作り出した。

## 3) 事例検討会を通じての気づきや成果 実施上の課題

### (1) 事例検討から明らかになった地域課題と今後の対応

地域課題	地域住民と専門職との間で「共通言語」の醸成が成されていなかった。この地域ぐるみで「共通言語」を創り上げるアクションこそが地域課題と考える。
今後の対応	地域住民と専門職という垣根を越えた「顔の見える関係」作りが急務で、出会いの場の提供、それも共通の目標を持った出会いの場の設定を行っていきたい。

### (2) モデル事業全体を通してうまくいったこと、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによるメリット、効果

専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することで、まずは各々の存在を認め合い、それぞれのスタンス、ポジションを認め合うことができたのではないかと。地域で暮らす人を支えるという共通のポイントを各々の視点で語り合い、「誰のため」を明確にすることで、チームとして支援する役割の明確化が図れたのではないかと。各々の役割が明確になったことで「味方」として支援チームが構成でき、結果、効果的な支援も展開できたのではないかと考えている。

### (3) モデル事業全体を通してうまくいかなかったこと、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによる課題

顔の見える関係を構築するに当たり、それぞれの存在や役割を理解していただくまでに相当の時間を有している。各々の存在を認め合うためには、「ミッション・ビジョン・パッション」の共有が重要かと思うが、各々の立場で表現方法が異なることから、この波長合わせ的な作業が課題であり、地域で活動する者としてのポジショニングの難しさが課題であると感じた。

## 4) 住民への広報・啓発の取り組み状況 気づき・成果と課題

### (1) 住民への広報・啓発の取り組み経過

#### ○日時

平成 28 年 3 月 28 日（月） 午前 10 時から正午

#### ○内容・プログラム

講演会「ちいきを地域で創るには」（報告を兼ねた講演会を開催）

#### ○参加者数、属性等

民生委員児童委員 地域福祉推進委員 ボランティア団体 介護保険事業者 医師 行政職員

### (2) 住民への広報・啓発の取り組みの気づき・成果

○専門職の目線で物事を進めようと思っても、そこに共通の言語や目標が存在しないと、チームとして機能することは難しく、住民側からすると役割や責任を負わされる感性に陥ってしまうので、共通言語・目標作りの際は、それぞれの役割分担の明確化や責任の所在等を明確にしておく必要があると改めて感じた。

○事例検討や支援の場に住民の方々の参加を求めることにより、より「地域」を意識することが出来たように思う。生活者目線で、生活する者としてその居住地や「地域」を見ることができ、専門職としての画一的な視点だけではなく、より多様な視点でご本人を見つめることができたのではないかと思う。

○住民の方々にも支援（検討）の場面に参加していただくことで、その対象者に特化した課題だけではなく、『明日は我が身』と自分や自らの地域の問題として捉え、次に同じような住民が現れたときの布石となることが期待され、この可能性が今回の成果と考えられる。

### (3) 住民への広報・啓発の取り組みの課題

○「介護」について、住民はまだまだ特別なことと捉え、その支援を他人任せ（専門職任せ）に行う感が強いものと感じられる。「介護」とは、生活していく上での課題の一つに過ぎず、あくまで地域での生活者として捉えられるような感性作りが今後の課題ではないかと思う。

○地域づくりにおいても、主体はその地域に生活している一人ひとりにある点を住民自らが感じ得られるような雰囲気作りが課題である。

○大磯町の地域特性を、専門職だけが感じるのではなく、住民一人ひとりも同じような特性を感じ、そしてこの地域に進むべき方向性（規範的統合）を大磯町で生活する全ての人々が感じられるようなシステム構築が課題である。

## 4.2.2 名古屋市中川区

### 1) 地域特性 地域福祉活動の状況 要支援者等の状況

#### (1) 基本情報（平成 27 年 10 月 1 日現在）

人口（人）	220,301
世帯数（世帯）	95,271
面積（km <sup>2</sup> ）	32.02
高齢化率	23.8%
要支援・要介護認定者数	8,991
1号被保険者に占める割合	17.2%
要支援	2,799
要介護	6,182

#### (2) 地域特性

名古屋の西部に位置し、市内でも集合住宅(市営、県営、UR 等)の多い地域のため、単身世帯や生活保護世帯も多い地域である。

区内は東西に長く、新住民と旧住民が混在している。

7つの川や大きな国道があるため、同じ小学校区内（24 小学校区、11 中学校区）でも分断されている地域もある。

西部では、市内でも珍しく農業を営んでいる住民がいたり、福祉施設等も増えている。

#### (3) 日常生活圏域の設定、地域包括支援センターの設置状況

日常生活圏域は、2 圏域である。

地域包括支援センターはこの圏域に合わせて 2 か所設置されており、区東部いきいき支援センターが 5 中学区、区西部いきいき支援センターが 6 中学区を担当している。なお、西部は広域であるため、分室を設置・運営している。運営については、東部は一般財団法人名古屋市療養サービス事業団、西部は社会福祉法人名古屋市社会福祉協議会に委託されている。

#### (4) 総合事業への移行状況

平成 28 年 6 月に移行予定で、介護予防・生活支援事業については、主な類型である訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスの内容が検討されている。一般介護予防事業についても高齢者サロンの支援を含め、事業内容を整理しているところである。

生活支援の基盤整備に向けて多様な主体の参画が求められるが、現状、関係者間の情報共有や顔の見える関係づくりが不十分である。

#### (5) 協議体の設置状況

平成 27 年度に「中川区生活支援連絡会」を設置した。

構成メンバーは、民生委員、地域支えあい事業コーディネーター、サロン実践者、個別支援ボランティア、老人クラブ友愛訪問活動者、区役所、保健所、地域包括支援センター、居宅介護支

援事業所、訪問介護事業所、社協で、住民の立場での参加者は、地域づくりについて積極的に意見を出してもらえそうな人に社協が直接声をかけている。

連絡会初回は、自己紹介シートにどんな活動をしているか、こんな資源があったらよいというものを書いてきてもらい、参加者相互に知り合うことに力点を置いた。自己紹介の後、国の制度動向について社協から説明した。

2回目は、2小学校区での事例検討で取り上げた事例を個人情報等を消した形で提示し、3グループに分かれて事例検討を行った。

3回目は、地域にこんな資源があったらいいという1,2回目での検討を踏まえて、それをどうしたら実現できるか、今地域に足りない資源を情報共有した。

生活支援連絡会で提起された課題解決に向けた実際の動き、社会資源の開発については、社協の本来活動として、活動計画や事業で受け止めていきたい。

#### (6) 生活支援コーディネーターの配置

平成27年度4月から開始された「高齢者サロンの整備等生活支援推進事業」において、第1層の生活支援コーディネート業務が区社協の本来業務として位置づけられ、嘱託職員が1人配置された。

#### (7) 住民主体の福祉活動

市内24小学校区すべてに「学区地域福祉推進協議会」(他でいう学区社協)を全地区に設置している。

学区地域福祉推進協議会の構成員は、民生委員、区政協力員(町内会長)+老人クラブ、子ども会等を最低3団体以上入れている。

民児協も小学校区ごとに組織されており、月1回心配な世帯の情報等は共有している。ここに地域住民が入れば事例検討の場になりうるが、役所からの情報伝達の場に止まるところもあり、地域により温度差がある。

22学区でひとり暮らし高齢者を主な対象者とした「ふれあい給食会」が実施されている。

平成26年度から3学区で「地域力再生による生活支援推進事業(地域支えあい事業)」が実施され、住民による相談窓口の設置や、ご近所ボランティアによる活動(ボランティアポイント付与)が進んでおり、少しずつ住民による福祉活動が芽吹いている。

住民による相談窓口は、コミュニティセンター等で週2回、3時間以上実施することになっている。学区地域福祉推進協議会から推薦された住民が、研修を受けて相談を受け付け、内容に応じてボランティアや関係機関につないでいる。活動は、区社協の学区担当がフォローしている。

ご近所ボランティアの主な活動は、外出支援、買い物や病院への同行、ゴミ出し、ごみ屋敷の片付け等である。ボランティアポイントは市が実施しているもので、給食会1時間1ポイントというように活動に応じてポイントを付与し、翌年度に1ポイント10円換算で学区地域福祉推進協議会に活動財源として還元される。

地域支えあい事業は市内16区中12区で始まっており、総合事業の一つとして位置づけられる予定である（訪問型C）。

共生型や高齢者を対象としたふれあいいきいきサロンも増えつつある(平成27年7月末46ヶ所)。が、あまり活発ではなく、NPO団体による生活支援活動も進んでいるとはいえない。

#### (8) 事例検討会の基盤となる既存組織

今年度新設の協議体を基盤としたため、既存組織はなし。

#### (9) 社協の主な事業

地域福祉活動推進		○ボランティア（市民活動）センターの設置 ○ふれあい・いきいきサロン（高齢者28ヶ所/子育て29ヶ所/障害者1ヶ所/計58ヶ所）
相談支援、権利擁護		○日常生活自立支援事業 ○地域包括支援センター
在宅福祉サービス事業	高齢者福祉	○ホームヘルプサービス
	障害者福祉	○居宅介護支援
	児童福祉、その他	特になし
生活困窮者自立支援事業		○自立相談支援 ○就労準備支援 ○家計相談
その他		○地域力の再生による生活支援推進事業 ○施設とボランティアの交流会

## 2) 事例検討会の構成と実施状況 実施にあたっての工夫

### (1) 事例検討会実施経過

	日時	検討事例数	参加者数			参加者の所属・属性	
			合計	専門職	住民	専門職	住民
1	2015/12/3	2	10	6	4	地域包括支援センター、市社協職員、区社協コミュニティーワーカー	ご近所ボランティアコーディネーター、民生委員、近隣住民(ボランティア)
2	2015/12/10	3	10	6	4	地域包括支援センター、市社協職員、区社協コミュニティーワーカー	ご近所ボランティアコーディネーター、民生委員
3	2015/12/16	1	7	3	4	訪問介護員、区社協コミュニティーワーカー	ご近所ボランティアコーディネーター、民生委員
4	2015/12/18	3	8	4	4	地域包括支援センター、介護支援専門員、区社協コミュニティーワーカー	ご近所ボランティアコーディネーター、民生委員、町内会長
5	2015/12/21 ※中川区生活支援連絡会	3	21	9	12	区役所福祉課、保健所、地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供責任	ご近所ボランティアコーディネーター、民生委員、サロン実践者、個別支援活動者(ボ

	日時	検討事例数	参加者数			参加者の所属・属性	
			合計	専門職	住民	専門職	住民
						者、区社協コミュニティーワーカー	ランディア、生協)、老人クラブ代表
6	2015/12/25	1	8	5	3	地域包括支援センター、サービス提供責任者、区社協コミュニティーワーカー	ご近所ボランティアコーディネーター、民生委員

## (2) 事例検討会実施にあたっての工夫

- 地域支えあい事業の実施2学区で、相談窓口実施中に開催した。
- 1事例1時間以内とし、区社協コミュニティーワーカーがファシリテーターとして進めた。
- 学区で検討した事例を、区生活支援連絡会において再度検討した。

## 3) 事例鑑賞を通じての気づきや成果 実施上の課題

### (1) 事例検討から明らかになった地域課題と今後の対応

地域課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>①新しい総合事業のスタートに向けての理解が浸透していないため、誤解が生じている（「サービスが受けられなくなる」「住民に負担が強られる」等）。</li> <li>②サービス・活動の絶対量が足りていない。特に専門的援助と住民活動の間に位置付けられているサービス・活動を提供する社会資源（NPO等）はほとんどない。</li> </ul>
今後の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>①行政と社協が協働し、住民のみならず専門職・企業・福祉施設などに対して、あらゆる機会をとらえ啓発・説明していく必要がある。まずは、2月29日に「地域包括ケアシンポジウム」を区役所・社協の共催で開催するが、このような機会を増やしていきたい。</li> <li>②地域福祉活動計画推進委員会や生活支援にかかる協議体(生活支援連絡会)によって、「誰が」「どこに対して」「どのように」仕掛けるか、つながるかを明確にし、社会資源の拡充を図りたい。</li> </ul>

### (2) モデル事業全体を通してうまくいったこと、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによるメリット、効果

社協職員が専門職（包括、ケアマネ、サ責、ヘルパー）と住民（要援護者及びその家族、民生委員、ボランティアコーディネーター、ボランティア）の間で、情報収集や調整を行うことは、スキルアップの場となった。

社協としても生活支援にかかる協議体のあり方や、拡充すべき社会資源が浮き彫りになり、これから何をすべきかが明らかになったと思う。

メリット・効果については、事例検討という情報共有の場があることで、お互いに理解が深まり（住民：サービス導入の意図、専門職：地域での生活実態・専門職への訴えと実際の地域生活の違いなど）、どのように支援するかという目的に向かって、適切な専門的援助と住民の自発的な活動で何ができるかが明確になり、より連携を深めるきっかけとなった。

特にボランティアでできることとできないこと(やりやすいこと：見守り、話し相手、お茶飲みサロン、ゴミ出し、やりにくいこと：買い物や通院の付き添い)や、援助の対象者によってやれる

ことが変わること（AさんにならするがBさんにはしない）が明らかになった。

### (3) モデル事業全体を通してうまくいかなかったこと、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによる課題

今回社協職員が行った調整役を誰が行うのか（包括、ケアマネ、生活支援コーディネーター1層・2層）が明確になっていないこと、事務量・業務量が多いのでその負担感（専門職・住民ともに負担感がある発言があった）を軽減する仕組みを検討する必要性を感じた。

「新しい総合事業」や「地域包括ケアシステム」についてまだまだ理解・周知が不十分なため、「今までの専門職によるサービス提供が、住民に押し付けられる」「サービスが受けられなくなる」と思っている方に正しい理解を広めなければ、新たな活動が生まれにくい。専門職も介護保険制度内だけでプラン作りをすれば良いという固定観念（地域情報の収集は余分な仕事）は、変えなければならぬと感じた。

また、専門職と住民の個人情報保護に関する意識の違い（どこまで情報を開示して良いのか）も明らかになったため、協働することの必要性を啓発しなければならない。

事例検討を行った2学区のように、「地域支えあい事業」という個別支援ボランティアの仕組みがある地域と、ない地域の格差が生まれることも、大きな課題である。

## 4) 住民への広報・啓発の取り組み状況 気づき・成果と課題

---

### (1) 住民への広報・啓発の取り組み経過

○日時

平成28年2月29日(月) 13時30分から15時30分

○内容・プログラム

中川区地域包括ケアシンポジウム

第1部 講演：「わがまちの地域包括ケアを考える」

講師：同志社大学准教授永田祐氏

第2部 活動事例報告「千音寺学区地域支えあい事業における住民と専門職の連携について」

「サロン中花における住民と福祉施設の連携について」

○参加者数、属性等

参加者数約200人(一般区民、民生委員、町内会長、医療・介護専門職など)

### (2) 住民への広報・啓発の取り組みの気づき・成果

○一般の来場者が多く、関心の高さがうかがえた。

○1部2部ともに具体的な事例が多かったため、分かりやすかったとの評価をいただいた。

○住民、行政、専門職などのそれぞれの役割分担がイメージできたのではないかと。

### (3) 住民への広報・啓発の取り組みの課題

○さらなる理解促進のため、継続的に広報・啓発の機会を作る必要性を感じた。

○特に専門職に対して、住民のボランティア活動や生活支援活動についての理解を進める必要性を感じた。

## 4.2.3 香川県琴平町

### 1) 地域特性 地域福祉活動の状況 要支援者等の状況

#### (1) 基本情報（平成 27 年 10 月 1 日現在）

人口（人）	9,623
世帯数（世帯）	4,289
面積（km <sup>2</sup> ）	8.46
高齢化率	37.9%
要支援・要介護認定者数	626
1号被保険者に占める割合	17.8%
要支援	132
要介護	494

#### (2) 地域特性

こんぴらさんの門前町として栄え、狭小でほぼ平坦な町域で、主たる産業は観光、農業である。

旅館・ホテルで働く人の中には、県内外から様々な事情があつて来た人もいる。その人たちが高齢化し、生活困窮、家族との交流がない、勤務時間が不規則なため地域からも孤立しがちで、生活課題になることが増えてきている。

#### (3) 日常生活圏域の設定、地域包括支援センターの設置状況

日常生活圏域は1圏域（全町）である。

地域包括支援センターは1か所で役場福祉課の直営である。

#### (4) 総合事業への移行状況

平成 29 年 4 月を予定しているが、詳細は未定である。

#### (5) 協議体の設置状況

現時点では未定である。

#### (6) 生活支援コーディネーターの配置

社協に配置する見込みとなっているが、平成 28 年度から配置するか等、詳細は未定である。

#### (7) 住民主体の福祉活動

町内を 4 地区に分け、地区地域福祉推進連絡会を設置している。この連絡会は、各地区の問題

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である（地区社協機能）。

地区ごとに、振り込め詐欺や悪徳商法の被害が続出した際の講演会の実施（平成 17 年度）、猪の目撃が多かったため猪の対策等実施（平成 18 年度）、地域の絆をより強固なものにしていくための「榎の木フェスタ」開催（平成 26 年 6 月）、15 回の定例会や説明会の開催（平成 25 年度）、自治会の風通しをよくしていく協議（平成 26 年度）、定例会の中で問題や課題を協議、小学校の子どもたちの登下校中の見守りを実施、交差点の花壇に季節ごとに花植え（平成 18 年～）等を行っている。

そのほか、住民の主な活動としては、福祉委員活動(自治会選出：151 人)、ひだまりクラブ活動(ふれあいいきいきサロン。44 ヶ所)、障害者事業所運営の NPO が 1 ヶ所ある。

また、社協プラットフォーム事業の中から、子ども・子育てに取り組む活動が熱心に取り組まれている。また、平成元年からの食事サービス(週 5 日実施)は、町内女性団体が参加して継続している。

#### (8) 事例検討会の基盤となる既存組織

必要に応じて随時開催の事例検討会を基盤とする。この検討会の主催者は、行政、地域包括支援センターではなく、社協である。地域生活総合支援サービス（制度外）のケース対応や相談が持ち込まれた際に随時開催している。

地域包括のケア会議（年 3 回）は、町内ケアマネを集めた制度説明が中心で、困難事例の解決の場にはなっていない。

#### (9) 社協の主な事業

地域福祉活動推進	○ふれあい・いきいきサロン（高齢者 44 ヶ所/子育て 0 ヶ所/障害者 0 ヶ所/計 44 ヶ所） ○福祉総合相談 ○地域生活総合支援サービス ○福祉委員活動（各自治会より選出：151 名） ○地域福祉推進連絡会（地区ネット） ○拠点整備・活用 ○医療・保健・福祉関係者連絡会	
相談支援、権利擁護	○日常生活自立支援事業 ○法人後見事業	
在宅福祉サービス事業	高齢者福祉	○居宅介護支援、訪問介護
	障害者福祉	○訪問介護、行動援護
	児童福祉、その他	○特になし
生活困窮者自立支援事業	○自立相談支援	
その他	食事サービス、えんがわクラブ、通所入浴サービス	

## 2) 事例検討会の構成や実施状況 実施にあたっての工夫

### (1) 事例検討会実施経過

	日時	検討事例数	参加者数			参加者の所属・属性	
			合計	専門職	住民	専門職	住民
1	2015/11/25(水) 13:00～15:00	3	17	5	12	社協職員、町福祉課	民生委員、福祉委員、自治会長、婦人会、老人クラブ等
2	2015/12/24(木) 13:30～15:00	2	17	7	10	社協職員、町福祉課	民生委員、福祉委員、自治会長、婦人会、ボランティアグループ
3	2016/2/26(金) 13:30～16:00	1	22	10	12	地域包括、町福祉課、社協職員	民生委員、福祉委員、自治会長、婦人会、ボランティアグループ、老人クラブ

### (2) 事例検討会実施にあたっての工夫

- 地域の方にわかりやすく事例の説明
- 自分たちに何ができるかに焦点を当てる
- 必ず発言できるようにカードワークを実施

## 3) 事例検討会を通じての気づきや成果 実施上の課題

### (1) 事例検討から明らかになった地域課題と今後の対応

地域課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>○農村地域では買い物がするところが少なく、歩いて行ける距離にあまりない</li> <li>○頼れる人の存在が少ない（あまりない）</li> <li>○いずれの事例もあまり人と関わることがない</li> <li>○民生委員や福祉委員、婦人組織などの地域の世話人の活動が繋がっていない</li> <li>○移動手段がない</li> <li>○友人・知人が少ない</li> <li>○集まる場がない</li> </ul>
今後の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉有償運送、乗合車の仕組みづくり</li> <li>○見守り・声掛けを行うグループづくり</li> <li>○居場所づくりに取り組む</li> <li>○有償のボランティアグループづくり（簡単な作業等）</li> </ul>

### (2) モデル事業全体を通してうまくいったこと、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによるメリット、効果

住民との事例検討を通して、本人のいいところ、困っていることなどがわかるようになった。これは今後検討を進めていく上でとても重要なことと考えている。サービスの介入がある事例では、住民の支えあい部分はいらないとの見方もあったが、グループワークを通して困っていることやいいところに着目して、こうしたほうがこの人にとっていいのではないかなど、その人がどうやったら生きがいを持って暮らすことができるのか考えることができていた。

専門的な援助が必要などには介入し、専門職ができないことや目の届かない部分を住民の

支えあいによって支えていくことによって、安心につながるし、生活にも張りが出てくると思われる。よって介護状態からの脱却、介護状態にならない身体づくりになると考える。

また、事例検討会に参加してくれた住民の持っていることができることがよくわかったこと、参加していただいた皆さんによる総合事業の意図とねらいの共通認識ができたことも事業に取り組んでの成果である。

### (3) モデル事業全体を通してうまくいかなかったこと、専門的援助と住民主体の福祉活動が協働することによる課題

近所に住んでいてその方のことをよく知っていると、「この人はこういう人だからそれはできない」などといった批判的な意見も出ていた。また、具体的な解決策について、色々こうすればいいとか、こんなのがあったらいいという意見は出るのだが、自分たちがやっぴいこうというところまではいたらなかった。今後住民による支えあい活動の仕組みを作っていくためにも、自分たちでやるという意識をどのように作っていくかが重要だと感じた。ただ、いろんな活動をしている方は精一杯してくれている。今回、事例検討会に参加した皆さんはほとんどが地域の中で様々な活動をしてきている現状である。さらに高齢化が進み、自分の事で精いっぱいとなっている現状もあるので、これからの若い世代への働きかけが重要だと思っている。

## 4) 住民への広報・啓発の取り組み状況 気づき・成果と課題

---

### (1) 住民への広報・啓発の取り組み経過

- 日時 <説明会①>平成 27 年 11 月 18 日（水）、11 月 20 日（金）  
<研修会>平成 28 年 2 月 26 日（金） 視察 2 月 29 日（月）  
<説明会②>平成 28 年 3 月 8 日（火）

#### ○内容・プログラム

- <説明会①>・地区ネットの役員に対しての総合事業についての説明会
- <研修会>・研修会として地域ケア会議を開催
- <視 察>・居場所づくりについての先進地視察
- <説明会②>・サロン推進者に対しての説明会

#### ○参加者数、属性等

参加者数 H27/11/18 15 名 11/20 18 名 H28/2/26,29 22 名 3/8 43 名

属性 各地区地域福祉推進連絡会（地区ネット）の役員

（民生委員、福祉委員、自治会長、婦人組織、ボランティアグループ、老人会等）

### (2) 住民への広報・啓発の取り組みの気づき・成果

○外部からの講師を呼んでの総合事業についての説明は、他地域の取り組み状況等聞けて参考になった。

- 先進地視察では、説明が終わると約一時間にわたり質問をされていたので、非常に関心度が強くなったと思う。
- サロン活動推進者に対しての説明会を終えた後、いくつかのサロンから声がかかって説明に行くようになった。

### (3) 住民への広報・啓発の取り組みの課題

- 地区ネットの役員に対しての啓発だけで、まだ全住民に対しての広報啓発活動ができていないので、広報紙等の媒体を使いながら、地区ごとに来年度以降説明会等を開催していかなければならない。
- まだごく一部の人たちにしか意識醸成が図れていないので、意識をどのように変えていくのが今後の課題と感じている。

この事業は、厚生労働省老人保健事業推進費等補助金により行ったものです

## 専門的援助と住民主体の福祉活動の協働を進めるために ～新しい総合事業における要支援者等への支援を考える

厚生労働省 平成27年度老人保健健康増進等事業  
要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究事業報告書

.....

平成28年3月

社会福祉法人 全国社会福祉協議会  
要支援者等への支援における専門的援助と住民主体の福祉活動の協働に関する調査研究委員会

〒100-8980  
東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル  
TEL 03-3581-4655 FAX 03-3581-7858  
(全国社会福祉協議会地域福祉部)

印刷 大東印刷工業株式会社

※本書の無断複写・複製・転載を禁じます。

