

2.

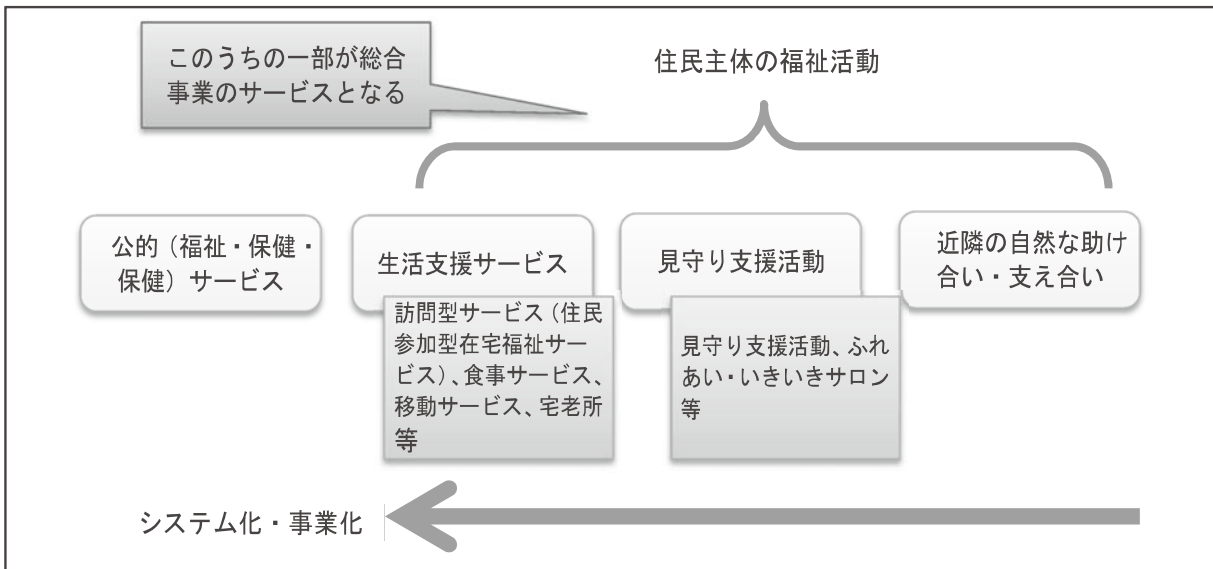
要支援者等への支援における 専門職と住民の協働

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

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、食材配達、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"> ・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 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
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"> ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 (→モニタリング【適宜】)

<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が多く、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」¹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。

¹ 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。

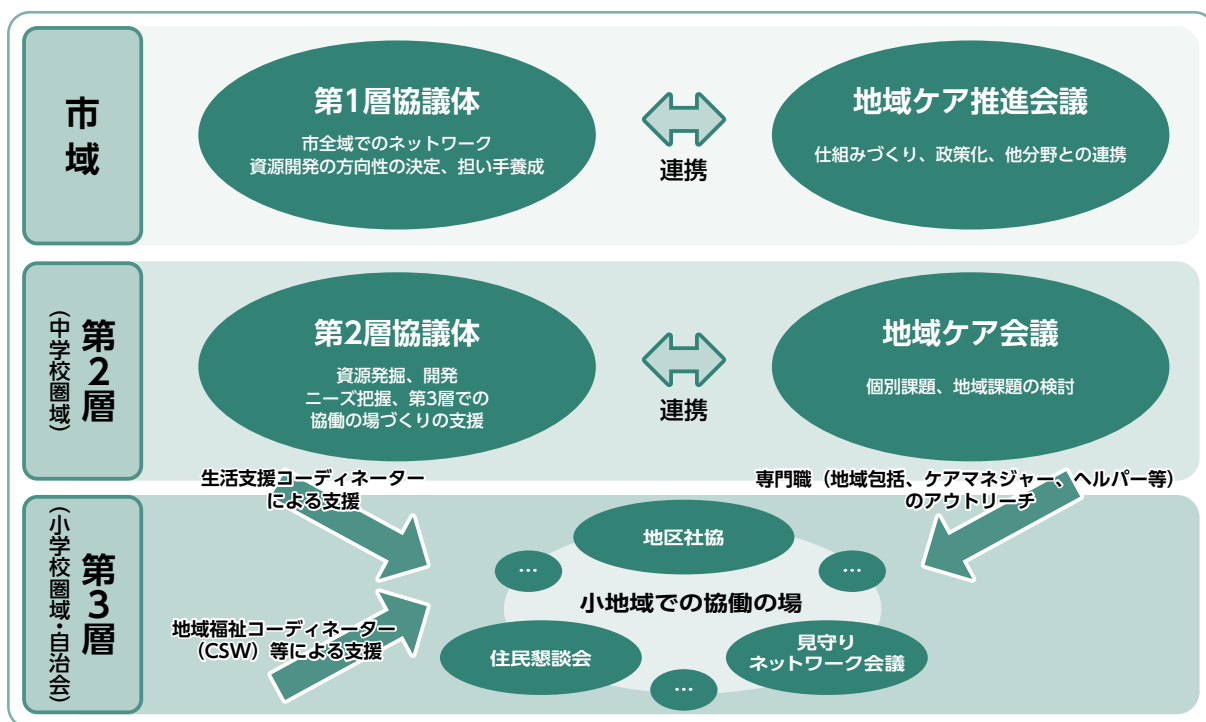
③なんでも相談窓口（豊中市社協）

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）

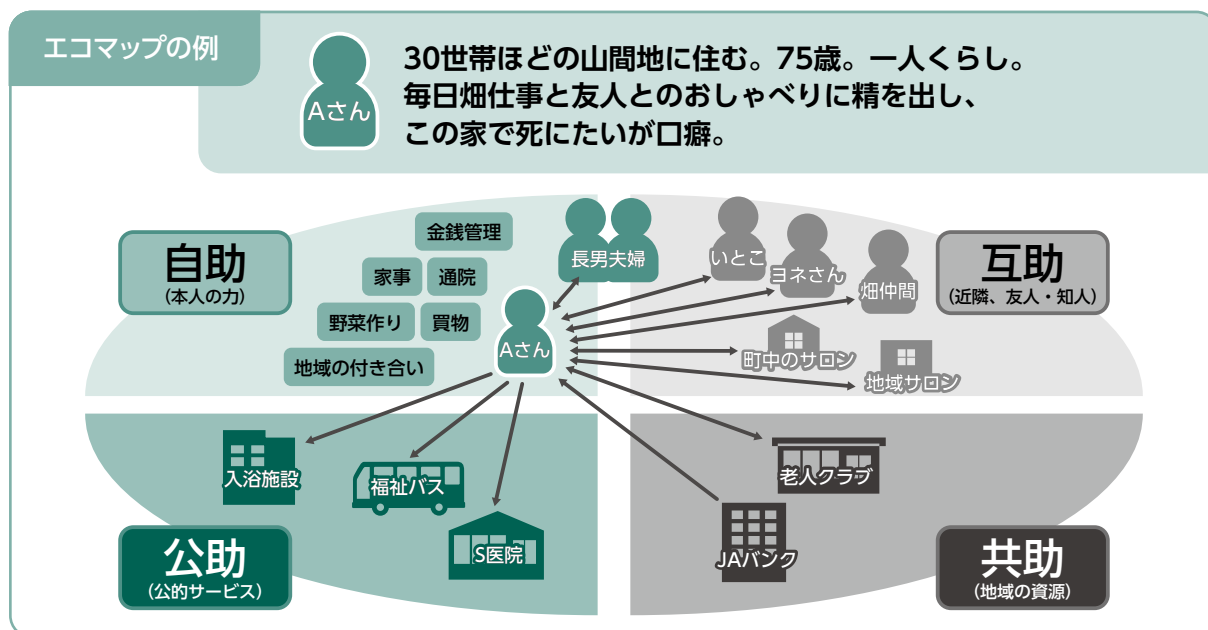
- 事例検討会議を通して、住民と専門職の相互理解をはかり、有効な話し合いを行って協働の効果をあげていくためには、ファシリテーターの役割がとても重要である。
- ファシリテーターは、既存の制度によりかからずできるだけニュートラルに「この人に必要なことは何か」について住民と一緒に考えていくというスタンスが求められる。
- また、とくに住民はこうした会議での発言に慣れていないため、ファシリテーターは専門用語や制度に関する確認や解説を随時行って住民が共通理解の上で話し合いに参加できるように気を配るとともに、住民の意見を引き出すような投げかけを意識する必要がある。
- そして、住民から本人の自立支援につ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