

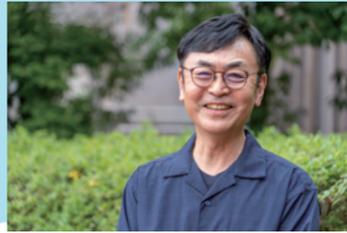
執筆協力 一般社団法人 コミュニティーネットハピネス代表理事 土屋 幸巳
特定非営利活動法人 日本ファシリテーション協会 フェロー 鈴木 まり子
公益財団法人 さわやか福祉財団 澤 美杉

取材協力 西伊豆町役場 / 社会福祉法人 西伊豆町社会福祉協議会 / 理学療法士 / 西伊豆町住民のみなさん / ボランティア
社会福祉法人 御殿場市社会福祉協議会 / 御殿場市住民のみなさん / ボランティア / 社会福祉法人
袋井南部地域包括支援センター (社会福祉法人 袋井市社会福祉協議会) 袋井市住民のみなさん
島田市役所 / 社会福祉法人 島田市社会福祉協議会 / 島田市住民のみなさん / ボランティア

2023年3月発行
企画制作および発行元
静岡県健康福祉部福祉長寿政策課
社会福祉法人 静岡県社会福祉協議会 福祉企画部 地域福祉課



生活支援コーディネーター GUIDE BOOK



一般社団法人コミュニティネットハピネス
代表理事 土屋 幸己 さん

2017年に一般社団法人コミュニティネットハピネスを立ち上げ代表理事に就任。市町の福祉アドバイザーやソーシャルワークの基本であるアセスメント研修をはじめとする各種研修、全国各地で共生社会の実現に向け地域づくりを推進しています。

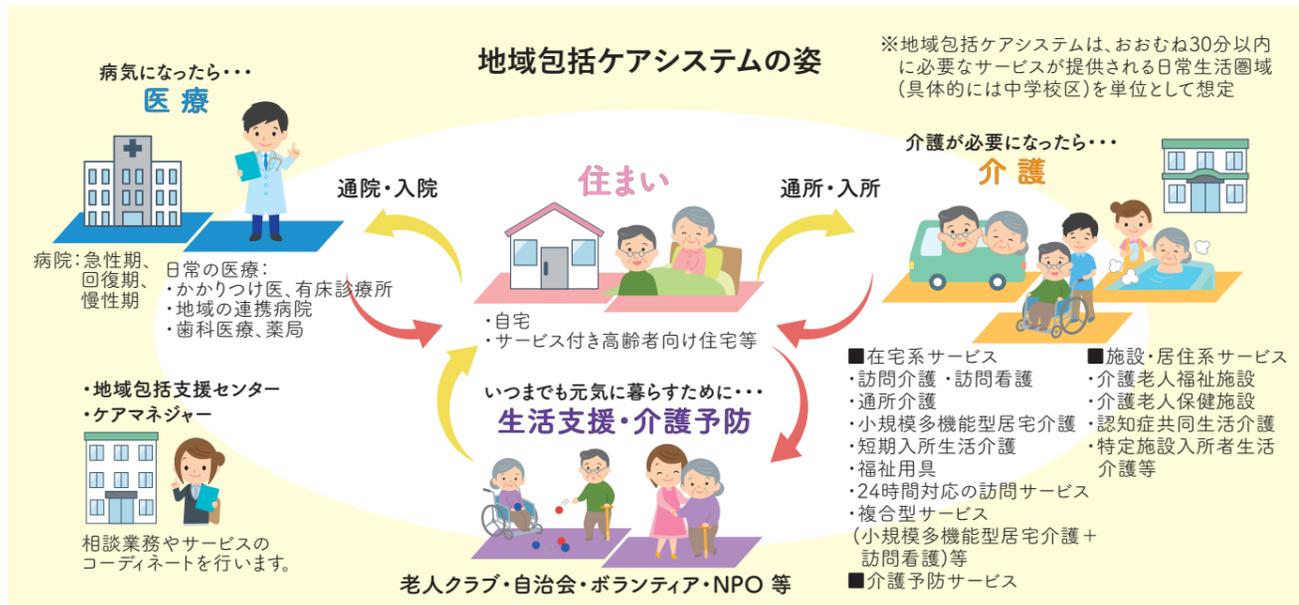
2040年問題 国の対策・課題

2040年問題がクローズアップされています。我が国はかつてない少子高齢化時代を迎えようとしていて、その結果少子高齢化の進行により医療介護の担い手不足が深刻な問題になっています。

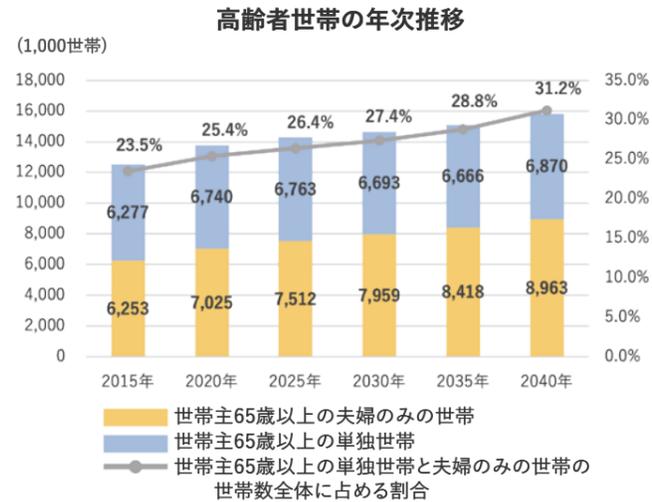
2040年代になると、一人の働き手で一人の高齢者を支える時代になり、介護職1人に対して有効求人倍率が4を超え、これを医療福祉の現場で試算すると生産年齢人口の5人に一人が医療福祉現場で働かないと回らなくなります。また、このままの状態では医療や介護のニーズが増大すると2040年頃には、高齢基礎年金世帯における後期高齢者医療保険料と介護保険料の合算が17,000を超えるという試算も示されています。

高齢者人口が増えること自体は問題に直結するわけではありません。元気で自立している高齢者が増えてもさほど問題になりませんが、高齢者人口が増えることにより要介護高齢者や認知症高齢者、一人暮らしで支援が必要な高齢者が増加してくることが問題となります。健康で自立した生活を送ることができる健康寿命と、要介護状態も含む平均寿命の差が大きいことです。

2021年では女性の平均寿命87.7歳で健康寿命は75.5歳、男性の平均寿命は81.6歳で健康寿命は72.6歳。この差は女性で12年、男性で9年ほどになっているので、この差を少なくし健康寿命を延ばそうというのが日本の大きな課題となっています。高齢者が住み慣れた地域で、健康寿命を延ばすことができるような地域づくりをするために、平成27年度介護保険法を改正し、「介護予防・日常生活支援総合事業」や「生活支援体制整備事業」をスタートさせました。これらの事業は地域の中で支援が必要な高齢者が気軽に通って話ができたり、介護予防体操を行ったりできる通いの場や、本人の個別ニーズに対応できる生活支援サービス（買い物・洗濯・掃除・地域内での移動支援等）を住民の協力を得ながら、創り出そうというものです。一言でいうと、介護予防の視点を持った地域づくりを目指す事業といえます。これらの事業は、公的サービスだけでは対応できないような、インフォーマルな支援が地域に出来上がることにより、住み慣れた地域でその人らしい生活の継続ができることを目指しています。



(出典) R4「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より加工編集



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成30(2018)年1月推計)」より作成
(出典) R4「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より加工編集

地域包括ケアシステム・地域支援事業(包括的支援事業)・自立支援における生活支援の役割

地域包括ケアシステムの目的は、独り暮らしや要介護状態・認知症になったとしても、住み慣れた地域で、地域との関係性や信頼関係の中で尊厳ある地域生活が続けられるような仕組みを作ることです。そのためには医療・保健・介護・福祉の連携体制や地域での支え合いの仕組みづくりする必要があります。医療・保健・介護・福祉の連携体制は、主に医療・保健・介護・福祉等に従事する専門機関や専門職が関わります。一方、地域の支え合いの仕組みづくりは主に住民主体で関わるようになります。専門職はその特性上自分たちの専門分野としての自覚と責任があるので、取り組みに対する意思は高いのですが、住民の支え合いに対する意識には温度差があります。先にも述べたように、担い手不足をはじめとする様々な要因から公的なサービス提供の限界が近づいていることを自覚し、積極的に地域づくりに参加しようという意識を持つ住民はまだ少数です。しかし、医療や介護サービスだけでは支援できない高齢者が増加し、要介護状態や認知症状の悪化が心配な高齢者への対応や健康寿命の延伸には、地域での支え合い活動が不可欠になります。そのためには、住民主体の互助活動を基盤とした支え合い活動の展開が不可欠なのです。

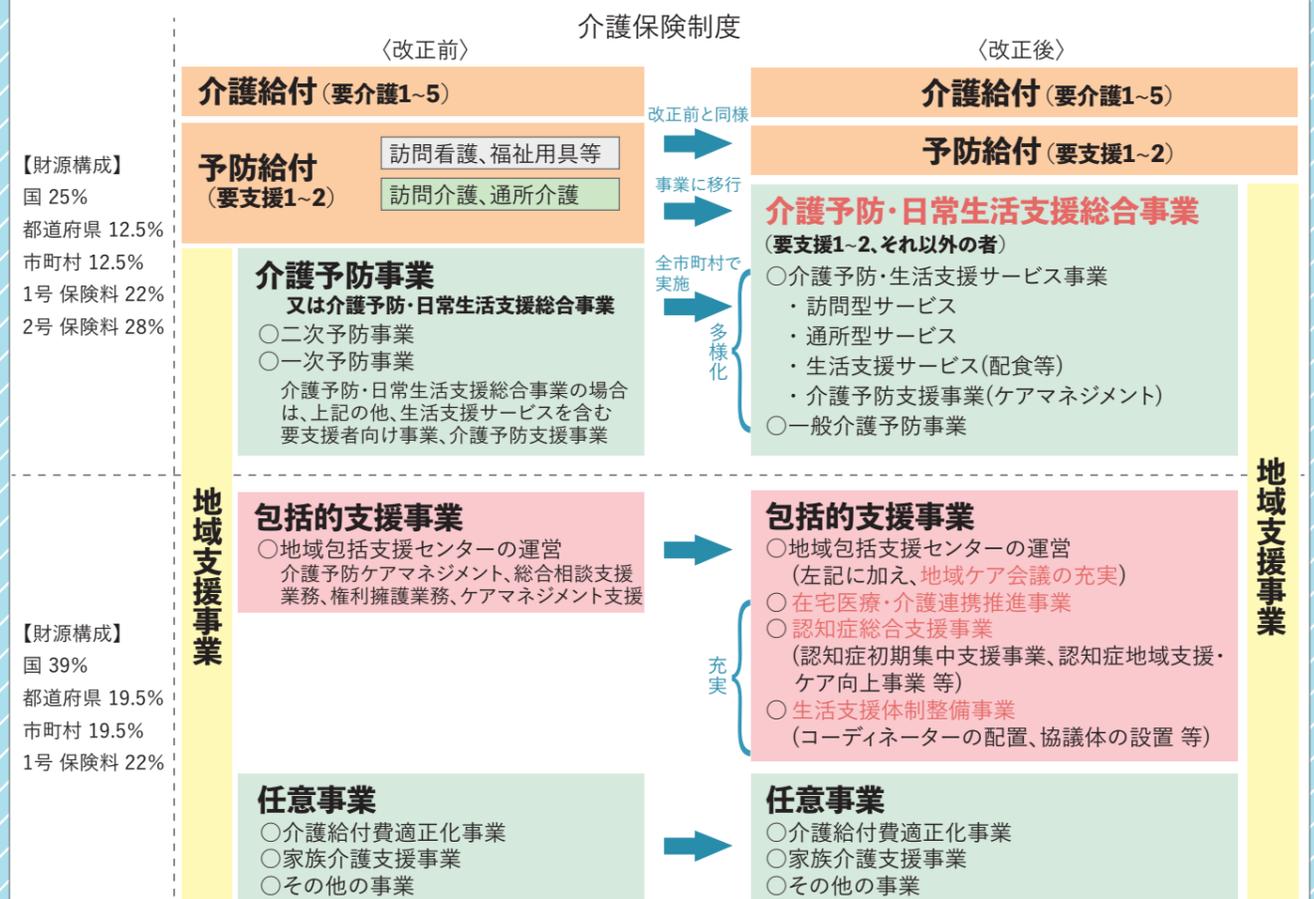
これらの地域包括ケアシステム(医療介護連携や地域での支え合いの仕組みづくり)構築への取り組みは、平成27年度以前は介護保険法の市町村事業である包括的支援事業に位置付けられていた「地域包括支援センター」が担ってきました。しかし、高齢者人口の増加に伴い個別支援を必要とする高齢者が増え、地域の支え合いの仕組み作りへの対応が困難になってきました。そこで平成27年度から社会保障を充実させるという名目で、



がスタートしました。包括支援センターと協働するための手段として、生活支援体制整備(生活支援コーディネーター(以下SC)や協議体の設置)がスタートしたわけです。

生活支援体制整備事業の目的は、介護予防や健康寿命の延伸につながるような地域づくりです。そのために支援が必要な通いの場や生活支援体制の構築が求められているということです。生活支援体制整備事業の成り立ちから見ても地域包括支援センターとSCや協議体が連携するということが事業推進に必要だということが理解できます。

【参考】新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



(出典) R4「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より加工編集

生活支援体制整備事業における生活支援コーディネーター(SC)・協議体の役割

生活支援体制整備事業では、市町の実情に応じてSCや協議体を設置することになっています。SCや協議体の設置に関しては、特に設置の基準は示されていませんが、協議体に関しては市町村レベルで第1層協議体、地域レベルで第2層協議体を設置するようになっています。まず、SCの役割から説明しましょう。

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

具体的には、不足していることが明らかにされたサービス等について、市町村や地域包括支援センター等と連携して、既存の組織にサービスや活動を開始するよう働きかけたり、新たな組織の設立を支援したりサービス・資源の開発活動を行います。

(出典) 厚生労働省中央研修資料より抜粋

- ① 資源を把握
- ② サービスを作る
- ③ 担い手を養成
- ④ 資源情報の共有
- ⑤ ネットワークづくり

これは全部【目的】のための手段

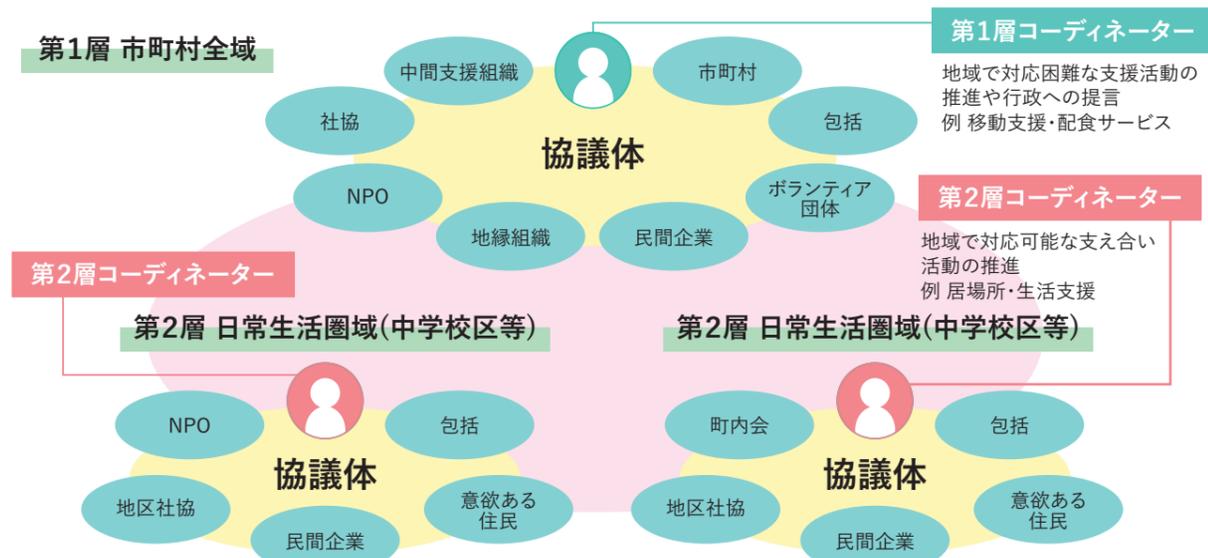
なんのため

利用者のニーズに合った生活支援等サービスが行われるように
利用者とは？
非該当でも支援が必要な方
要支援者1・2の軽度者

①～⑤は、生活支援体制整備を推進するための手段なので、資源マップを作ったり、居場所や生活支援ボランティアを作ったり、関係者間のネットワーク会議を開いたりすることが目的ではなく、これらの活動が展開されることにより、支援を必要としている人のニーズに合った生活支援サービスが提供されるということが最終の目的になります。

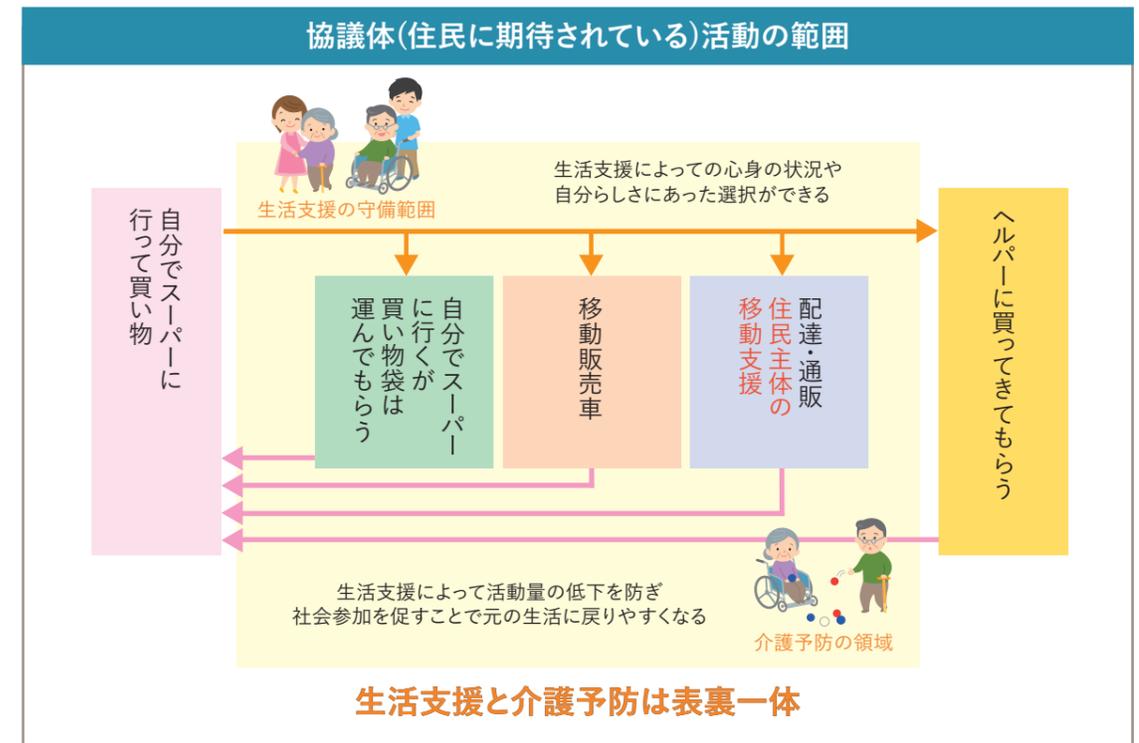
そのための俯瞰的なコーディネートをするのが、**生活支援コーディネーターの役割**となります。一方、協議体は第1層と第2層では役割が異なります。地域ごとに設置される第2層協議体の役割としては、**地域で対応できる範囲での支援を展開すること**です。協議体で把握した支援ニーズや地域包括支援センターからつながった支援ニーズなどに対応するために、協議体メンバーで協議し、メンバー以外の住民の協力を得ながら、通いの場づくりや生活支援（買い物・洗濯・掃除・ゴミ捨て等）、地域内での移動支援等のサービスを創出します。また、支援を必要としている人のニーズにあったサービスがすでに存在している場合には支援を必要としている人とサービスをつなぐこともその役割になります。市町全域に設置される第1層協議体は、**市町域全体での課題把握や行政等への提言の役割**があります。具体的には、生活支援コーディネーターや協議体が機能しているか、適切な人員配置や協議体圏域が設定されているか等の評価機能も求められます。また、第2層協議体では対応困難な課題に対して行政に提言する役割もあります。

第1層協議体と第2層協議体の構成例



例えば、地域内での買い物支援や通いの場までの移動支援等は、第2層協議体の活動範囲になりますが、公共交通機関の不足による広域での移動支援の課題等は、第1層協議体で協議して行政等への政策提言に反映させる必要があります。要するに、地域でできる支援は第2層協議体で協議しながら作り出す。地域で対応困難なことは、第1層協議体で協議し政策提言を行い課題の実現を目指すということになります。

第1層、第2層に協議体に求められる役割には違いがあるので、第2層の情報を第1層にしっかりとつなげることがポイントになるため、第1層協議体のメンバーの中に第2層協議体の実務者が参画し第2層協議体での課題を第1層協議体に提示できるような体制づくりも必要になります。



(出典) ILC International Longevity Center-Japanより加工編集

静岡県内の生活支援コーディネーターのはたらきかけを見てみよう!



西伊豆町

全域のみ

DATA

- 人口7,236人 (R4.4.1現在)
- 高齢化率 52.0%
- 日常生活圏域数 1



支えあいのボランティアバトン 住民自身が主役の介護予防

《第1層協議体構成員》

- 行政4名
(健康福祉課介護保険係・福祉係、まちづくり課企画調整係)
- 社会福祉協議会3名(会長、局長、SC)
- 地域包括支援センター1名
- 民生委員児童委員会1名
- 自治会長1名
- ご近所福祉ネットワークin中代表1名
- 西伊豆町地域活動者連絡会代表1名
(第2層配置 設置無し)

行政の働きかけ

西伊豆町の課題

県内では一番の高齢化率の高さ。
健康寿命を延ばし、生き生きと元気に暮らす高齢者をUPさせる!



行政職員

ラジオ体操を基盤とした『ご近所型介護予防』を進めていく中、「退院後継続してリハビリテーションを受けることが出来ない」と言っている住民や、遠方の事業所が訪問リハを行ってくれているとの話を聞いていました。西伊豆町を含む周辺のリハビリ専門職の状況を調査したところ、9名しかいないことが判明しました。そこで、まずはリハビリ専門職を増やすことを考えました。地域おこし協力隊制度の活用や静岡県理学療法士会の公開講座を当町で開催してもらい、シルバーリハビリ体操指導士養成講座の際には「西伊豆町の現状・今後の推移、なぜ今住民同士の支え合いが大切なのか」説明をし、住民主体の取り組みに変わっていききました。現在では、行政・社協などがバックアップする体制が整い、新たなニーズにはSCと住民が連携して問題解決に向けて取り組んでいます。

誕生!!

シルバーリハビリボランティアのバトン

リハビリ中の様子



運転ボランティアさんへバトンタッチ



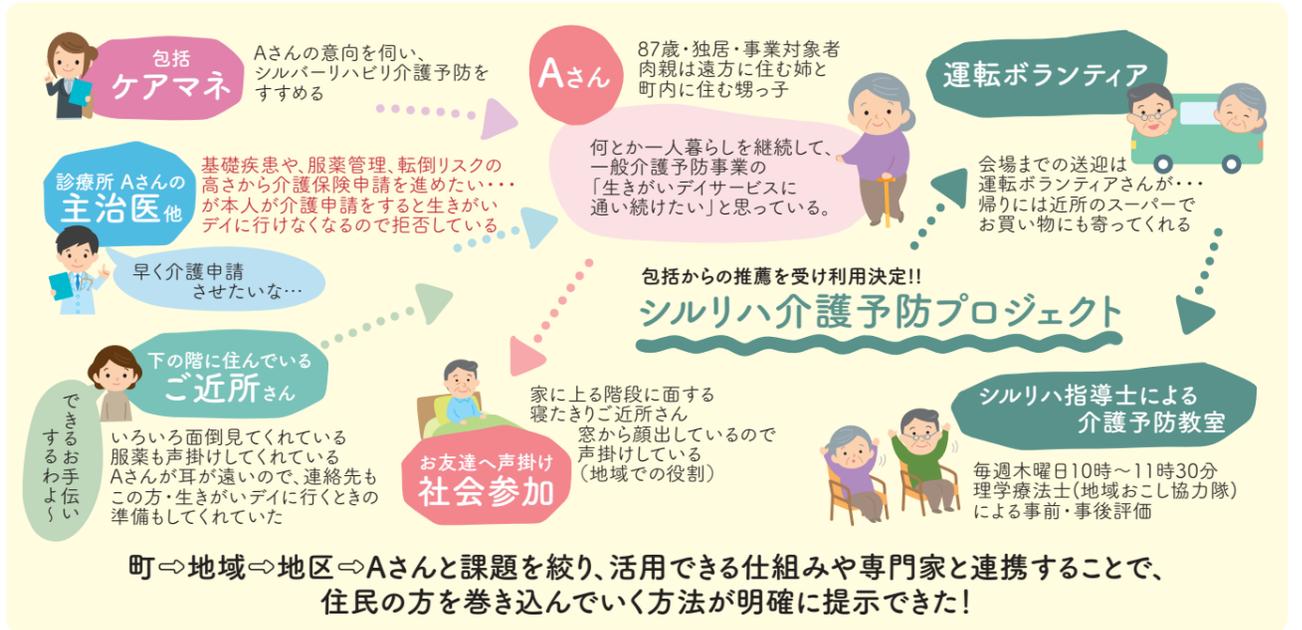
リハビリ終了後、理学療法士によるアドバイスがある。そのアドバイスを基に、シルバーリハビリボランティアは、次回の運動内容などを調整していく。

まとめ

- 1 地域の具体的な現状把握
- 2 地域おこし協力隊制度を活用したリハ職の募集
- 3 静岡県理学療法士会の公開講座開催
- 4 マスメディアを活用した周知UP活動
- 5 住民同士の支え合いの大切さを丁寧に周知

PTの指導を受け
シルバーリハビリボランティアを
育成したにゃ!

移動には欠かせない
ドライバーさんも
育成したにゃ!



田子公民館が介護予防会場になっています。



この場所を選んだ理由は? 『避難地』

日常から避難訓練に
結び付く仕組み作りに成功!

会場設備ハードルも
知恵と工夫でクリア!!

場所の選び方
にも
意味があるにゃ

地域から地域へバトンをつなぐ

地域包括ケアシステムを構築するためには、町内ではまだ不足している住民同士の助け合い活動となる生活支援サービスを、増やしていく必要があります。体制整備事業の一環として進めてきた住民懇談会で、町内でも限界集落となっており、福祉サービスや介護保険サービスが地理的原因でなかなか受けられない地区から新たに「自分たちの地域でぜひ活動をしていきたい」という声をいただき、令和4年10月からスタートに向けて準備を整えています。その流れで、他の地域でも、住民同士の支援の取り組みを拡大していく予定です。



地域支え合いフォーラム

第一層SC ~想い~

シルバーリハビリ体操の理念が「住民が住民を育てる」となっています。介護から介護予防に身体機能が向上された高齢者が少しでも元の生活に戻れるお手伝いを地域住民の力を借りて実施することで、「(機能的にも・社会的にも)また戻れるんだ。」という意識が対象となる高齢者に芽生えてくることを期待しています。それと同時に、支援者の「自分たちがいつまでも健康でいつづける。」という気持ちにつながって行けたらと思っています。この事業は、「住民が住民を育て、住民自身が“主役”となる事業です。



第1層SC

- 【事業の成果・参加者人数】
- 支え愛にしなシルバー隊(毎月第2・4金曜日)20名
 - 田子体操クラブ(毎月第2・4木曜日)10名
 - いきいき安良里サロン(毎週金曜日)20名
 - 介護予防プログラム実証実験
通所型サービスB(毎週木曜日)3名

西伊豆オリジナルを
どんどん
生み出すにゃ!!

西伊豆町生活支援体制整備事業 今後の展望について

西伊豆町は、ご近所型介護予防を町全体で進めてきていることから、居場所・生活支援移動支援サービス・介護予防運動教室をテーマに官民が連携した取り組みを行ってきました。今後は、住民だけでは限界となる生活支援サービスを地元企業などにもご協力いただきながら、広げていきたいです。

認知症の症状のある人を地域で支えるために

DATA

- 人口87,983人 (R4.4.1現在)
- 高齢化率 25.0%
- 日常生活圏域数 4



《第1層協議体構成員》

- 行政1名
- 社会福祉協議会1名 (SC)
- 病院(リハ職)
- 自治会連合会
- 居宅介護支援事業所
- 社会福祉法人(障害)
- 居場所・サロンの代表者
- コミュニティセンター
- 国際交流協会

- シルバー人材センター
- 民間の生活支援事業所 計15名

《第2層協議体構成員》

- ※ 各圏域により異なる
- 社会福祉協議会
- 民生委員
- まちづくり協議会
- 郵便局や薬局などの事業者
- 地域包括支援センター
- 支え合い活動実践者等

コロナで地域包括支援センターへの認知症相談が増えた！
認知症地域支援推進員との連携

袋井市の第2層SCはそれぞれの地域包括センターに配置されているため、地域とより密接な関係を築くことができている。
ある自治会では認知症を発症してから地域との関わりが希薄になってしまった方に対し、地域との関わりを維持する方法を検討するため、SCが中心となり小地域ケア会議を開催。地域で行われている居場所や体操教室であれば認知症の方も一緒に活動できることから、スタッフに迎えに行くなど声を掛けていただくように調整し、その結果、認知症の方も参加することが可能となりました。



第2層SC

地域包括支援センターとの連携！

～包括・専門機関・住民をつなぐSCの役目～

CASE1

認知症のある人の暮らしを守るDVDを制作



Nさん・86歳
息子と二人暮らし
認知症

認知症の方の接し方を
住民や関係機関と協働で
動画を制作しました



参加者・居場所/体操教室のスタッフ・民生委員
・近隣住民・SC

小地域ケア会議とは・・・
地域住民と専門職が一緒になって地域課題に対し、地域での取り組みや課題、解決に向けて話し合い、連携を図っていく場

物忘れが多くなってきたNさん。家族や地域から心配の声があがり、見守り強化を進め、地域からさりげないサポートにより居場所や体操教室へ参加し、笑顔が増えた。
その経験を住民とSC、認知症地域支援推進員などと連携をし、認知症啓発DVDを制作した。

袋井市の第2層協議体はどんな風に構成されている!?(袋井南部圏域の場合)

自発的に協議体に参加したい方を対象とし、現在14名で活動!

民生委員

まちづくり協議会会長及び役員

支え合い活動実践者及び活動に興味のある方

情報発信



今まで住民向けのチラシを作成し、民生委員を通じて高齢者に配布してもらっていたが、第2層SCと結びつきの強い民生委員や地域活動のリーダーたちに、SCの業務をしっかりと周知できていないことから、支援者向けとしてチラシの発行を検討。また、地域で行われている活動紹介のチラシを作成することで多くの方に知っていただく機会が増え、活動者の士気が高まることばかりでなく、他団体が活動の参考にすることで活発な活動へとつながることを期待して発行しています。

作成したチラシはホームページにも掲載し、周知啓発をしています!



活動・チラシの詳細はこちら!



チェックポイント

- 1 顔の見える関係性(人と会える環境・場所を工夫)
- 2 ケアマネジャーとの連携強化
- 3 包括に席を置きつつ、社協との連携強化
- 4 地域でできないことをSCがバックアップ・情報発信
- 5 スピード感をもって専門機関へつなぐ

ミクロの活動からマクロの支援へ!
相談事に大きいも小さいもなく、1つの困りごとから連鎖し、地域の課題解決へ波及していく!

災害時の高齢者の困りごと

令和4年台風第15号に伴う水害が市内にも発生しました。自治会連合会長、自治会長、担当民生委員と連携し、包括では翌日に一人暮らし高齢者宅の訪問し、被災状況及び困りごとの調査を行いました。包括とSCでトリアージを行い、家族や知人から支援が受けられない方や受けにくい方について、まちづくり協議会や防災部会、袋井災害ボランティアの会と連携してボランティアを募り、家具や畳の運び出しや拭き掃除等を行い、計3日間で180人が活動しました。これからも、生活の困りごとの確認に訪問し、必要に応じて関係機関へつないでいき、地域との連携を更に強化して支援をしていきます。

小さな困りごとを掘り起こすにゃ!



しっかり情報をキャッチするにゃ!



今後の展望について

ある社会資源はより良くなるように!ない資源は住民と一緒に作り出す!地域の「やってみよう!」の声に寄り添い、カタチにつなげていけるよう地域の実情に合った支え合い活動の充実に向けて住民主体の理念を尊重して支援をしていきたいです!

多様な主体による支援体制の構築

DATA

- 人口 87,983人 (R4.4.1 現在)
- 高齢化率 25.0%
- 日常生活圏数 2



《第1層協議体構成員》

- 行政
- 社会福祉協議会
- 区長会
- 民生委員児童委員協議会
- ボランティア連絡協議会
- 地域福祉推進委員会
- 居場所運営者
- 社会福祉法人
- 地域包括支援センター

《第2層協議体構成員》

- 社会福祉協議会
- 地域福祉推進委員会(6地区)
- 地域包括支援センター

全国どこよりも早い仕組み作りに成功!

移動支援「ほっくばら」はこうやってつくられた!

移動支援「ほっくばら」とは?

令和2年9月から活動を開始。地域の有志が行う無償のボランティア活動です。御殿場市という町は自動車を有しないと移動がとても困難です。地域住民の「ご近所ネットワーク」で聞き取りを行ったところ様々な困り事が上がってきました。特に声が多かった「免許返納したい・運転に不安を感じる」そんな独居高齢者の方へ買い物支援をしよう!と立ち上がった事業です。

立ち上げ時の課題

- ① 送迎車両
- ② 運転ボランティア
- ③ 付き添いボランティア

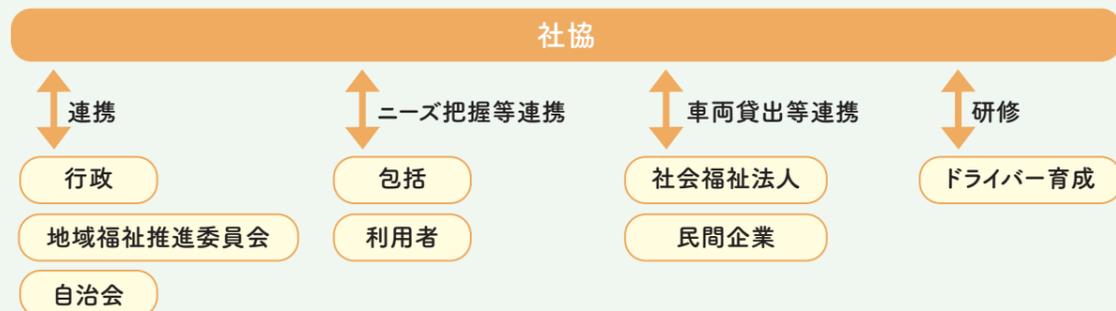
課題解決までのプロセス

社会福祉協議会が音頭を取り、自治会、地域福祉推進委員会、社会福祉法人、市役所、包括等と話し合いの場を設け、意思疎通と共通理解を図った。理解を示してくれた社会福祉法人が車両の無償提供に手を挙げてくれ、更に地域の有志のボランティアが運転・付き添いに参加してくれた。運転講習会は第1層が中心となって講習会を展開し、第1層、第2層の連携で完成した仕組み作り!



ほっくばら：第1層から第2層へ周知 富士岡地区に展開

御殿場市社会福祉協議会 移動支援関係図



ほっくばらにつづけ!!

あれから2年・・・

駒門区 移動支援

御殿場市では高齢者が住み慣れた地域でいつまでもいきいきと暮らしていくために、仲間と楽しく体を動かし、元気な体を保つ事を目的として、介護予防のための通いの場「元気になろう会」を開催している。会場の立地で課題を抱える地区の高齢者の足を確保するためにSCが資源開発を行った。
■毎月第2火曜日に実施 13時30分から15時頃まで

実現できたにゃ!



住民のアイデアでドアツードアを実現!



社会福祉法人の施設へ 運転ボランティアが訪問

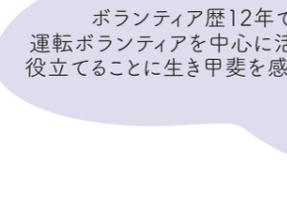
社会福祉法人の車両と 鍵を受け取る

利用者の自宅玄関前まで 車を付け、乗車介助

運転ボランティア(男性2名) 社会福祉協議会(第2層SC) 利用者の皆さん



福祉車両を貸出することで、高齢者の買い物支援を実現することが可能となり、地域に貢献する機会が持てて良かったです。



ボランティア歴12年です! 運転ボランティアを中心に活動中です。役立てることに生き甲斐を感じています。

第1層から第2層への展開

第1層 ほっくばら移動支援(R2年スタート)

第2層

- 東山・二の岡区 R3年 買い物支援
- 駒門区 R4年 通いの場支援
- 深沢区 R4年 通いの場支援

第2層SC ~想い~

私が担当する富士岡地区で初となる移動支援が始まりました。地域住民主体の移動支援サービスには、ボランティアの存在は欠かせません。日頃の業務から様々な方と関係性を持つことが重要だと考えています。また、利用者や行政、車両提供をしてくださる社会福祉法人との関係性が「駒門区元気になろう会送迎支援」の発足に繋がったと思います。今後も、運転ボランティア、利用者の御意見を聞きながら、充実した内容になるよう支援の継続を図っていきます。これからも、第2層生活支援コーディネーターとして、移動支援だけでなくその他の支援を必要とする人が必要とするサービスに繋げる役割ができるように地域のニーズ把握、資源開発を行っていきけるよう業務に努めていきたいと思っています。



駒門地区(第2層協議体) 移動支援準備会の様子

地域包括支援センター長との会議で定期的に情報交換を行い、移動支援・その他の様々な支援が必要な人のニーズをキャッチアップしています!



第1層SC

しっかり情報をキャッチするにゃ!

第2層からのニーズを第1層で展開した“あったかサポート”と今後の展望

移動支援、通いの場の支援など継続した活動ができるような支援を行っていきます。さらに、SCとして地域に不足する、資源の開発や担い手育成などにも力を入れて活動していきます。

島田市

行政SC

地域で顔の見える関係 支えあう関係づくり

DATA

- 人口96,769人 (R4.4.1現在)
- 高齢化率 31.7%
- 日常生活圏域数 7



《第1層協議体構成員》
 ■ 行政1名
 ■ 社会福祉協議会3名
 ■ 地域包括支援センター
 (※テーマに応じて関係者・協力を招集)

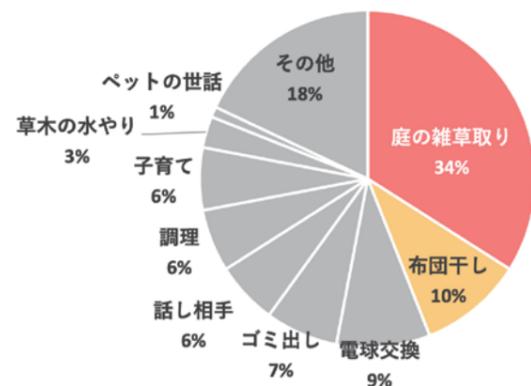
《第2層協議体構成員》
 ■ 行政
 ■ 社会福祉協議会10名
 ■ 地域包括支援センター
 ■ 自治会
 ■ 地区社会福祉協議会
 ■ 企業関係者
 (※テーマに応じて関係者・協力を招集)

住民主体の生活支援サービスがスタートしたきっかけ

平成27年に寄せられた一人暮らし高齢者の日常生活の困りごとに関する相談をきっかけに検討をスタート。地域住民、市社協、行政等とのネットワーク会議を持ちながら、アンケートの実施や先進事例を参考にした制度設計を経て、平成29年1月に発足しました。活動から6年が経過し、現在は「サポーターの高齢化」や「担い手不足」などの新たな課題解決に向けたワークショップや活動の周知等に取組んでいます。

「庭の雑草取り」「布団干し」など、ちょっとした困りごとが地域にはたくさんあります

道悦島地区全世帯アンケート実施 「身近な困りごと」



平成27年「島田市道悦島地区アンケート調査」より加工編集
 アンケート調査協力者
 ・地区社協・民生委員・地域包括・市社協・行政等



生活支援サービス「道悦島応援隊」の事例はこちら！

協議体で課題検討



Aさん日常の困りごと

サービス利用の流れ



SCと社協が間に入ることでスムーズになるにゃ!!



外出支援ボランティア運転者講習会の修了者

これまでの歩み

島田市における生活支援サービス(応援隊)の水平展開について

- 平成29年1月 ①道悦島応援隊発足(道悦島地区社協)
- 平成29年6月 ②金谷応援隊発足(金谷地区社協)
- 令和 1年7月 ③岸町応援隊発足(岸町社協)
- 令和 3年4月 金谷応援隊による外出支援サービス開始
- 令和 4年4月 道悦島応援隊による外出支援サービス開始(金谷応援隊の取組を参考に)
- 令和 4年6月 ④さくら応援隊発足(第一地区社協)

継続できるってすっごくいいにゃ!



孤立ゼロを目指す!!

地域がそれぞれの事情を把握・理解し合うこと。地域独自のサポート体制を、住民主体で考え、実現に向けて、行政SCと社協SCが知恵を絞る。住民主体を大切にしつつ、住民と民間が手を取り合う、それが島田市の強みです!



道悦島につづけ!!



金谷地区との情報共有・意見交換会



掛川市社協との意見交換会

SCの動き

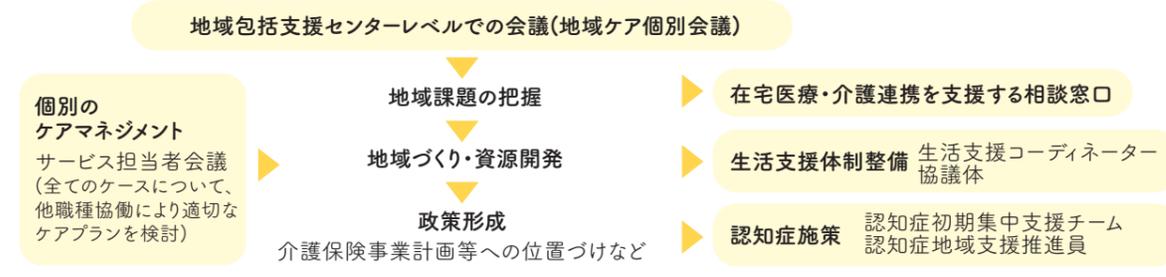
SCの役割は、地域の皆さんのやる気・悩み・安全をサポートすること。私たちSCは「聞き役」に徹します。地域では対応しきれない課題や地域で解決できるけれども情報整理ができない場合などフォローをさせていただいています。そのため地域包括主催の地域ケア会議や市主催の自立支援型地域ケア会議に必ず出席しています。また、SCが開催する協議体に、地域包括が出席するようにしています。今後、SCの担当が変わった場合でもスムーズなサポートができるように、行政内だけでなく、島田市社協のSCさんとも、常に連携体制を整えています。



行政SC

SCが地域ケア会議に参画する重要性

地域ケア会議は、(1)高齢者個人に対する支援の充実と、(2)それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法として地域包括支援センターまたは市町が開催する会議体です。



(出典) R4「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より加工編集

今後の展望について

これはもっともっと発展するにゃ!!



生活支援・外出支援の取組みの水平展開をしつつ、既存の団体が抱えている「サポーターの高齢化」や「担い手不足」への対応に注力していきます。また、令和4年度には、市内初となる「社会福祉法人の空き車両を活用した買物支援」の実証実験がスタートしました。この新たな取組みは、第二層SCによる「協議体」や地域包括支援センターによる「地域ケア会議」がうまく連携をしたことで誕生しました。まだ「実証実験」の段階ですが、今後の本格実施に向けた支援にも取組んでいきます。

会議の進行 ワンポイントアドバイス



特定非営利活動法人 日本ファシリテーション協会
フェロー 鈴木 まり子さん

子供の頃、ボランティア活動を通してワークショップと出会う。人事労務コンサルタント会社を経て独立。現在、ひとりひとりが「尊重され、存在できる」場づくりをめざして福祉をはじめさまざまな分野で会議やワークショップを進行。また、その手法と考え方「ファシリテーション」を伝える研修を企画・実施している。



会議進行のQ&A

Q.SCについての「話し合い」とは？

A.SCには地域の課題(困りごと)を解決する役割があります。SCについての「話し合い」とは、地域の課題解決に向けて地域の多様なみなさんが、お互いの思いを理解するための対話や何かを決めるための議論をする場づくりのことで。

Q.話しやすい雰囲気をどう作ったらいいですか？

A.会議を始める時に「オリエンテーション」を丁寧にします。今日の会議の目的・進め方・役割・心がけてほしいことを伝えます。「今日は安心して発言できよう」と思える表現を考えましょう。例えば「否定しないようにしましょう」と言うより「受けとめて聴きましょう」というように「〇〇しない」ではなく「〇〇する」という表現にします。

Q.意見が割れてしまった場合はどうしますか？

A.進行役が「そもそも意見は割れてはいない。違う意見が出ただけ」と受けとめることが大切です。もし、参加者から「反対です」という発言があったらSCが「反対ではなく、違う意見ですね」と言い直して対立構造にならないように進めます。そして、お互いに「なぜそう思うのか」と理由を理解することで考え方に変化が生まれお互いに納得できる第三の答えとなる解決策を見つけていきます。

Q.意見が出ない参加者にはどう働きかけたらいいですか？

A.「沢山の人の前では恥ずかしい」「発言するとやらされる」「発言しても否定されそう」など発言しない理由があります。人数が多すぎて発言が出ないと思ったらグループ分けをしてみる、「今日は発言してもやれとは言いません」と約束するなど、発言しない理由を取り除いていきます。「意見」ということばも参加者によっては強く感じますので「ここまで話し合った感想は」と質問すると結果として「意見」が出たりします。具体的な質問や、はい、いいえで答えられる「閉じた質問」の後に自由に答えられる「開いた質問」をすると答えやすくなります。

コーディネーションって、調整・つなぐという役割だけど、SCも楽しみながら、やりがいを持ってやってほしいにゃ。出席者は怖くない、意見も怖くない。考え方・角度を変えてみると、会議って楽しい!みんな仲間にゃ!



生活支援コーディネーター事業担当のみなさまへ



公益財団法人 さわやか福祉財団
新地域支援事業担当リーダー 澤 美杉さん

元山口県萩市職員。高齢者支援課課長補佐として生活支援体制整備事業を担当。高齢者支援課長として第1層生活支援コーディネーター。令和3年4月より現職。

生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員)のみなさまへ

地域の支え合いは住民と地域の団体、企業など、まさに地域の力を総動員してつくり上げていくもの。そして、大きな仕組みだけではなく、小さく、地域に根差した仕組みもつくる必要があります。住み慣れた地域で誰もが当たり前に関わり合える暮らしを実現するためには寧ろこの小さな仕組みづくりこそが重要。難易度高め、遣り甲斐多めの大事な仕事ですから、決して一人で抱え込まないで下さい。行政職員や地域包括支援センターの職員、時には他地区、他自治体のSCの力を借りてください。昔はどこにでもあった「支え合い」。この古くて新しいテーマ「支え合い」の推進には多くの理解者、協力者が必要です。皆さんの活動支援者である県内の助け合い推進パートナー・さわやかインストラクターさんなどが協力して開催するSC情報交換会を上手に活用しながら、共に頑張りましょう!

行政職員のみなさまへ

住民が主体的に取り組む地域づくりが実現すれば、行政職員にとって、こんなに有り難いことはないはず。2015年から始まった地域支援事業は、その自由度の高さ故に困難を感じるかもしれません。でも、これは実はチャンスなんです。地域支援事業だけでなく、厚労省以外の他の省庁が打ち出している地域づくり施策を縦横無尽に活用して、徹底的に伴走支援してください。そのためには庁内連携など様々な困難と向き合う事になるかもしれませんが、その向こうには住民の皆さんの笑顔があるはず。やっちゃえ!行政!



関連用語解説

社会福祉協議会(社協)

地域福祉の推進を図ることを目的として、社会福祉法に基づき設立される民間団体で、社会福祉を目的とする事業の企画・実施、住民の社会福祉活動への参加の援助等を行う。

地域ケア会議

市町や地域包括支援センターが多職種で高齢者への適切な支援と必要な支援体制を検討する会議。個別ケースの解決を行う個別会議と地域課題の解決や施策形成等に繋げる推進会議がある。自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の個別会議の充実が求められている。

地域包括支援センター

地域の高齢者の心と身体の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助を包括的に行う中核機関であり、各市町に設置されている。介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント業務を担う。

協議体

地域住民や関係機関などと話し合う場。

就労的活動支援コーディネーター

役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、就労的活動の場を提供できる民間企業等と就労的活動を実施したい事業者等とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする。

理学療法士(PT)

厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用い、身体に障害のある人に対して、医師の指示の下、運動療法や物理療法(熱や電気、水などを用いた療法)等を用いた機能回復訓練を行う者をいう。医療機関やリハビリ施設、福祉施設等に従事する。

認知症地域支援推進員

市町において医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行うために配置された者をいう。

認知症カフェ

認知症の人やその家族、医療や介護の専門職、地域の集いの場、誰もが気軽に参加できる「集いの場」。

第1層

市域、町域全体

第2層

日常生活圏域

生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員) 略称:SC(エスシー)

高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的に、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向け資源(サービス)開発や関係者間のネットワークの構築を行う。

地域包括ケアシステム

地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活を送れるように、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制をいう。

民生委員・児童委員

(児童福祉法に定める児童委員を兼ねる)一定の区域を担当し、自らも地域住民の一員という性格をもって住民の見守りや相談活動、必要に応じ情報提供を行う。(民生委員法に基づいて厚生労働大臣から委嘱された非常勤の地方公務員で任期は3年、無報酬)。

チームオレンジ

認知症の人や家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援者をつなぎ、認知症サポーターの近隣チームによる認知症の人への早期からの継続的な支援活動を行う。