

認定介護福祉士養成研修

心理・社会的支援の領域

心理的支援の知識・技術 地域に対するプログラムの企画

学習コンテンツ

令和3年3月

一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構

目 次

第1部 心理的支援の知識・技術	1
第1章 ガイドライン	1
科目名	／ 1
科目のねらい	／ 1
科目の到達目標	／ 2
認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方	／ 2
研修展開の考え方	／ 2
本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点	／ 3
【参考】 認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習	／ 3
研修の展開例	／ 5
第2章 講義・演習の展開例	7
課題学習（事前課題）の例	7
集合研修の展開例	8
課題学習（事後課題）の例	13
第2部 地域に対するプログラムの企画	14
第1章 ガイドライン	14
科目名	／ 14
科目のねらい	／ 14
科目の到達目標	／ 14
認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方	／ 15
研修展開の考え方	／ 15
研修の展開例	／ 15
第2章 教材資料集	17
1 地域包括ケアシステム構築にむけた政策動向	17
1-1 政策の動向	／ 17
1-2 地域包括ケアシステムの内容	／ 20
1-3 地域包括ケアシステムと介護福祉士	／ 29

2	地域包括ケアシステム構築にかかる具体的な実践.....	33
2-1	地域包括ケアシステム構築のための政策体系 /	33
2-2	介護保険事業計画、医療計画による推進 /	34
2-3	介護予防・生活支援と地域づくり /	38
2-4	認知症施策 /	43
2-5	医療介護連携 /	47
2-6	住まい・居住支援 /	50
3	地域に対するプログラムの企画.....	53
3-1	地域の圏域・資源を知る /	53
3-2	個別課題の普遍化と地域アセスメント /	59
3-3	課題の選択とプログラムの企画 /	65
3-4	プログラムの実行 /	68

第1部 心理的支援の知識・技術

第1章 ガイドライン

科目名

心理的支援の知識・技術

科目のねらい

認定介護福祉士は下記の役割を果たすものであるが、この科目は、特に「①介護職チームの統括的なマネジメント」「③地域における介護力の向上」にかかわる科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

この科目は、認定介護福祉士養成研修Ⅰ類の研修体系に属している。Ⅰ類における科目は下記を学ぶ位置づけである。

- 介護福祉士養成課程では学ばない新たな知識（医療、リハビリ、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等）を習得し、多職種との連携・協働を含めた認定介護福祉士としての十分な介護実践力を完成させる。
- 利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得する。

Ⅰ類は、今後の介護福祉士に求められる職務を遂行するために必要な知識・技術・実践力を獲得する部分であり、認定介護福祉士としての十分な介護実践力を完成させることが求められる。

したがって、この科目では「援助対象者の心理を理解・支援するうえで必要な心理学に関する知識を習得し、心理的理解と支援の方法を習得させる」ことを目的としている。

認定介護福祉士に必要な心理学を学ぶ機会を提供し、心理学の知識が利用者や家族への支援、職場における同僚や部下への支援等のさまざまな対象と場面に応用できることを体感してもらうことがねらいである。

また、実務経験と学問的な背景をつなげていく課題と演習によって、自身の援助や支援の対象者との関係性などを心理学的側面から客観的に捉え気付きを得る力や、現場での事例を省察・分析して抽象的に概念化する力を身につけることを重視する。

科目の到達目標

- ①人間の心理と行動に関する理論を理解し、説明できる。
- ②自己と他者の心理を理解するための基本姿勢と生じやすいバイアスを理解する。
- ③学習と欲求・動機づけの理論を理解し、支援に応用できる。
- ④心理的理解や支援の基本的技法を知り、実践に取り入れる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

- 介護福祉士の養成課程では、「ころとからだのしくみ」において人間の心理に関する基本的事項を広く取り扱うとともに、主として感情（気持ち）を中心とした介護から見たころの動きについて学ぶが、心理学の知識は学ばない。また、「発達と老化の理解」では、児童期の発達や高齢期の老化に伴う心理的特徴等を学ぶが、成人期の心理学に関する理論や実践については、体系的に学ばない。
- 本科目では、地域において個々の支援対象者やその家族の心理状態を理解して支援を構築していくために、心理学的な知識を系統的に学び（＝メカニズムや理論に関する知識領域）、これらを活用し、利用者の意思決定を尊重する面接や、認知や行動の心理学を基盤とした実践的な支援、チームにおける部下や後輩の指導や育成計画の立案を行う実践的知識（＝臨床や実践に関する知識領域）と技術（SKILL）を習得することを目標とする。

研修展開の考え方

- まず、「心理学の基本的理解」では、科学的な人間理解の基本的考え方を理解させるとともに、「主観的」「客観的」（あるいは間主観的も含め）な見方とはどのようなものか、その際に生じる心理過程の影響について体験的に理解できることが望ましい。そのため、理論の説明に留まらず、知覚、記憶、思考等におけるバイアスあるいは錯誤現象を体験し、自己の認識の主観性の強さ、客観性を確保することの難しさを理解させる。その上で、再度科学的態度の重要性を再確認する。
- 次に、社会心理学における知見を学び、支援対象者の理解やチームメンバーの理解の基本となる自己理解と他者理解（社会的認知）および対人的行動や集団行動において生じやすい課題を理解する。そのために、自己覚知を図る課題（パーソナリティ検査など）、社会的認知のバイアス（ステレオタイプや基本的帰属の錯誤など）を生じやすい事例を用いるなど体験的な理解を図ることが有効である。
- また、「学習と動機づけの理解」では、支援対象者への自立支援・重度化防止等を目指したケアやチームメンバーの人材育成やチーム行動の形成に欠かせない学習と動機づけの基礎となる理論を理解させる。この部分は理論的理解が重要であるが、実践的理解と結びつきやすいように、学習や動機づけに配慮したケア、チーム行動等の事例を教材に用いることが望ましい。
- 以上の事項に関する心理学に関する基本的理解に基づき、「心理的支援技法の基礎と実践」では、利用者やチームメンバーの抱えるストレスについて基本的理解とコーピング（対処

法)を学ぶとともに、心理学的な面接技術、認知行動療法(行動療法を含む)、等のケア場面での応用について理解するとともに用いられるコミュニケーション技法を練習する。

本科目を介護福祉士に教授するうえでの留意点

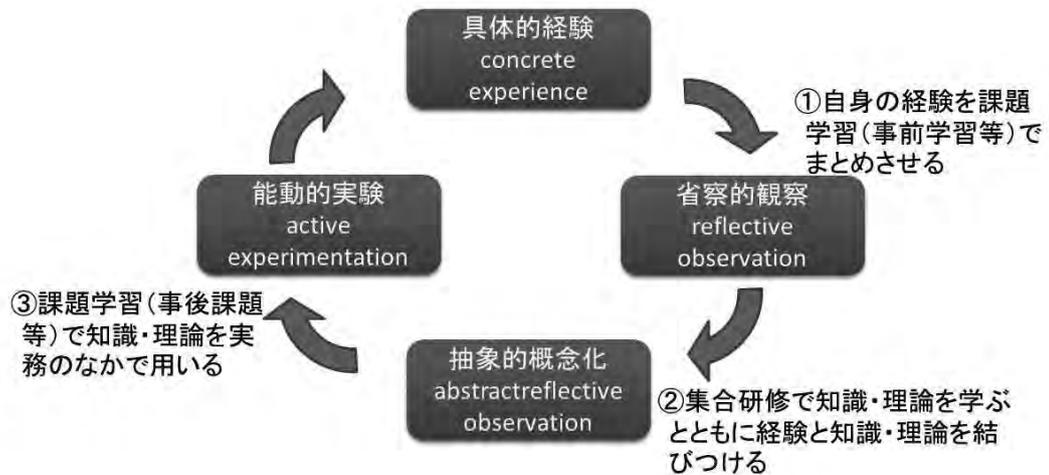
- 心理学理論と介護現場での実践をつなぐ必要があるため、集合研修では単なる知識の伝達に終わってしまうことのないように、知識を現場で実際に活かす方法を自ら考える機会を提供することが重要となる。
- そのためには、介護現場における事例(事前課題で提出されたもの、学術誌で発表されたもの、あるいは講師が経験したものなど)を活用すること、事例の省察を促すために必要な知識や技術を提供すること(フィードフォワードやコーチングなど)、体験的に学習できる演習(ロールプレイやグループワークなど)を実施することが望ましい。
- 介護現場において暗黙知・経験知のみで対応するのではなく、学問的な背景を求め、概念化につながるような省察をする必要性を理解してもらうため、介護の仕事には心理学の知識を活かせばできることが多くあることを体験してもらうことが重要である。

【参考】認定介護福祉士養成研修の展開デザインと経験学習

認定介護福祉士養成研修の受講者は、一定の実務経験を有する現任の介護福祉士である。各科目の展開のデザインにあたっては、下記の経験学習の考え方を参照されたい。

- 介護福祉士(受講者)が業務で実際に遭遇する場面と、知識・理論を結びつけるような学習を行わせることで、実務において知識・理論を想起し、知識・理論を用いて実務を分析できるような思考枠組みを獲得させる。
- そのために、①まず受講者に自身の経験を課題学習(事前学習等)でまとめさせる、②集合研修で知識・理論を学ぶとともに経験と知識・理論を結びつける演習を行う、③課題学習(事後課題等)で知識・理論を実務のなかで用いることで知識・理論の応用力を身に着けさせる、という流れが基本となる【経験学習サイクル】。

<コルブによる経験学習の過程と本養成研修との関係>



- 具体的経験…環境に働きかける、経験する。
- 省察的観察…いったん実践・事業・仕事現場を離れ、自らの行為・経験・出来事の意味を、俯瞰的な観点、多様な観点から振り返る。
- 抽象的概念化…経験を一般化、概念化、抽象化し、他の状況でも応用可能な知識・ルール・スキーマやルーチンを自らつくり上げる。
- 能動的実験…経験を通して構築したスキーマや理論を、実際に試してみる。

- 必要な知識・理論のすべてを集合研修で教授することはできないため、課題学習の時間に有効に割り当てることが必要である。
- 実務経験があるがゆえに、専門職としての視点のみに立ち、利用者、家族、地域住民、他の専門職や行政など、多様なステークホルダーからの視点・価値観に気づかない場合がある。研修によって、多様なステークホルダーそれぞれの見方やニーズに気づかせることで、これまで培われた自身の見方・価値観・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 実務経験があるがゆえに、自身の実務経験に基づいて習得した方法を絶対視し、知識・理論に基づく思考枠組みの形成や、物の見方の転換・相対化が困難な場合がある。研修によって他者の経験から学ぶことで、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させることが重要となる。
- 受講者がどのような施設・事業所で実務経験を重ねたかによって、経験した業務内容にかなりの違いがある。このことが介護福祉士の役割についての理解や介護観等に大きな影響を与えている。講師はこのことを理解したうえで、受講者が互いの経験を共有し、これまで培われた自身の見方・思考枠組みを相対視させるとともに、施設・事業所の違いにかかわらず介護福祉士として共有すべき介護観や役割、アイデンティティについて、受講者が十分に省察できるよう支援することが重要となる。

研修の展開例

テーマ・大項目	展開内容(講義のポイント、演習の展開内容)	課題学習を可とする場合の展開例
心理学の基本的理解 (6時間)	①科学的研究方法の基本的理解 <ul style="list-style-type: none"> 客観性、実証性、再現性、反証性、仮説演繹法などの科学的思考の中核にある考え方の理解を図る。 ②心理的現象の特性・主観性・客観性の理解 <ul style="list-style-type: none"> 主観・客観(間主観)の理解 心理的な自動的過程の存在の理解(錯覚、注意、虚記憶等) 他者の主観の理解における推測や共感(多面的理解の重要性) 他者の心理的理解について、知覚現象や認知バイアスに関する体験を通じて、上記のような原則への理解を深めていくことが望ましい。 	3時間分 テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う。
自己と他者の心理的理解 (6時間)	①自己概念の理解 <ul style="list-style-type: none"> 自己概念を構成する個人的アイデンティティと社会的アイデンティティの性質について理解を深める(社会的比較や栄光浴など) ②社会的認知 <ul style="list-style-type: none"> 第一印象、ステレオタイプ、原因帰属等の社会的認知に関する基本原則の理解を図る。 ③社会的行動、集団における行動 <ul style="list-style-type: none"> 共感と援助行動(生起に影響する要因) 同調、応諾といった態度の変容に対する他者からの影響 社会的促進・抑制といった集団における個人の行動への影響 <演習事例：時間に応じて選択する> ①パーソナリティ検査を用いた自己覚知の演習 ②ステレオタイプの理解や基本的帰属エラーが生じる対人的理解の経験 ③グループによる作業における社会的促進・抑制(生じやすい条件を設定する)の経験	3時間分 テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う。
学習と動機づけの理解 (6時間)	①学習の基本原則と応用 <ul style="list-style-type: none"> 条件づけの基本原則 学習理論の応用(応用分析行動、行動療法等) ②欲求と適応の理解 <ul style="list-style-type: none"> 生得的動機・社会的動機 マズローの欲求段階説 防衛機制 ③動機づけの応用と理解 <ul style="list-style-type: none"> 達成動機・内発的動機づけの理解と応用 <演習事例：時間に応じて選択する> ①応用行動分析や行動療法の手法を用いたケア手法の検討 ②防衛機制と考えられる介護事例に関する事例検討 ③達成動機や内発的動機づけを高める援助や人材育成の立案	3時間分 テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う。
心理的支援技法の基礎と実践 (12時間)	<講義> ①ストレスと対処方略の理解 <ul style="list-style-type: none"> ストレスの基本的理解とコーピング ②心理学的な面接技術の理解と応用 <ul style="list-style-type: none"> パーソンセンタードカウンセリング等による面接技術 	3時間分 テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・動機づけ面接等の基礎の理解 <p>③認知行動療法等の基本的理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動療法、認知行動療法等のケアへの応用 <p><演習事例></p> <p>①ストレスコーピングの認知症ケアへの応用についての事例検討やロールプレイ</p> <p>②援助場面やチーム運営における面接場面を設定したロールプレイ</p> <p>③自立支援、機能訓練、相談援助等の場面を設定し、行動療法、認知行動療法を応用するロールプレイや事例検討</p> <p><事後課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前課題で取り上げた課題について、研修で習得した事項を応用して解決をめざす取り組みの計画を立案する。 <p>(実際に取り組みをして、その結果の評価をすることが望ましい)</p>	<p>行う。</p> <p>3時間分 授業内で練習した技法を試行し、成果と課題を自己評価する。</p>
--	--	---

※ 15 時間以内

第2章 講義・演習の展開例

課題学習(事前課題)の例

課題のねらい

- ・ 自職場での課題や自分自身の援助を振り返り、言語化して整理してもらう。
- ・ 課題や問題に基づいて学習を導くことにより、研修での学びを動機づける。

課題の活用

- ・ 事前課題は集合研修前に提出させて、演習での事例として活用する。
- ・ 集合研修中での学びや他の受講者からのコメントなどを踏まえて、事後課題へと展開させることが望ましい。

課題の内容

例) 自職場で課題となっていることを1つ取り上げて、詳細にその状況をまとめること(800～1200字程度)。

※「自職場での課題」の例)

職場での人材育成がうまくいっていない、職員のストレスマネジメントができていない など

例) 自職場における職員(施設長・上司・同僚)、利用者、家族との人間関係の困難事例(1事例)をまとめること(800～1200字程度)。

※倫理的配慮に留意すること

※職員の事例……施設長・上司・同僚とのコミュニケーションが難しい、部下・後輩のやる気が高まらない など

利用者の事例…自立支援に向けたケアやコミュニケーションがうまくいかない など

家族の事例……信頼関係が図れない、クレームが多い など

例) 自分自身が実践した援助の過去事例で悩んだことや引っかかっていることを1つ取り上げて、具体的に状況を説明し、当時の自分の対応でポイントになった点についてまとめること(800～1200字程度)。

※過去事例……利用者と家族の意向が異なり調整に悩んだ、利用者の自己決定を支援したはずが強く方向づけをしてしまった など

集合研修の展開例

1. 心理学の基本的理解（講義演習6時間）

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

技術（SKILL）

<講義>

① 科学的研究方法の基本的理解

- ・ 客観性、実証性、再現性、反証性、仮説演繹法などの科学的思考の中核にある考え方の理解を図る。

※ 概念だけでなく事例を用いて説明する。

② 心理的現象の特性・主観性・客観性の理解

- ・ 主観・客観（間主観）の理解
- ・ 心理的な自動的過程の存在の理解（錯覚、注意、虚記憶等）
- ・ 他者の主観の理解における推測や共感（多面的理解の重要性）
- ・ 他者の心理的理解について、知覚現象や認知バイアスに関する体験を通じて、上記のような原則への理解を深めていくことが望ましい。

※ 錯覚や多義図形 注意現象 認知バイアス等の事例等を用いる。

<演習の例>

- a) 色の残効、体制化、錯視、ストループ効果、認知バイアスなどの現象を用いて、自分の体験していることと客観的な事実は違い、われわれの認識や記憶、思考は主観的なものであることを体験する個人ワークを行う。
- b) 事例（事前課題として提出された事例や学術誌に発表されている事例、あるいは講師が経験した事例など）を用いて、介護職に求められる感情知能（情動コンピテンス：自分と他者の感情を適切に同定・理解し、感情を表現・調整・利用する能力）についてグループで討議する。

<課題の例>

- a) テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う（3時間分）。
例) 自職場における心理的バイアスと思われる事例を1事例選択し、学習した知識や参考書を用いて、原因とその解決方法を立案すること（800～1200字程度）。
例) 自身が実践した援助において、利用者・家族に共感することが難しかった事例を1つ選んで、その原因を自分と相手の感情を同定して考察すること（800～1200字程度）。

2. 自己と他者の心理的理解 (講義演習6時間)

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

<講義>

①自己概念の理解

- ・自己概念を構成する個人的アイデンティと社会的アイデンティティの性質について理解を深める (社会的比較や栄光浴など)

②社会的認知

- ・第一印象、ステレオタイプ、原因帰属等の社会的認知に関する基本原則の理解を図る。

③社会的行動、集団における行動

- ・共感と援助行動 (生起に影響する要因)
- ・同調、応諾といった態度の変容に対する他者からの影響
- ・社会的促進・抑制といった集団における個人の行動への影響

※身近な事例を用いながら、それぞれの理論の理解を図る。

※それぞれの内容に関する演習を行うことで、実際に応用可能な体験的理解を深める。

<演習の例>

a) パーソナリティ検査を用いて自己覚知の演習を行う。

例) TEG 3 (東大式エゴグラム)、YGPI (矢田部ギルフォード性格検査)、主要5因子性格検査などを実施して、自己を分析する。

※検査の実施にあたっては、使用方法に熟知していること。

例) 交流分析に基づく自己理解・分析をグループ内で共有し、対人援助時の認知と行動の傾向についてグループワークを通して学ぶ。

b) ステレオタイプの理解や基本的帰属エラーが生じる対人的理解を経験する。

例) ジョハリの窓を活用し、自身の思い込みやステレオタイプの理解、支援者としての自己の特徴についてグループワークを通して学ぶ。

例) 事例を用いて、どのようなステレオタイプや基本的帰属エラーが働いているのかをグループで討議し分析する。そのうえで、多次元共感性尺度 (MES) などを活用して共感について理解した後、事例を再検討する。

※専門概念を用いた分析と共感的理解の視点取得を意識して事例検討を行う。

c) グループによる作業における社会的促進・抑制 (生じやすい条件を設定する) を経験する。

例) チームで一人ひとりが責任をもって援助行動に取り組むにはどうしたよいかをグループで討議する。

※社会的促進や傍観者効果の講義を参考にして、一人ひとりの行動の評価や、責任の明確化をチーム内で考える。

<課題の例>

a) テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う。(3時間分)

例) 自職場において失敗した、うまくいかなかった事例を取り上げ、本日学んだ心理学の理論を用いて考察すること(800~1200字程度)。

例) 講師より出題された事例(集団圧力や集団浅慮、社会的手抜きなどに関するもの)に対して、そのような事象に適切に対処するためには、どのような働きかけが現場のリーダーに求められるのかを考察すること(800~1200字程度)。

3. 学習と動機づけの理解 (講義演習6時間)

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

<講義>

①学習の基本原則と応用

- ・条件づけの基本原則
- ・学習理論の応用(応用行動分析、行動療法等)

②欲求と適応の理解

- ・生得的動機・社会的動機
- ・マズローの欲求階層説
- ・防衛機制

③動機づけの応用と理解

- ・達成動機・内発的動機づけの理解と応用

※身近な事例を用いながら、それぞれの理論の理解を図る。

※それぞれの内容に関する演習を行うことで、実際に応用可能な体験的理解を深める。

<演習の例>

a) 応用行動分析や行動療法の手法を用いたケア手法を検討する。

例) 介護予防教室やレクリエーション教室への参加動機を高めるために学習心理学を応用した取り組みを例に挙げ、自職場での取り組みを、グループワークを通して学ぶ。

例) オペラント条件づけを応用した機能訓練計画をつくる。

※目標設定する、スモールステップにする、あるいは、トークンを活用するなどを取り入れて計画を立てる。

※さらに参加意欲を高める方法として、動機づけ理論を応用する。

b) 防衛機制と考えられる介護事例に関する事例検討を行う。

例) 事例(事前課題として提出された事例や学術誌に発表されている事例、あるいは講師が経験した事例など)を用いて、考えられる防衛機制とその背景についてグループで討議する。

例) 事例（事前課題として提出された事例や学術誌に発表されている事例、あるいは講師が経験した事例など）を用いて、利用者の自己実現を支援することについてグループで討議する。

c) 達成動機や内発的動機づけを高める援助や人材育成の立案を行う。

例) 事例（事前課題として提出された事例や学術誌に発表されている事例、あるいは講師が経験した事例など）を用いて、仕事への動機づけ（集団心理、集団規範、リーダーシップ）についてグループで討議する。

例) 動機づけの理論を参考に、チーム員である介護職員の動機づけを高めるための方法のアイデアをグループで討議する。

<課題の例>

a) テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う（3時間分）。

例) 自職場における防衛的な援助対象者の心理を分析し、支援の方法について考えを述べること（800～1200字程度）。

例) 講師より出題された事例（学習性無力感、アンダーマイニング効果などに関するもの）に対して、そのような状態にある職員に適切に対応するためにはどのような働きかけが求められるのかを考察すること（800～1200字程度）。

4. 心理的支援技法の基礎と実践（講義演習 12 時間）

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

技術（SKILL）

<講義>

① ストレスと対処方略の理解

- ・ ストレスの基本的理解とコーピング

② 心理学的な面接技術の理解と応用

- ・ パーソンセンタードカウンセリング等による面接技術
- ・ 動機づけ面接等の基礎の理解

③ 認知行動療法等の基本的理解

- ・ 行動療法、認知行動療法等のケアへの応用

※技法について、基本的な理念と方法を学べるようにする。

※それぞれの内容に関する実技演習を行うことで実際に応用可能な体験的理解を深める。

<演習の例>

a) ストレスコーピングの認知症ケアへの応用について、事例検討やロールプレイを行う。

例) 心理検査（S-H 式レジリエンス検査など）を用いて、自身のストレス対処の傾向を知る演習を行う。

- b) 援助場面やチーム運営における面接場面を設定したロールプレイを行う。
- 例) 援助場面やチーム運営における面接場面（事前課題として提出された事例や学術誌に発表されている事例、あるいは講師が経験した事例など）を設定し、ロールプレイを通して面接技術を学ぶ。
- 例) 2人一組で、「支援者（聞き手）」と「相談者（話し手）」になって面接のロールプレイを行い、面接技術を使うとどのように話が促進されるのかを検討する。
- c) 自立支援、機能訓練、相談援助等の場面を設定し、行動療法、認知行動療法を応用するロールプレイや事例検討を行う。
- 例) 認知行動療法の介護福祉場面における応用的アプローチについて、事例検討を行う。
- 例) 事例を用いて、日常のストレスの解消に認知行動療法がどのように応用できるかを考える。
- ※自己観察・外在化、気分の評価、自動思考の分析と再検討（認知の歪みの検討）を行い、最後にコーピング法をなるべく多くリスト化する。

<課題の例>

- a) テーマに沿った事例問題を出題し、事例について教科書等を用いて、調べて事例の理解や解決方法の立案を行う（3時間分）。
- 例) 認知症のある人、精神障害のある人、知的障害を伴わない発達障害のある人、知的障害のある人の中から1事例を選択し、自職場での支援困難場面時の介護職のストレスとコーピング行動について学んだ知識や参考書を用いて整理すること（800～1200字程度）。
- 例) 講師より出題された事例（介護職員のバーンアウトやうつ状態などに関するもの）に対して、職場で求められるメンタルケアについて考察すること（800～1200字程度）。
- b) 授業内で練習した技法を試行し、成果と課題を自己評価する（3時間分）。
- 例) 自職場の部下・後輩職員に面談（定期的実施している面談でも可）を行い、プロセス・レコードを作成して自分が試みた技法を分析すること。

課題学習(事後課題)の例

課題の内容

例) 事前課題 1 で取り上げた課題について、研修で習得した事項を応用して解決をめざす取り組みの計画を立案すること (1200~1500 字程度)。

※実際に取り組みをして、その結果の評価をすることが望ましい。

例) 自職場において認知行動療法的アプローチを実践し、その結果と課題を評価する。自身へのアプローチ、利用者・家族、同僚等対象等 1 事例以上から考察、評価を行うこと (1200~1500 字程度)。

※まとめのなかにコラムを記載してもよい。

※倫理的配慮に留意すること。

メカニズムや理論に関する知識領域

臨床や実践に関する知識領域

技術 (SKILL)

第2部 地域に対するプログラムの企画

第1章 ガイドライン

科目名

地域に対するプログラムの企画

科目のねらい

認定介護福祉士は、下記の役割を果たすものであるが、この科目は、②多職種間・機関間連携のキーパーソン（特に地域において）、③地域における介護力の向上に直接かわる科目である。

- ①介護職チームの統括的なマネジメント
- ②多職種間・機関間連携のキーパーソン
- ③地域における介護力の向上

認定介護福祉士は、利用者の在宅生活を支えるため、地域のさまざまな資源を活用することが必要である（地域における、施設・事業所、ボランティア、家族介護者、介護福祉士等の介護力を引き出し、地域の介護力の向上を図る）。

また、介護福祉の視点から機関間連携の仕組みづくりや運用改善に参画したり、その延長線上には地域の政策形成の場に参画し、介護福祉の立場から提案することができる必要がある。

そうしたことができる介護福祉士となるために、この科目は設けられた。

科目の到達目標

- ①地域包括ケアシステムの考え方、政策や制度の枠組み、推進・連携の仕組みについて説明できる。
- ②自分の地域の地域ケアシステム構築の取り組みの現状と今後の課題を踏まえ、自職場の立ち位置や役割、今後の活動方針について説明できる。
- ③地域の課題やニーズに応じた家族支援、地域連携、地域資源開発、介護職への研修支援などのプログラムを企画できる。

認定介護福祉士養成研修科目としての基本的考え方

- 介護福祉士養成課程では、「地域共生社会の実現に向けた制度や施策」や「家族・地域・社会の構造、生活と社会の関わり、（厚生労働省のいう）自助・互助・共助・公助の展開」（なおこの区分は厚生労働省特有のものであり使用にあたっては留意が必要である）を学ぶが、基本的な考え方にふれるに止まり、具体的な取り組みやしくみなどを詳しく学ぶことはできない。
- 本科目では、地域包括ケアシステムの各種の取り組みの具体的な展開について、全国での先進的な取り組み及び自地域における取り組みを学んだうえで（FKD）、自組織の立ち位置を理解する（FKD、PKD）。また、養成課程では十分学べない地域支援に関する基礎的な理論・視点を学ぶ（TKD）。このうえで介護福祉士としての価値・役割にたつて、介護福祉実践を通じて地域課題の改善に向けて働きかけるプログラム（家族支援、地域支援、地域の多機関連携、介護職への研修支援など）を企画できる力、事業所内におけるリーダーシップ、関係機関との協働が促進できる実践的知識を習得する（PKD）ことを目標とする。

研修展開の考え方

- 自地域のアセスメントやプログラムの企画については、課題学習とすることが効果的・効率的である。
- 自組織のプログラムを企画する前に、講義演習で共通事例を用いるなどにより、企画の着眼点等を学べるようにする。
- 自組織のプログラムを企画する際は、地域ニーズやプログラムの内容について、チームメンバー、上司、住民等、多様な人びとに取材し、意見を求めるよう促す。
- 本科目では、プログラムを企画するまでを評価の範囲とするが、自職場で実際に展開できる／展開したいプログラムを企画し、後日、実行できることが望ましい。

研修の展開例

テーマ・大項目	展開内容(講義のポイント、演習の展開内容)	課題学習を可とする場合の展開例
1. 地域包括ケアシステムの政策動向と介護福祉士の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築をめざす政策動向（地域包括ケアシステムが政策課題となった背景、医療介護確保法制定に至る流れ） ・介護福祉士の役割（生活を支える専門職としての基本的な立ち位置と期待される役割の拡充） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムに関する基本的な資料等を読ませ、介護福祉士の役割、自職場での取り組み課題等をまとめさせる
2. 地域包括ケアシステム構築にかかる具体的な実践	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム構築の具体的な実践と介護福祉士の役割 医療-介護連携（地域リハ、地域連携バス・退院支援等） 認知症（初期集中支援チーム、認知症ケアバス等） 介護予防・生活支援、居住支援 ・グループディスカッション…テーマ1・2を踏まえて、 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム、医療介護連携システムについての基礎知識をテキスト・資料等で学習する

	<p>自地域・自職場の取り組みの現状と課題についてグループディスカッション</p>	<ul style="list-style-type: none"> 自地域における地域包括ケアシステム構築に関する政策(介護保険事業計画等)や具体的な実践を調べ、課題を考察する
<p>3. 自地域における地域包括ケアシステム構築の課題等の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域アセスメントとプログラムの企画の視点(地域アセスメントからプログラム企画までの流れとその際の視点・着眼点について講義する) 地域アセスメントのプログラムの企画の演習(共通事例を用いて地域アセスメントからプログラム企画までのプロセスを模擬的に体験する) 	
<p>4. プログラムの企画</p>	<ul style="list-style-type: none"> 自地域における地域ケアシステム構築の課題等の把握と地域ニーズ、既存資源等の調査 自職場におけるプログラムの企画…自地域における課題分析を踏まえ、その解決のために自職場で取り組むプログラムを企画する 	<ul style="list-style-type: none"> 自地域における地域ケアシステム構築の課題等の把握と〔地域ニーズ、既存資源〕等の調査
<p>5. プログラムの相互評価とブラッシュアップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> プログラムの評価の視点、地域住民、多職種・多機関連携の視点・留意点(講義) プログラムの相互評価(演習)…小グループでプログラムの相互評価を行う プログラムの見直し、ブラッシュアップ(個人演習)…相互評価の意見を踏まえて、プログラムを見直し、完成させる。 	<ul style="list-style-type: none"> プログラムの見直し、ブラッシュアップを事後課題とする。

※ 14 時間以内

第2章 教材資料集

1 地域包括ケアシステム構築にむけた政策動向

1-1 政策の動向

地域包括ケアシステムは、国の政策の用語としては、2003年頃から使われ始めた。

介護保険政策の目標として意識的に使われるようになったのは、2010年前後からである。

2011年には介護保険法に位置づけられ、公式な政策目標となった。

さらに、その当時に検討された税と社会保障の一体改革の動向の中で、地域包括ケアシステムには、高齢者医療及び介護の一体的な改革における政策目標という位置付けが与えられるようになった。

つまり、当初は介護保険政策内部の用語であったが、現在は、医療提供体制の再編とも連動し、高齢者医療政策・介護政策の共通目標になっているという点を十分理解する必要がある。

地域包括ケア政策の経過

- ・2003年に提起され2008年頃から本格的に検討される。
- ・当初は介護保険政策内部の議論であったが、現在は医療提供体制の再編施策、地域づくりとも連動し、介護保険内にとどまらない政策となった。

2000	★介護保険サービス開始(00)
2003	★「2015年の高齢者介護」(03)。地域包括ケアの必要性に言及。
2005	★介護保険法改正(05)。地域包括支援センターの創設(06)
2006	★地域包括ケア研究会設置(09)。5つの構成要素を示す(10)。
2009	★税と社会保障一体改革。医療・介護再編の方向性が示される。
2011	★介護保険法改正(11)。市町村に地域包括ケア推進の責務を課す。 介護福祉士法改正(11)。介護福祉士が喀痰吸引等を実施可能に。
2013	★社会保障推進国民会議報告(13)。医療の見直しと介護の見直しは一体。地域包括ケアシステムは介護保険制度の枠内では完結しない。
2014	★医療介護総合確保推進法成立(14)。効率的な質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進。 ★介護保険法改正(14)。地域包括ケアシステム構築を掲げる。
2015	★総合事業、体制整備事業等を自治体が順次開始。
2016	★ニッポン一億総活躍プラン。地域共生社会実現。

資料 地域包括ケアシステムの定義の変遷

●「2015年の高齢者介護」2003年6月

介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要

●「地域包括ケア研究会報告書」2009年5月

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制。

おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

●介護保険法 2011年5月改正

（国及び地方公共団体の責務）第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

●地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 2014年6月

（目的）第1条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

（定義）第2条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

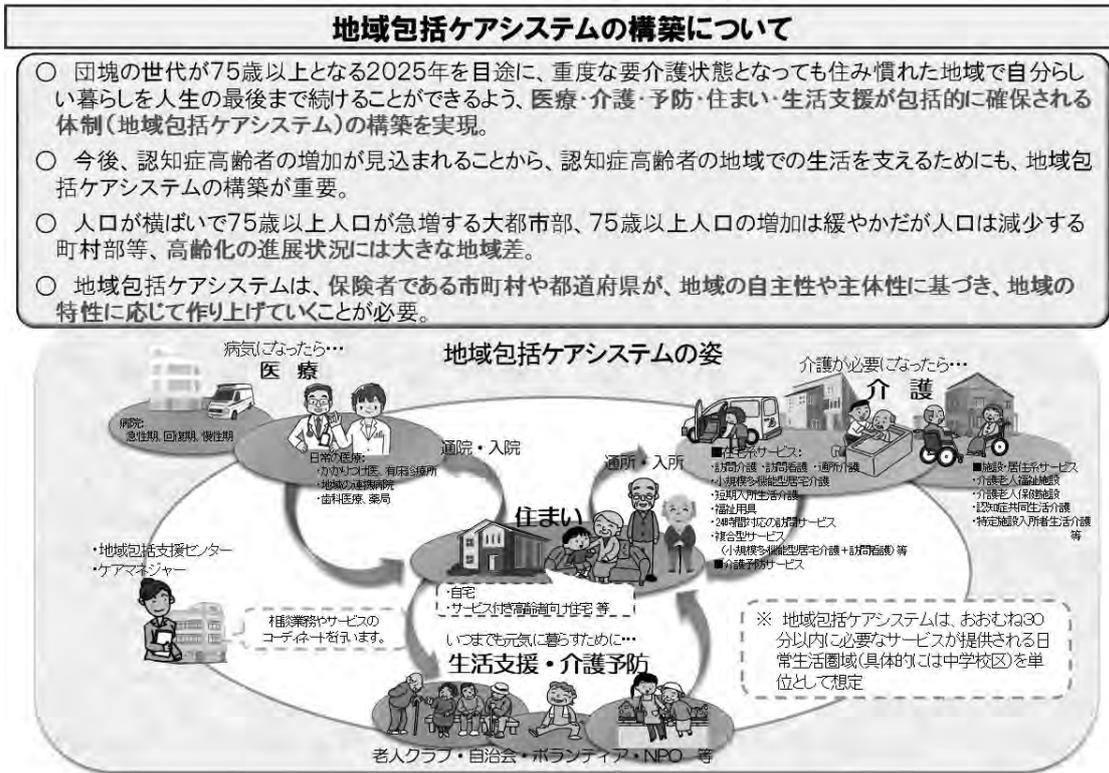
地域包括ケアシステムについて読むべき資料

- ①「社会保障制度改革国民会議」報告書（平成 25 年 8 月 6 日）
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- ②＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（平成 28 年度）
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf
- ③＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業（平成 25 年度）
http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf
- ④宮島俊彦（2013）「地域包括ケアの展望」社会保険研究所
元厚生労働省老健局長としての政策課題の認識がよくわかる。

1-2 地域包括ケアシステムの内容

1-2-1 地域包括ケアシステムの構成要素と圏域

前述の地域包括ケアシステム研究会報告書、医療介護総合確保法の定義にあるように、地域包括ケアシステムの構成要素として、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」の5つの要素があげられている。



厚労省は、これら5つの要素が、「日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供」され「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域、具体的には、中学校校区を基本であるとしている。

ただし、日常生活圏域のサイズは、市町村によって相当異なる。中学校区よりも広い圏域である場合も多々ある。また、地域包括支援センターが日常生活圏域に設置されることが多いが、日常生活圏域は単に介護保険事業計画上のサービス整備の目安とするより広域の圏域（行政地区等）としていて、地域包括支援センターの設置エリアとは一致していない市町村もある。

さらに、日常生活圏域は介護保険政策上の圏域であるため、住民生活上のさまざまな圏域（例えば、行政区、中学校区、小学校区、連合町内会・自治会圏域、民生委員協議会圏域、福祉事務所圏域等）等と一致していない場合も多々ある。圏域の不一致が原因で、住民組織との協働、他の行政機関との協働が難しくなる場合がある。

1-2-2 地域包括ケアシステムを担う主体

厚労省は、地域包括ケアシステムを担う主体についての「自助」「互助」「共助」「公助」という区分を強調している。この区分についての厚労省の説明は下記である。

自助：	・介護保険・医療保険の自己負担部分 ・市場サービスの購入 ・自身や家族による対応
互助：	・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
共助：	・介護保険・医療保険制度による給付
公助：	・介護保険・医療保険の公費（税金）部分 ・自治体等が提供するサービス

この自助、互助、公助等の役割り分担にはある種の階層性があると厚労省は考えている。下図は、地域包括ケアの説明のために厚労省が好んで用いる図である。

土台が本人・家族の心構えや基盤としての住まいであり、介護予防生活支援は互助や自助を始めとする多様な主体による取り組みが行われ、その土壌のうえに初めて公助等の専門サービスが咲く＝機能するということを示そうとしている。つまり自助・互助は公的サービスに前置されており、自助・互助の役割を強調するイメージ図である。



なお、共助を社会保険によるサービスとする厚労省の用法は特異なものである。他の政府機関の文書を含む一般的な用法では、公助というくくりで社会保険によるサービスを含めた公的サービスを指し、共助というくくりでボランティアなサービス（厚労省のいう互助）を指すのが一般的である。他分野には厚労省の共助の区分は通じないため留意が必要である。

1-2-3 地域包括ケアシステムと医療提供体制

医療、介護総合確保法の規定にあるように、今日、地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築は、高齢者の医療提供体制構築とセット（車の両輪）の政策目標となっている。

この背景を説明した文書として社会保障制度改革国民会議報告書（2013年）がある。ポイントは、①医療の在り方が変わり QOL の維持・向上を目指した「地域完結型医療」へと変わっていくこと、②病状にみあって、医療から介護へ、病因・施設から地域・在宅へと患者・利用者が移動できる仕組みをつくること、である。医療提供システムの側から見れば、地域包括ケアシステムは病床機能分化の受け皿という位置に置かれている。

★社会保障制度改革国民会議報告書（2013）

- ・20世紀の医療は救命・延命、治癒、社会復帰を前提とする「病院完結型」。(今の時代に求められる医療は) 病気と共存しながら Q O L (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療。
- ・「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者の Q O L を維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。
- ・「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に行われるべきものである。

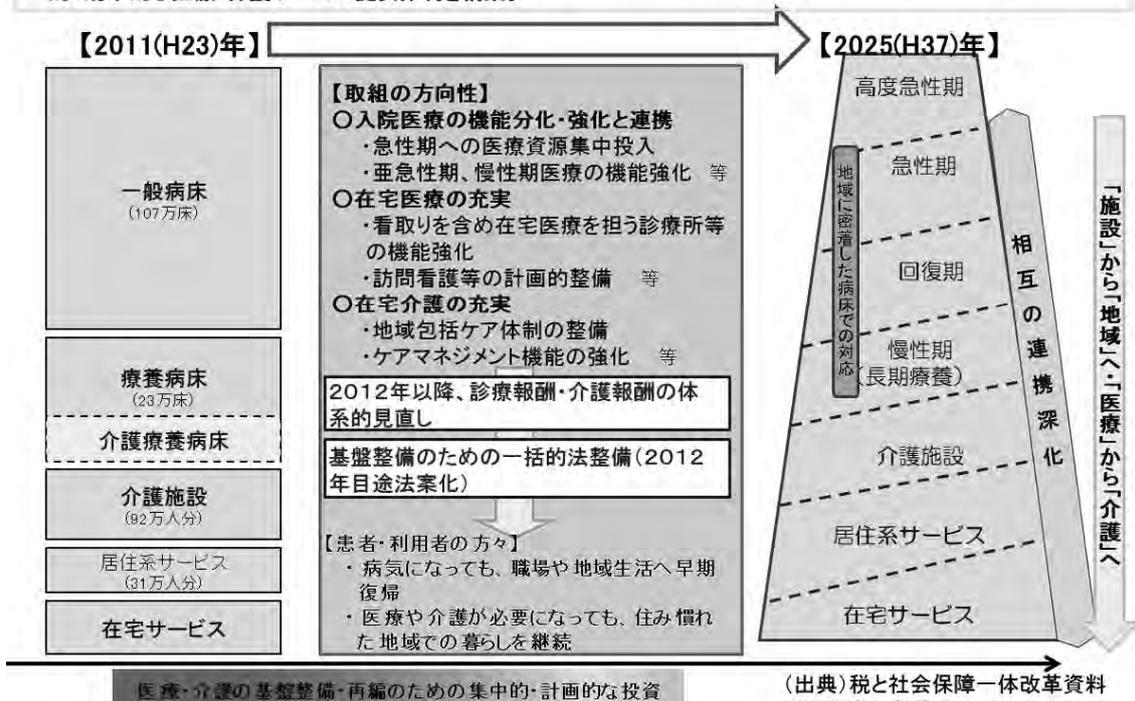
●地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針 2014年9月

医療及び介護の総合的な確保に関する基本的な考え方

- (1) 効率的な質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築 …「効率的な質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」は「車の両輪」
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み…地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組み。医療及び介護の提供体制の整備を、地域の将来の姿を踏まえたまちづくりの一環として位置付けていく
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用…病床機能の分化、医療・介護連携。国民自らも医療・介護に関心をもち、疾病予防、介護予防に積極的に取り組む

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



(出典) 税と社会保障一体改革資料 2012年を一部修正

1-2-4 地域包括ケアシステムと市町村の政策マネジメント

地域包括ケアシステムは、市町村が、住民組織、事業者、その他多様な主体と協働しながら、つまり市町村の状況と社会資源に見合った形で、市町村ごとに、さらにいえば市町村内の日常生活圏域ごとに構築していくものである。したがって厚労省は、その構築プロセスをマネージする市町村の役割・責任を強調している。



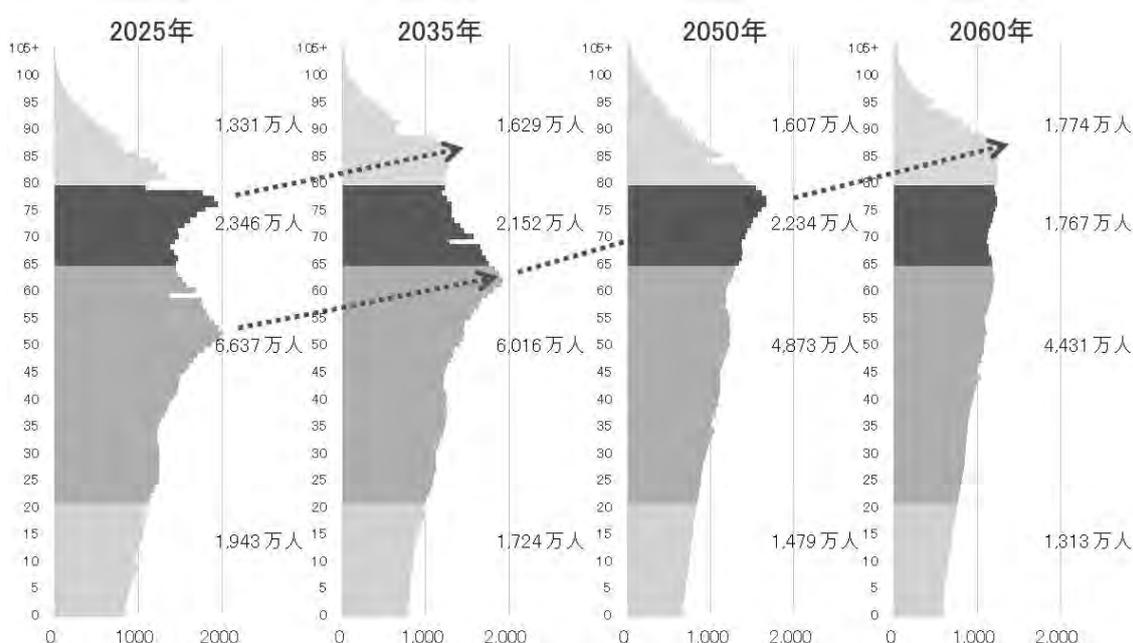
また市町村事業として行われている地域包括支援センターには重い位置付けが与えられている（実際には、地域包括支援センター中心に構築・運用できるわけではない、もっと多様な要素が入った仕組みであるが）。

1-2-5 資源(ヒトとカネ)の制約と地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステム構築という政策が採択される背景として、現在及び今後わが国が直面する人的資源、財政的資源の制約がある。

人的資源の制約とは労働力＝生産年齢人口の減少である。日本の人口構造から、要介護ニーズがピークとなるのは、団塊の世代が85歳以上となる2035年から40年にかけてである。ここまではサービスに対する需要は増加し続ける。しかしその後も、いったんは小康状態（増加はおさまり一時やや減少するもの）となるもののニーズの総量はあまりかわらず持続する。そして、団塊ジュニア世代が75歳以上となる2050年頃から再び増加し、85歳以上となる2060年に第二次のピーク（この前後の世代をあわせるとむしろ団塊の世代の時

よりも多い)となる。一方、生産年齢人口はこの間も一貫して減少し続ける。要するに、生産年齢人口の一貫した減少というなかで、今後 15 年程度は介護人材の労働力を増加させ、その規模を維持することが必要となる。



もう一つは財政的な制約である。介護保険料は 2025 年には 8 千円を超えると試算されているが、本当のピークは 2035 年前後であるので、さらにあがる。年金収入中心の高齢者が保険料を負担するのはそろそろ限界となっていく。また、日本政府の公的債務は、先進国では最悪の水準である。租税負担の水準・保険料負担の水準を国際的に比較すると、まだ負担の余地はあると考えられるものの、政治的に負担を増やす方向が容易に選択されるとは期待しにくい。したがって、財政の制約が続くと考えざるを得ない。社会保険給付で今後も増加するのは、介護、医療であるから、この増加を抑制しようとする圧力は持続する。

以上のヒトとカネの制約の結果、専門サービスの人的資源・財源は、中重度者中心に投入し、軽度者の部分は公的サービス以外でも対応できるようにしていく、という地域包括ケアシステムの政策がとられているのである。

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、介護保険制度の持続可能性を確保するために、地域包括ケアシステムを構築し介護給付を重点化・効率化させることが必要となっている。

事業運営期間	事業計画		給付(総費用額)	保険料	介護報酬 の改定率
2000年度	第一期	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度			4.6兆円		
2002年度			5.2兆円		
2003年度	第二期	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度			6.2兆円		
2005年度			6.4兆円		
2006年度	第三期	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 +3.0%
2007年度			6.7兆円		
2008年度			6.9兆円		
2009年度	第四期	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +1.2%
2010年度			7.8兆円		
2011年度			8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期	8.8兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度			9.2兆円		
2014年度			10.0兆円		
2015年度	第六期	第六期	10.1兆円	5,514円 (全国平均)	H27年改定 ▲2.27%
2016年度			10.4兆円		
2017年度					
2020年度				6,771円(全国平均)	
2025年度				8,165円(全国平均)	

※2013年度までは実績であり、2014～2016年は当初予算は当初予算(案)である。

※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

※2012年度の賃金水準に換算した値

1-2-6 地域包括ケアシステムと地域共生社会

日本の福祉制度は分野別の縦割となっている。その縦割の制度の範囲内で、これまで包括的な支援を整備する取組が行われてきた。しかし、これだけでは、分野をまたがる複合的な問題をもつ世帯への支援を行うことができない。そこで2017年に社会福祉法等の改正を行い、市町村が包括的な相談支援体制を整備することにした。

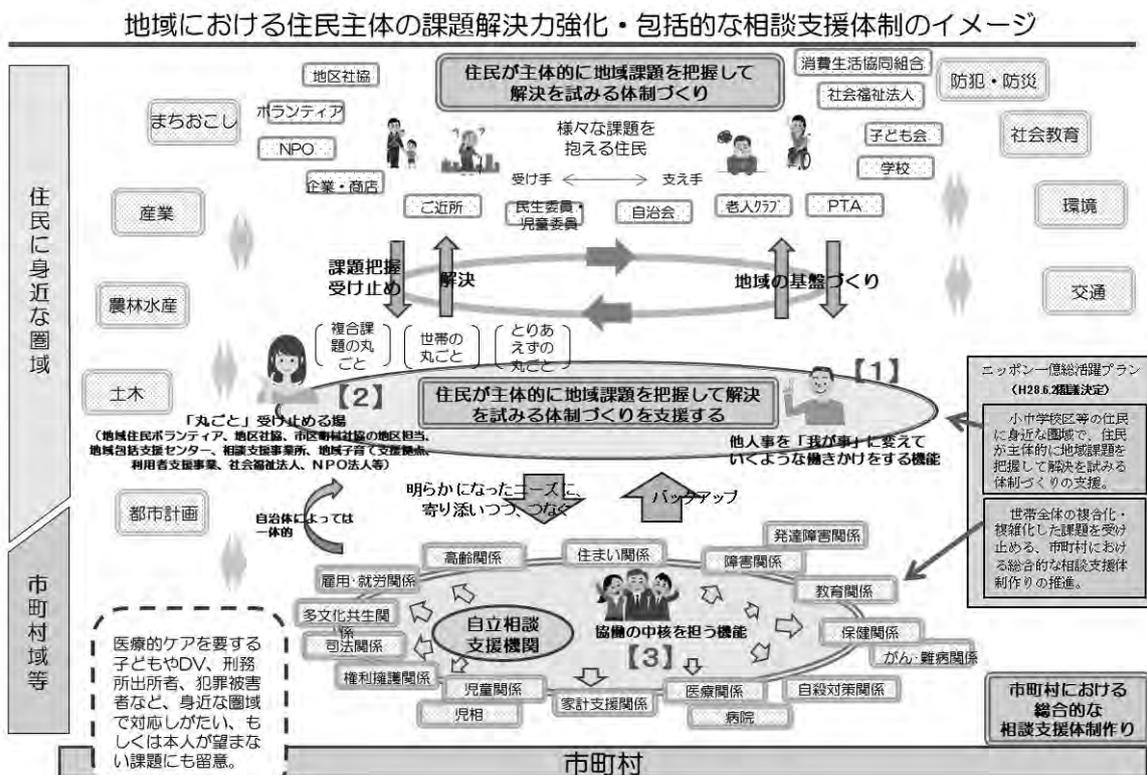
この時に国は「地域共生社会」という理念を掲げた。地域共生社会とは、次のように説明されている。地域共生社会という理念は、介護保険法、社会福祉法等に書き込まれた。

- ◆閣議決定「ニッポン一億総活躍社会」(2016年6月)…子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」
- ◆厚労省実現本部「地域共生社会」の実現に向けて(当面の改革工程)(2017年2月)…社会制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

国の説明によれば、地域共生社会の政策にかかげた、包括的な支援体制とは、既存の制度による解決が困難な課題に対応するものである。地域包括ケアシステムはそのなかに含まれる仕組みであるが、地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもなどが地域において自立した生活を送ることができるよう、地域住民による支え合いと公的支援が連動し、地域を『丸ごと』支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援を実現するものが、「地域共生社会」のめざす「地域を基盤とした包括的支援体制」の内容である。

包括的な相談支援体制とは次のような仕組みである。

- 住民の主体的な福祉活動と相談機関が協働することで、高齢・障害・児童・困窮等縦割になっている福祉制度ではうまく対応できない複合的な問題を抱える人々を支援したり、地域の生活課題を解決できる体制。
- こうした体制整備のため、地域福祉計画等で住民が活動しやすい環境の整備、住民と多分野の相談機関の連携体制づくりに市町村が取り組む。
- この体制は三層で構成される。
 - ・身近な地域…住民が主体的に解決して解決を試みる体制（我が事の地域づくり）
 - ・中圏域…丸ごと受け止める場・住民への支援
 - ・市町村域…協働の中核となる総合相談体制



◆社会福祉法改正の要点

住民・経営者…地域生活課題（福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労、教育、孤立等社会参加の阻害要因）を把握し関係機関と連携して解決を試みる

相談機関…地域生活課題を受け止め支援関係機関と連携

支援関係機関（問題解決の中心になる機関。市町村の実情や問題に応じて地域で決める）

…地域生活課題を解決

市町村…支援が包括的に提供される体制を整備／中間支援機関への支援、拠点整備、研修の実施

住民・経営者等による相談助言、連携の体制整備／支援関係機関による課題解決活動の体制整備

1-3 地域包括ケアシステムと介護福祉士

1-3-1 生活支援の視点からみた地域包括ケアシステム

これまでのべたことは、政策的な、またサービス供給システムの視点から地域包括ケアシステムの政策の背景である。介護福祉士の役割を考える場合には、これを生活者の日常生活を支援するという視点から考える必要がある。

QOLの基本は、自宅、地域での生活の継続である。医療が、生活者（患者）のQOL (Quality of Life)の維持・向上を目指し、生活者（患者）の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療となるとすれば、この日常生活を支えることが医療と介護の共通目標となる。

生活者が日常生活の場からできるだけ切り離されないように、日常生活を支えるのは、医療よりも介護の役割となる。つまりできるだけ健康で、いきいきした生活をおくれること、要介護になっても社会的役割や居場所を生活のなかで・身近な地域で得られるようにすること、入院したとしてもできるだけ早く生活の場にもどれるように在宅の環境を整えること、医療ニーズを持つ人々を生活の場で支えることが介護の役割となる。

医療を始めとする他の専門職のピンポイントの支援を活かしながら、地域生活を面的に支えるのは、介護の役割である。日常生活を支える介護の力が高まらなければ、医療を効率化することはできないし、地域包括ケアシステムは完成しない。

そもそもなぜ地域なのか

- ▶ 地域生活から切り離された介護はQOLを損ねる
- ▶ 当事者・住民主体…福祉は与えられるものではなく、皆で創るもの。当事者・住民はサービスを受けるだけでなく、創る主体。専門職は当事者・住民と協働・サポートし、共に福祉を創る。
- ▶ 制度の限界…制度の要件・範囲から漏れる問題が必ずある。制度は必ず不備があるがすぐには直せない。
- ▶ 専門職は制度をきちんと効率的に使いつつ、同時に制度の不備を改善し発展させる役割がある
 - ①制度を守り正しく活用する役割
 - ②制度を改善し必要なサービスを創り出す役割
- ▶ 介護の仕事のイメージを変える…介護は人々とともに新しいことを創造できるおもしろい仕事。介護を地域で認められ尊敬される仕事にしてほしい。

1-3-2 地域包括ケアシステムのもとでもとめられる介護福祉士像

地域包括ケアシステムのもとで求められる介護福祉士像は次のようにまとめられる。地域を基盤に活躍できる介護福祉士が求められている。

- ・利用者各々の生き様・価値観にそったQOL・QODの実現を共通目標に、多職種・多機関連携チームの支援の方向性を統合し、チームの協働基盤を形成することができる。
- ・他の専門職と専門知識を共有し、他職種の役割・必要性・留意点・限界をわかったうえで、
 - ①支援の方向性をめぐって他職種と協議できる。
 - ②他職種が求める情報を提供したり、他職種の要請を織り込んだ日常生活の支援ができる。
- ・家族や近隣の人々が安心して介護に関われるようにすることで、支援する力を引き出し、支える。
- ・地域の政策形成の場に参画し、介護福祉の立場から提案することができる。

<ポイントまとめ>

★QOLが高齢者医療・介護政策の共通目標

社会保障推進国民会議報告の「治し支える地域完結型医療」という言葉が象徴するように、医療も生活者（患者）のQOL(Quality of Life)の維持・向上を目指し、生活者（患者）の住み慣れた地域や自宅での生活を支えるための医療となる。介護福祉はこれまでもQOLを目標としてきた。地域包括ケアシステムが高齢者医療、介護政策の共通目標となったのは、医療の目標がQOLを重視する形に変化し、介護と共通になってきたことによる。

★医療介護の一体改革～病院機能再編の受け皿としての介護

高齢者医療費の増加を抑制するため、病院機能を再編し、急性期→回復期→慢性期→介護（長期ケア）とスムーズに移行させる（医療からみると介護は「川下」）政策が志向されている。2014年医療介護総合確保推進法と総合確保方針において、効率的な医療提供体制確保と地域包括ケアシステム構築は「車の両輪」と位置付けられた。地域包括ケア政策は、介護保険だけでなく、高齢者医療介護の一体的な改革の共通目標となっている。

★市町村の総合的な政策マネジメント

高齢化や労働力の見通し、地域の資源は地域によって大きく異なる。地域にあったシステムは、市町村にしか設計できない。地域包括ケアシステムを構築・運用するため、市町村には、めざすまちづくりの目標や課題についての住民・事業者・関係者との共通認識づくり、介護、医療、住宅、地域福祉、まちづくりなど、幅広い領域の政策をマネージすることが求められる。

★なんでも介護保険の修正。生活支援は互助や市場も(を?)活用

「介護の社会化」をめざした介護保険は、家事援助などの生活支援も対象としてスタートした。制度開始後、軽度者（要支援～要介護1程度）の利用者と給付費が急増した。軽度者向けのサービスには、専門職が行わなくてよいものが含まれているという批判も強い。

このため2005年改正（介護予防の重視）、2013年改正等が行われた。特に2013年改正では、予防訪問介護・通所介護給付を地域支援事業の中の「介護予防・日常生活支援総合事業」（新しい総合事業）に移し、住民の福祉活動や市場による多様な生活支援・介護予防の活動やサービスを開発するために生活支援コーディネーター等をおく事業が創設された。

介護サービス需要は今後拡大するが、財政的・人的な資源には限りがある。地域包括ケア政策は、軽度者への生活支援はなるべく制度外の資源（互助や市場）を活用し、より専門性を要する中重度者向けのサービスに公的サービスの資金・人材を集中させようとする政策である。

★地域包括システムは制度ではなくネットワークの体系

システムとは、相互に影響を及ぼし合う要素のまとまりを意味するが、抽象的な言葉なので、文脈に応じて、体系、制度、方式、組織などいろいろな言葉があてられる。制度という言葉が当てはまる場合もあるが、地域包括ケアシステムを制度という意味でとらえると、理解をまちがってしまう。

地域包括ケアシステムは、医療、福祉の事業者、住民、各種の地域団体、行政の活動が、個々バラバラに行われるのではなく、共通の目標（介護を要する人びとのQOLの実現）に向かって、協力して動くつながり（ネットワーク）の体系という意味で、まさにシステム（相互に影響を及ぼし合う要素のまとまり）だと理解したほうがよい。

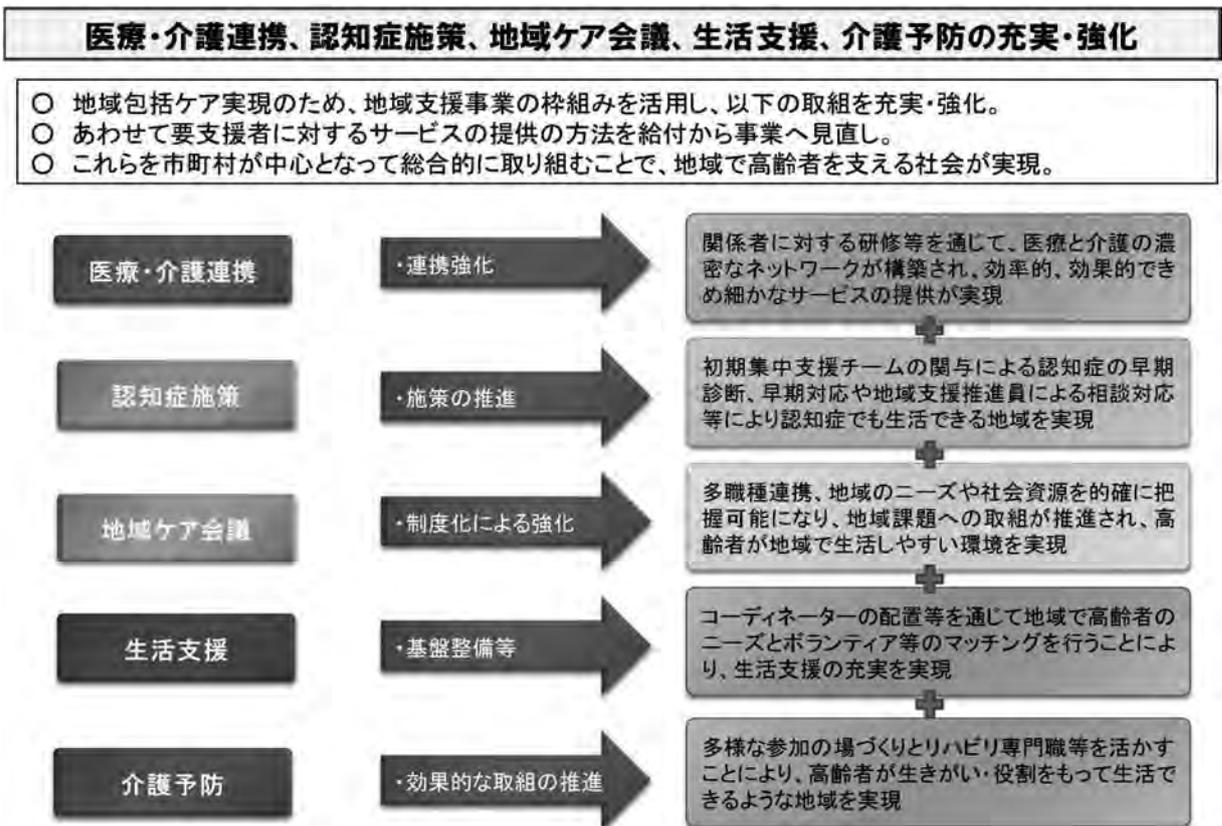
地域包括システムのなかには、さらにさまざまな種類、レベルのネットワーク（サブシステム）がある。例えば、入退院をスムーズにできるだけ居宅での生活を継続させるためには、医療機関同士また医療機関と介護サービス事業所間のネットワークが必要となる。これは市町村を超える広域的なネットワークである。住民が地域で支え合うとともに、住民の発見した課題・住民だけでは対処できない課題を住民と専門職が協力して解決するには、住民活動同士のネットワーク、住民活動と専門機関とのネットワークが必要になる。これは、より身近な小学校区や中学校区レベルのネットワークになる。

2 地域包括ケアシステム構築にかかる具体的な実践

2-1 地域包括ケアシステム構築のための政策体系

「住まい」「医療」「介護」「生活支援」「介護予防」という5つの要素と定義されたが、実際に地域包括ケアシステムを構築するための施策は、大枠としての介護保険事業計画、医療計画、及び2015年に施行された改正介護保険法の諸施策(下図)によって推進されている。

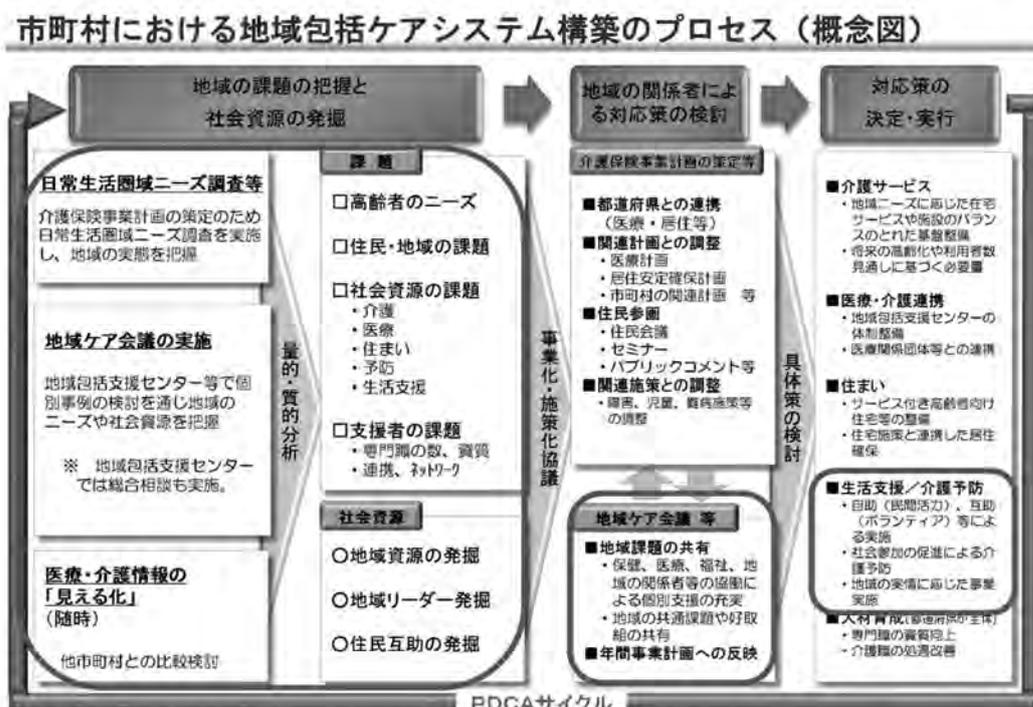
以下、これらの体系にしたがって、地域包括ケアシステム構築の取り組みの実際をみていく。



2-2 介護保険事業計画、医療計画による推進

2-2-1 介護保険事業計画を軸とした市町村による構築サイクル

介護保険制度の運営主体は、保険者の市町村である。市町村は、3年に一度介護保険事業計画を定める。この介護保険事業計画を使って、市町村が、2025年に地域包括ケアシステムを実現することを目標に、地域の課題把握と社会資源の発掘、関係者による対応策の検討、対応策の決定・実行、検証というPDCAサイクル(Plan計画、Do実行、Check検証、Action改善の実施)にしたがって、中長期的な見通しをもって地域包括ケアシステムを構築していくよう、厚労省はもとめている。この際、地域課題の把握や対応協議の場として重視されているのが、地域ケア会議である。



【出典】厚労省作成資料

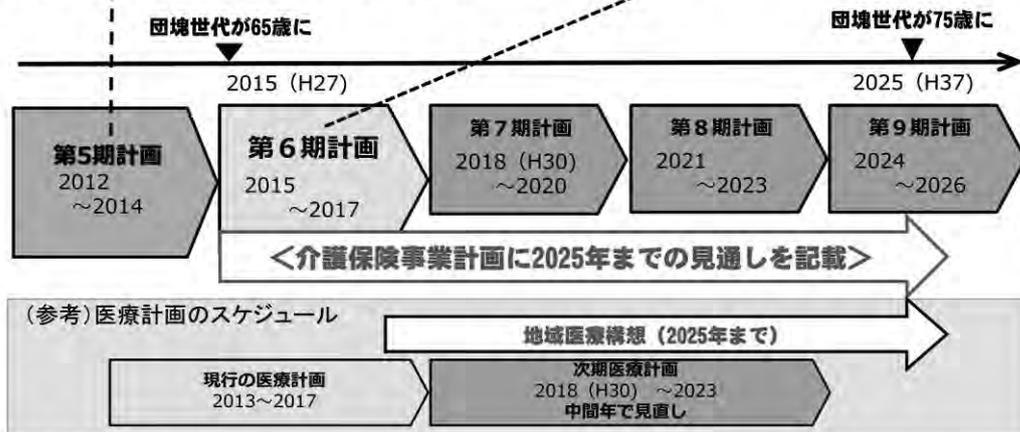
第5期及び第6期介護保険事業計画の改正点

第5期計画の改正点

- 計画策定に当たり、地域の課題・ニーズを的確に把握するために日常生活圏域ニーズ調査等を実施することを法律上に明記。
- 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づける。
- 「地域主権戦略大綱」（平成22年6月22日閣議決定）に基づき、記載事項の一部を努力義務化。

第6期計画の改正点

- 2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載し、中長期的な視点に立った施策の展開を図ることとする。



【出典】厚労省作成資料

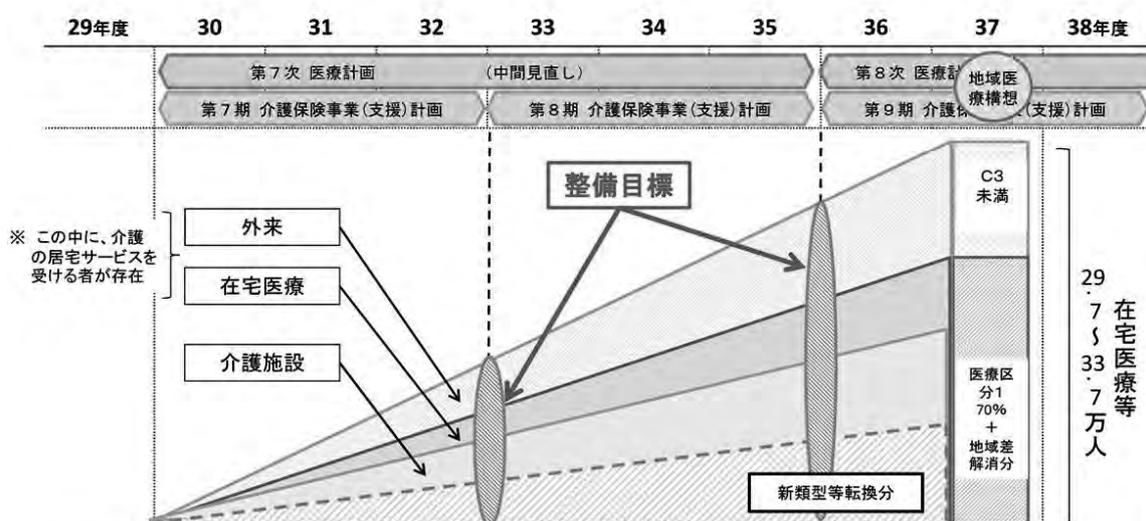
2-2-2 医療計画と介護保険事業計画の連動による医療・介護の一体的整備

医療の提供体制整備を推進する役割は、医療法に基づき都道府県が担っている。この際、病床の機能分化と在宅医療、介護の整備が整合性をもって進むよう、介護保険事業計画と医療計画が整合性をもって連動することが求められる。このため、2018年度から、医療計画（従前は5年周期だったが2018年度から6年周期とした）と介護保険事業計画（3年周期）の策定・検証サイクルが6年ごとに一致するよう、医療計画の策定サイクルがあらためられた。

次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係について

第10回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

- 在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に向けて、約30万人程度となると推計。
- これらの受け皿としては、療養病床の転換等による在宅医療、介護施設の整備の他、一般病床から在宅医療等に対応するものについては、外来医療等に対応することが考えられる。
- 対応にあたっては、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業計画の計画期間に応じた、整合的な整備目標・見込み量を立てる必要がある。



【出典】厚労省作成資料

6

【課題】

自分の勤務先施設・事業所が所在する市区町村の介護保険事業計画・老人福祉計画（たいがいは市町村のホームページで公開しています）及び都道府県の地域医療計画（同じく「〇〇県地域医療計画で検索」）を入手して、日常生活圏域ごとの特性（高齢化率、要介護認定率、独居高齢者数、事業所等社会資源の状況等）や、2025年（平成37年）にむけた推計等に注意しながら読み、次のことをまとめること。

1. 今後地域ではどのようなニーズが発生するか。どのような社会資源やサービス・活動を増やしていく必要があるか。現在どのようなサービスや取り組みが不足しているか。
2. 自分の地域の、①医療－介護・福祉連携、②認知症ケア、③生活支援サービス、④住宅等の課題は何か。
3. 今後、地域包括ケアシステムの構築を進めていくなかで、自分が担当している事業ないしは法人全体としてどのような方向で事業を展開していくことが求められるか。

2-3 介護予防・生活支援と地域づくり

2-3-1 介護予防・生活支援体制を整備する施策

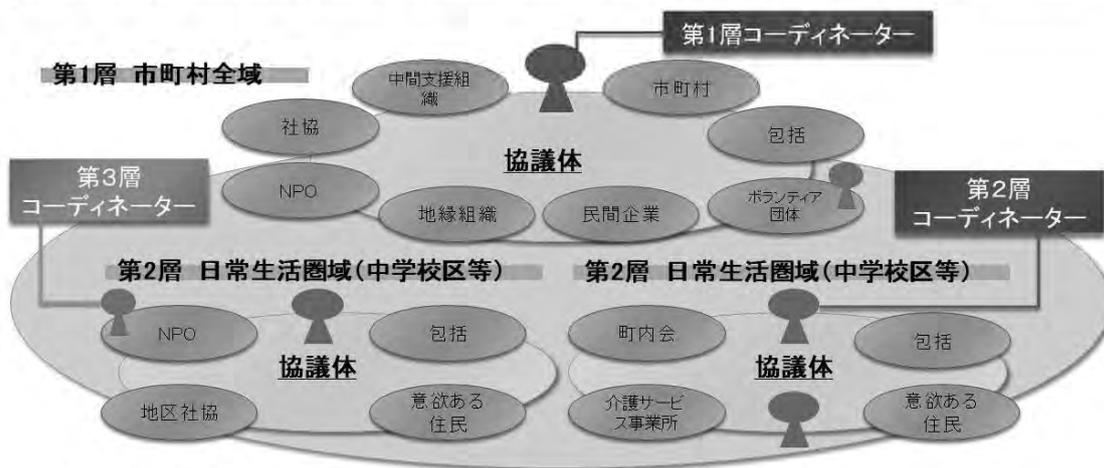
2-3-1-1 介護予防・日常生活支援生活支援体制整備事業

介護予防・生活支援は、介護保険サービスの対象の要支援・要介護者よりも、元気な高齢者や虚弱な高齢者を対象とした領域である。この領域については、多様な社会参加の機会を増やすことでできるだけ健康寿命を維持し、また生活支援についても住民のボランティア活動、民間企業による生活支援サービスなど、多様な資源を活用する体制＝社会参加の機会が豊富で生活支援資源が豊富な地域づくり、が目指されている。

そうした体制を整備するために、市町村は「介護予防生活支援体制整備事業」を行うこととなった（2015年度より）。これは市町村域及びより小地域の圏域に、体制整備を推進するコーディネーターとこれをバックアップする協議体を置き、住民組織、専門機関が共同して、高齢者の社会参加を通じた介護予防、生活支援の資源を増やしていくための事業である。

生活支援の体制整備＝コーディネーターと協議体の配置

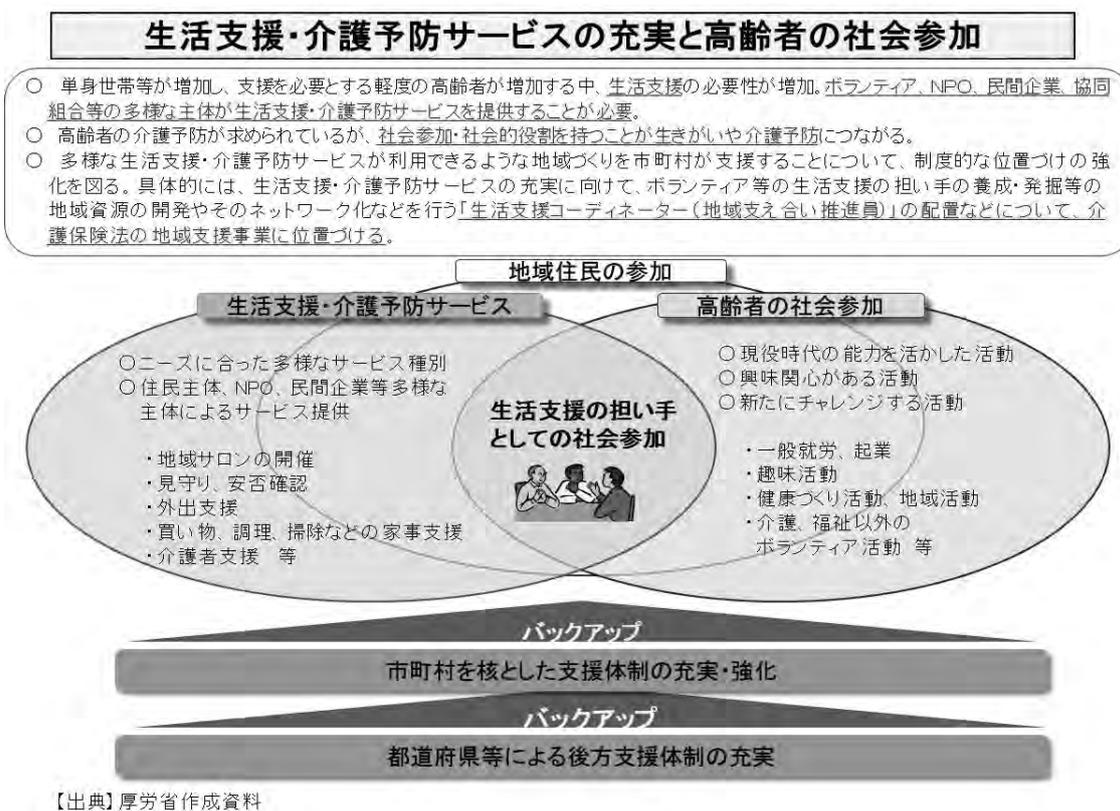
- 地域で生活支援サービスが行われる体制を整備するため、市町村はコーディネーターと協議体を配置する（生活支援体制整備事業）。
- コーディネーターと協議体は市町村内の3つの層に置く。
1層（市町村全域） 2層（日常生活圏域） 3層（サービス提供組織等）。
- 協議体…関係者が地域の課題や地域づくりの方向性を話し合い・共有し、生活支援のための活動やサービスを一緒につくっていくための「協働の場」
- 1層・2層の役割…地域資源やサービスの開発。そのための関係者のネットワーク化。
- 3層の役割…自身が属する組織のサービスの担い手と支援を必要とする人のマッチング。



【出典】厚労省作成資料を一部修正

2015年度の改正介護保険法施行の際、介護予防施策の考え方が大きく変わったことにも留意する必要がある。従来は、一般高齢者の中から、要支援等になる恐れのある高齢者を抽出して働きかけるハイリスクアプローチがとられていたが、高齢者全般を対象に日常的な社会参加を活発にすることで健康を維持するポピュレーションアプローチへと転換した。

例えば地域での外出・交流の場としてサロンなどの通いの場をつくることと、介護予防は連続している。また予防は体操等だけに留まるのではなく、本質的には多様な社会参加・役割を造り出していく地域づくりが必要である。地域づくり、予防と生活支援を一体的に推進することが重要である。

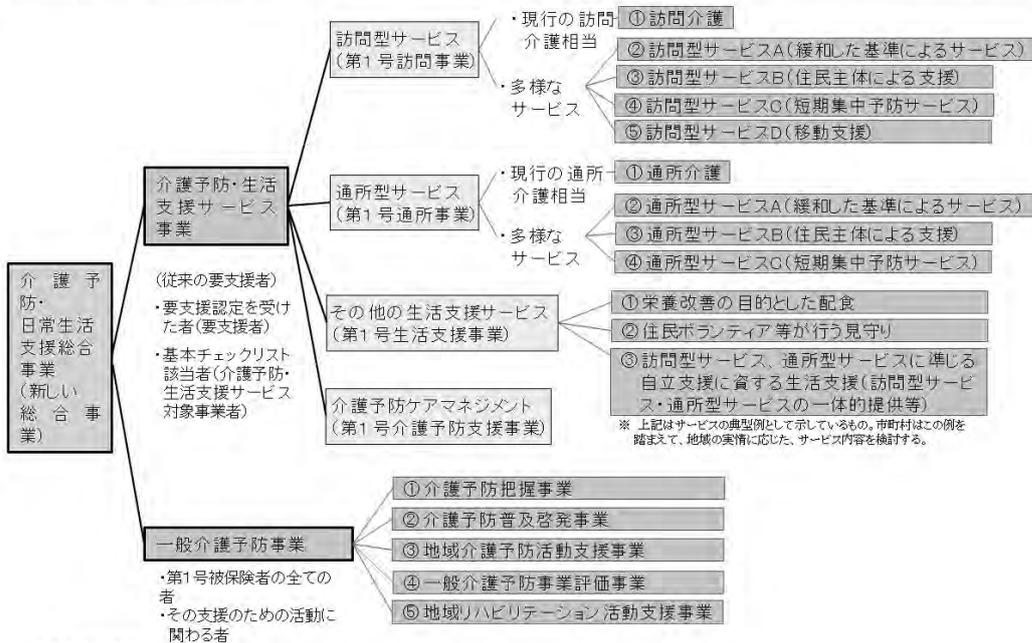


2-3-1-2 介護予防日常生活支援総合事業と生活支援体制整備事業

介護予防日常生活総合支援事業（以下総合事業）は、一定の要件を満たす介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業からなる。このうち介護予防・生活支援サービス事業には、2015年度に従来の介護給付から、市町村事業に移管され、要件が多様化した予防訪問介護、予防通所介護等（サービスの対象者は要支援者及び基本チェックリスト該当者）が含まれる。ここでは、住民が行うサービスも市町村が定める要件を満たせば事業対象になりうる。

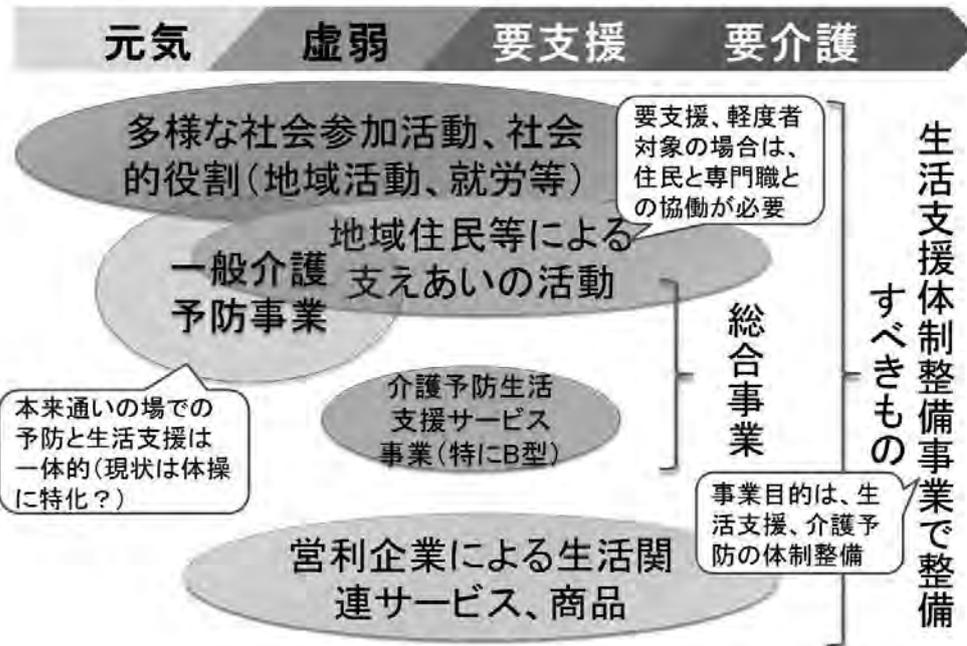
注意すべきは、生活支援体制整備事業で開発する介護予防や生活支援の活動・サービスのなかで、総合事業の対象になるのは一定の要件を満たす一部に過ぎないということである。生活支援体制整備事業の主目的は、総合事業対象のサービスを増やすことではない（もちろん生活支援体制整備事業で開発されたサービスが総合事業の対象になることはある）。生活支援体制整備事業の目的は、総合事業よりも幅広い多様な社会参加の資源・場を増やし、それが自然に生活支援の機能も発揮することである。

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



【出典】厚労省作成資料

生活支援体制整備事業の守備範囲



【出典】諏訪作成

2-3-2 介護予防・生活支援のプログラムの実際

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



【出典】厚労省作成資料

図は、地域包括ケアシステムの一部として自治体が整備をすすめる多様な介護予防・生活支援の活動について、厚労省が示すイメージである。これらの大部分は介護保険・総合事業外の共助や市場サービスの取り組みである。

これらは生活支援体制整備事業が始まる以前から、住民や社協による地域福祉活動の一環として広く取り組まれてきている。ただし、政策としてどの地域にも広げるという取り組みは弱かったため、活動が豊かな地域とそうではない地域で大きな差があった。生活支援体制整備事業は、国が政策として自治体に課す点で、従来の取り組みとは大きな違いがある。

広く普及している取り組みとして、①サロンや通いの場、②見守り・安否確認、③ちょっとした生活支援等がある。また、民間企業による掃除・庭木の手入れ、配食、移動販売も生活支援には欠かせない資源である。

また、地域の資源をつかった、ユニークな取り組みも生まれている。

【課題】

自事業所が所在する地域における介護予防・生活支援体制整備事業の取り組み状況を調べ、次のことをまとめること。

1. 生活支援体制整備事業は、どのように取り組まれているか。生活支援コーディネーターはどの機関が受託しているか。2層の協議体はどのような圏域に置かれているか。
2. 地域には、高齢者が利用できる介護予防、生活支援の場・活動・サービスとしてどのようなものがあるか。(民間企業のサービスも含む)
3. 不足している場・活動・サービス、あるいはこれらにアクセスしにくい人びとや地域はないか。

2-4 認知症施策

2-4-1 認知症施策の性格

認知症施策は、早期診断・初期集中支援・中重度化していった時の生活支援など主として専門機関による対応の問題と、認知症があっても（あるいはその予防という点でも）社会参加し、積極的に活動できる地域づくりの問題とがからみあい、施策の領域は幅広い。後者の地域づくりについては、介護予防や生活支援体制整備事業と非常に密接にかかわる。

また、認知症ケアパスに示されるように、インフォーマル、フォーマルの多様な資源が関連する。軽度の時期にはインフォーマルな資源が主体で生活を支援し（専門的支援はポイントで生活を支える）。重度になるにつれて、専門的サービスが主体となっていくが、同時に中重度になってもできるだけ地域から切り離されないようにインフォーマル資源と連携していくことは重要である。

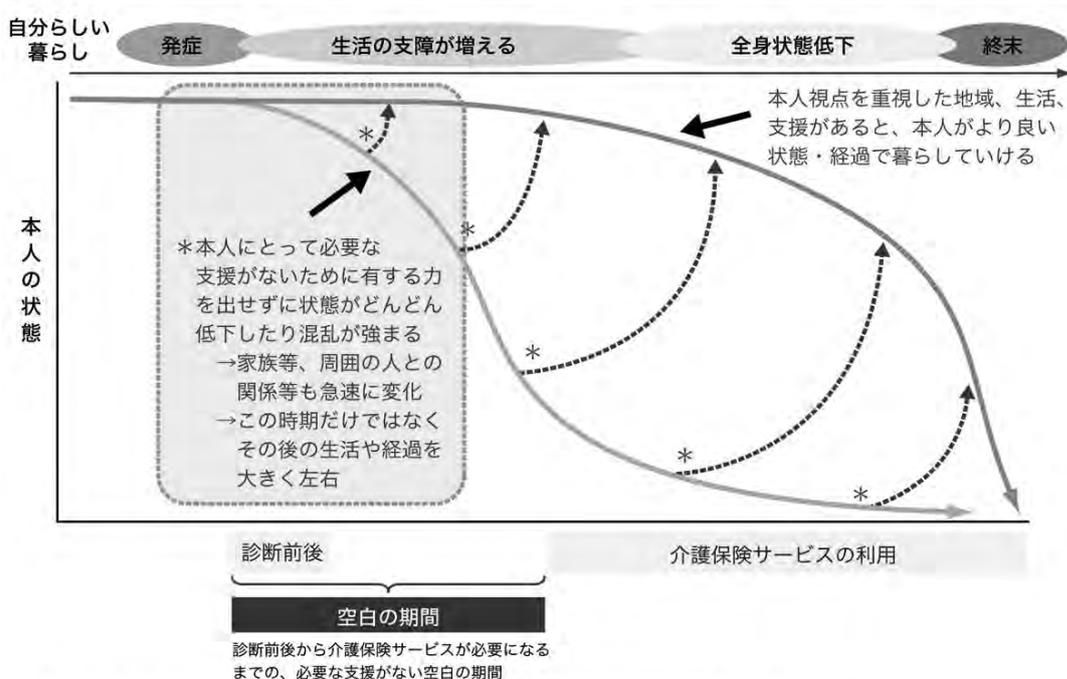


2-4-2 認知症施策への取組の実際

認知症の早期診断や初期の集中支援が課題となっている。ここでは、認知症のかかりつけ医、診断を行う認知症疾患医療センター、初期集中支援チーム等の整備が取り組まれているが、まだ取り組みは緒についたばかりである。

また、専門機関の側の体制が整ったとしても、認知症の初期状態を発見するのは周囲の目であり、住民の側の認知症に対する理解を広げなければ、初期の専門的支援にはつながらない。さらに、診断を受けたのちの生活支援を専門機関がまるごと行うのは生活の質の観点から望ましくなり、認知症の人が活躍できる地域の社会参加の場が必要となる。これらは地域住民・認知症当事者と専門機関との協働が不可欠である。

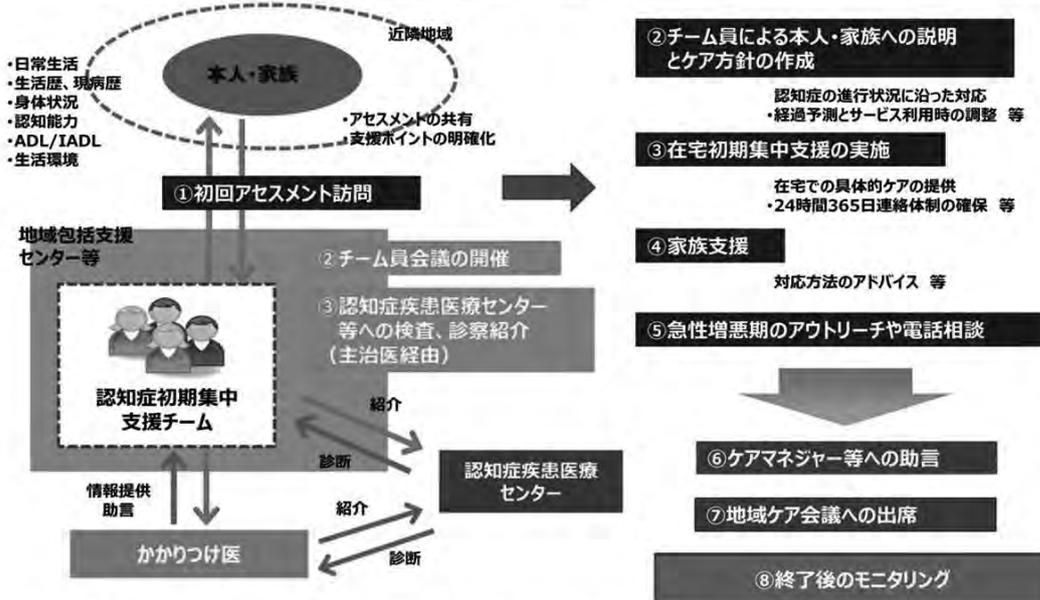
本人が辿る長い経過全体の中でみると、初期の「空白の期間」の期間が大きな課題



【出典】東京都健康長寿医療センター『本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド』

認知症初期集中支援の流れ（イメージ）

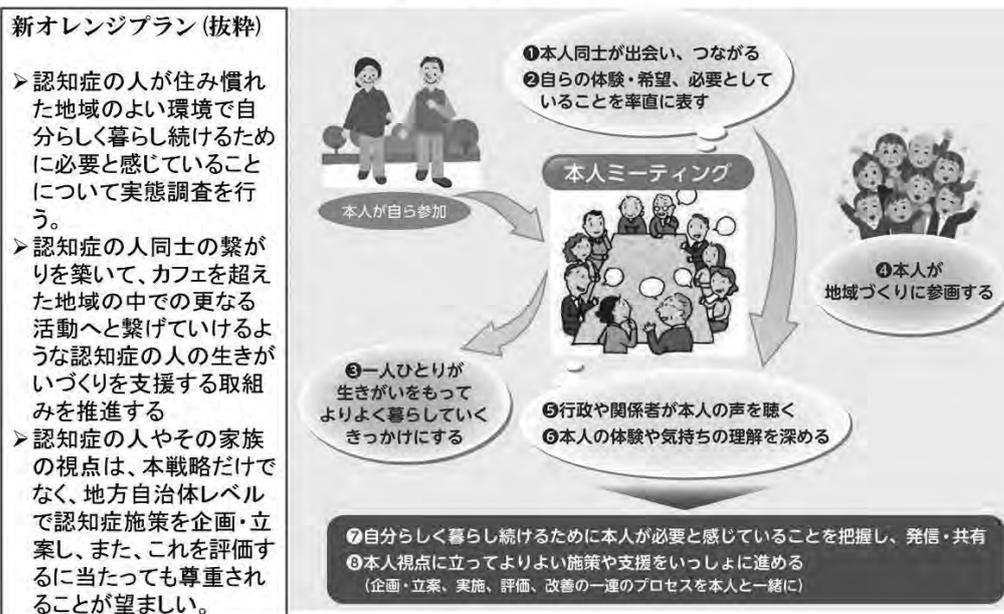
0 地域への啓発活動 チームの存在の周知



【出典】鷲見幸彦氏『認知症初期集中支援チームー支援の進め方ー（平成29年度版）』

認知症をもつ本人がまちづくりに参加することは極めて重要である。

認知症の人の本人ミーティング



【出典】長寿社会開発センター「本人ミーティング開催ガイドブック」

【課題】

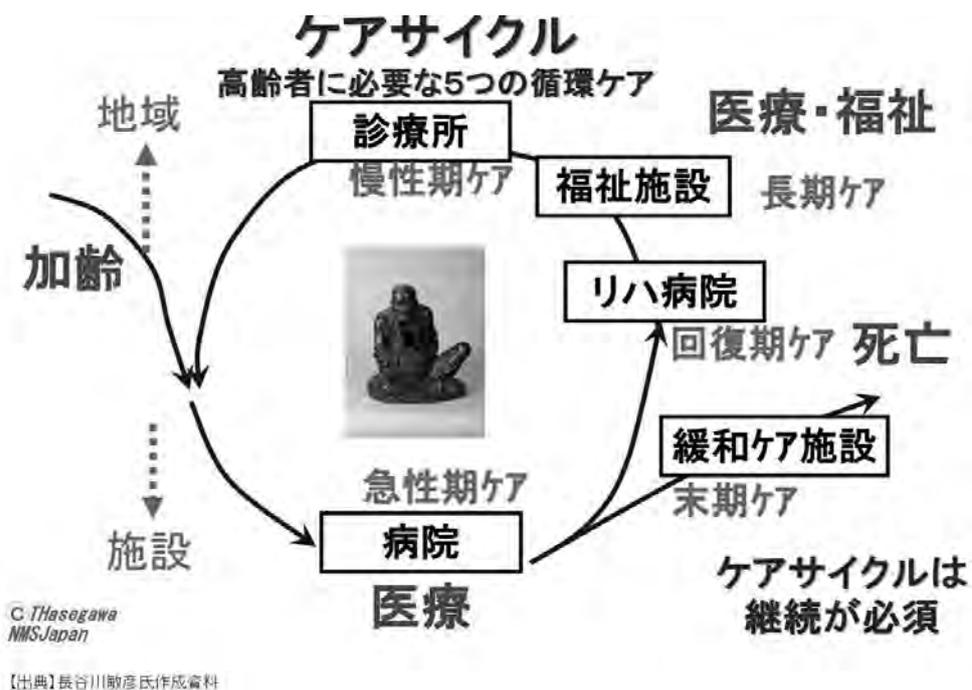
自事業所が所在する地域における認知症施策の取り組みや、認知症の人のためのプログラム等の取り組み状況を調べてまとめること。

1. 認知症サポーターの養成等への取組、サポーターの活動
2. 認知症カフェ等の取組
3. 認知症ケアパスの作成
4. 本人の会や家族会等の取り組み
5. かかりつけ医、初期集中支援等の取り組み

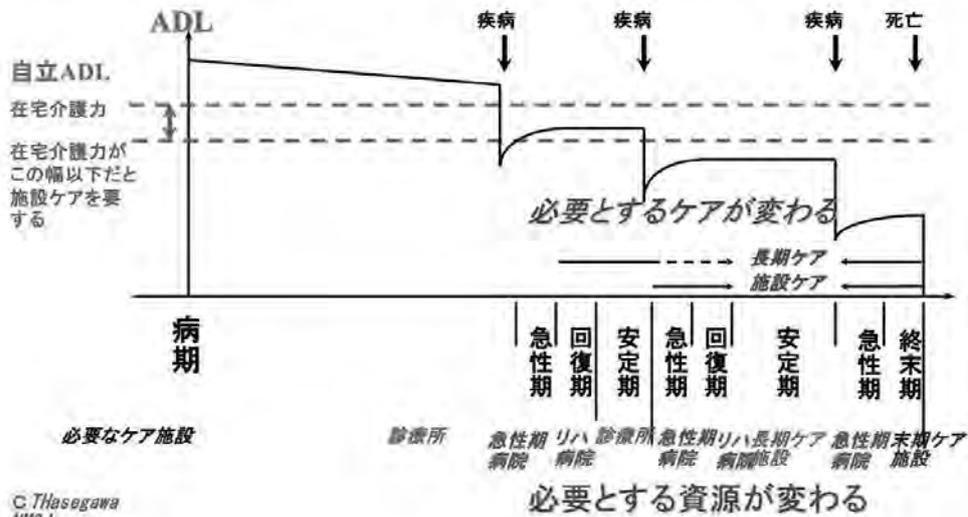
2-5 医療介護連携

2-5-1 ケアサイクルと医療介護連携の必要性

高齢期は、時々入院治療を要するが、その後の心身状況の変化が大きい。入退院時にスムーズに生活の場に復帰できるか、そのための介護サービスや在宅復帰の支援が切れ目なく行えるかどうか、生活の継続性を左右する（医療資源配分の効率性も左右する）。このため、切れ目のない医療介護連携が必要となる。



高齢者ケアの過程(複数のエピソードと必然的死)



2-5-2 医療介護連携の施策の実際

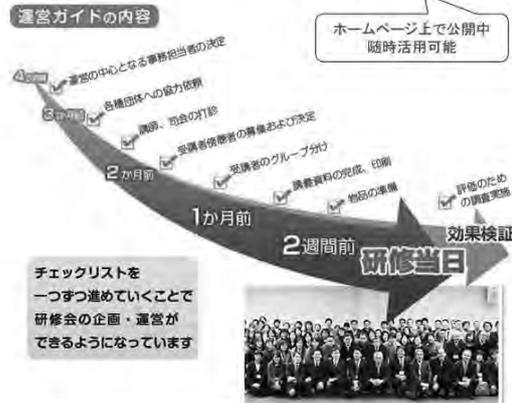
医療サービスと介護サービスは、提供圏域の違い、提供方式の違い、それぞれの専門職の共通言語・文化の違い、政策主体の違い、といった違いがあり、これが両者の連携の妨げとなっている。医療介護連携施策の焦点は、この障壁を克服することである。

- ・ 提供圏域の違い…医療は市町村を越えた広域で提供されるのに対して（高度な医療は二次医療圏、三次医療圏で整備される）、介護サービスは基本的には市町村内で利用されることが多い。医療と介護の提供圏域が異なること、医療介護連携では、医療と介護では、サービスの提供圏域が異なる。
- ・ 提供方式の違い…医療サービスは原則として医師の判断でサービスの要否が速やかに決定される。また患者は原則として自由に医療機関を選ぶ。介護サービスは要介護認定、ケアマネジメントなど、サービスにアクセスするために一定の手続きが必要となる。また介護サービスのケアマネジメント機関が、要支援と要介護で分かれている。提供方式が異なる医療・介護サービス双方にわたる情報集約・提供（相談）、介護サービスと医療サービスをつなぐ切れ目のない入退院支援やケアマネジメントのシステムがない。
- ・ 共通言語・文化の違い…福祉職中心の福祉と、医療職中心の医療とでは、互いのもちいる専門知識・用語の理解が双方に乏しい（共通知識・専門用語の基盤がない）。また従来は支援目標の考え方違いがあった（生活の質を重視する福祉。治療を重視する医療）。
- ・ 医療サービスの整備は医療計画（医療法）に基づき、都道府県が責任を負う。介護サービスの整備は介護保険事業計画（介護保険法）に基づき、市町村が責任を負う。

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○研修会開催支援ツール(1) 研修運営ガイド

- 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- 開催日程に応じていくつかのパターンを例示



【研修会開催に関する問合せ先】
 東京大学 高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点(在宅医療研修担当)
 Mail: homecare_info@teg.u-tokyo.ac.jp Tel: 04-7136-6681 Fax: 04-7136-6677
 〒277-8589 千葉県柏市柏の葉5-1-5第2総合研究棟
 ※問合せは原則メールにてお願いいたします。一度に多数のお問合せをいただいた場合、即日返信が難しい場合がございます。

【出典】厚労省作成資料／東京大学高齢社会総合研究所、国立長寿医療研究センター

○研修会開催支援ツール(2) ホームページ

- 講師となる方が活用できる資料(講義スライド、読み原稿、動画など)を収載
- 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
- テーマ別の120分構成のコンテンツ(講義+グループワーク)を整備
 - 地域のニーズに応じて研修内容のカスタマイズが可能(認知症、がん緩和、摂食嚥下;口腔ケア、栄養、リハビリテーション、褥瘡など)



○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- 東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点では、評価アンケートを受講前/直後/1年後/2年後と実施(地域間比較が可能)
- 意識変化のほか、医師に対しては診療報酬の算定状況の変化を調査し、行動変容を追跡

検証を希望される場合は左記問合せ先まで

【課題】

自事業所が所在する地域における医療介護連携の取り組み状況を調べてまとめること。

- ・介護保険事業計画における記載
- ・施策の取り組み状況

また自事業所における医療との連携において、どのような課題があるか、具体的な支援事例をもとに考察し、まとめること。

2-6 住まい・居住支援

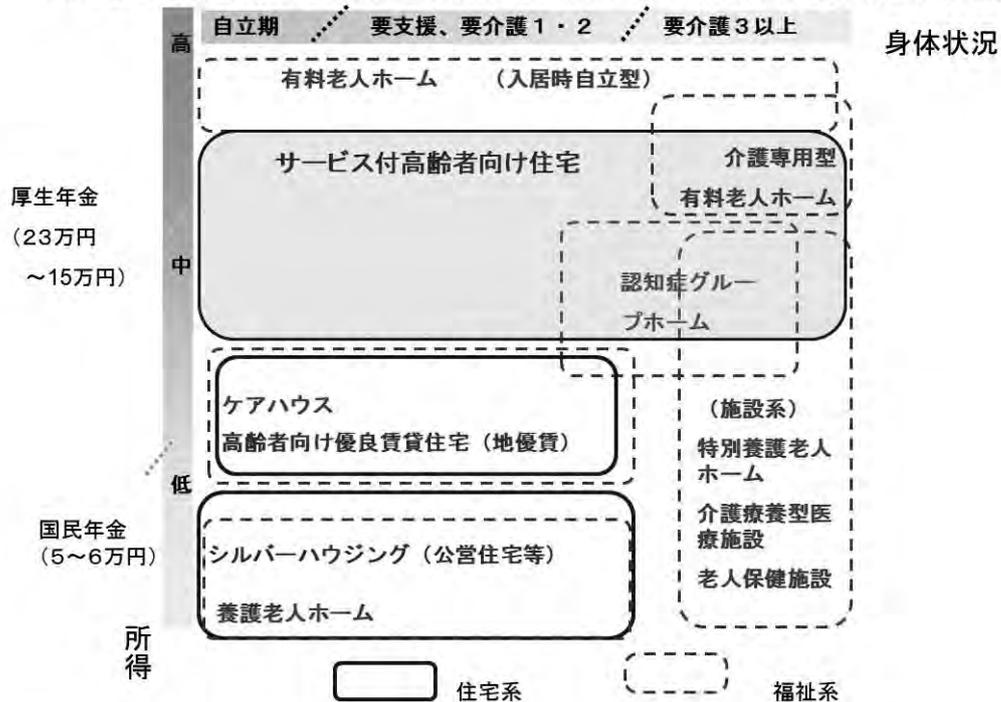
2-6-1 高齢者の住まいをめぐる課題ー低所得高齢者を中心に

8割以上の高齢者が持家に住んでいるが、持家の使用や設備が高齢化に不適合、外出困難な地域環境にあるといった場合に、心身の状況が変化するに伴って、次第に従来の持家では居住の継続が困難になる。生活上の見守りや安否確認にも不安がある。これに対して、介護保険及び関連施策において、住宅改修、サービス付き高齢者住宅、GH等入所型サービスへの住み替え、といった形で対応がされている（この場合、転居後の住宅が空き家になるという問題も起きる）。

低所得・低資産の高齢者にはこうした選択肢はない。公営住宅の供給が限られているため、多くは民間の賃貸住宅に住むが、低家賃であるほど居住環境は悪く、心身の状態の変化に対応できない。このため、心身の状況が悪化すると、従来の住まいでの居住はより困難になりやすい。老朽化したアパートの場合、廃業や建て替え等によって住居を失うリスクにもさらされている。

高齢者向け住まい・施設の位置づけ（イメージ）と課題

※ 課題：所得が低い人には選択肢が少ない。メニューがあっても供給量が少ない。



【出典】高齢者住宅財団によるモデル事業資料より

市町村の住宅部局は公営住宅の管理運営を中心としており、市町村で、高齢者の住まいの状況を把握し、政策を立案する機能はこれまでとぼしかった。住宅セーフティネット法に基づく諸施策で、住宅確保要配慮者への居住確保策が普及しつつあるが、市町村段階での取り組みはまだ少ない。また、介護保険を始めとする福祉部局には、ここの福祉施策は所管していても、それらを住まいの問題として横断的に把握する視点は乏しい。

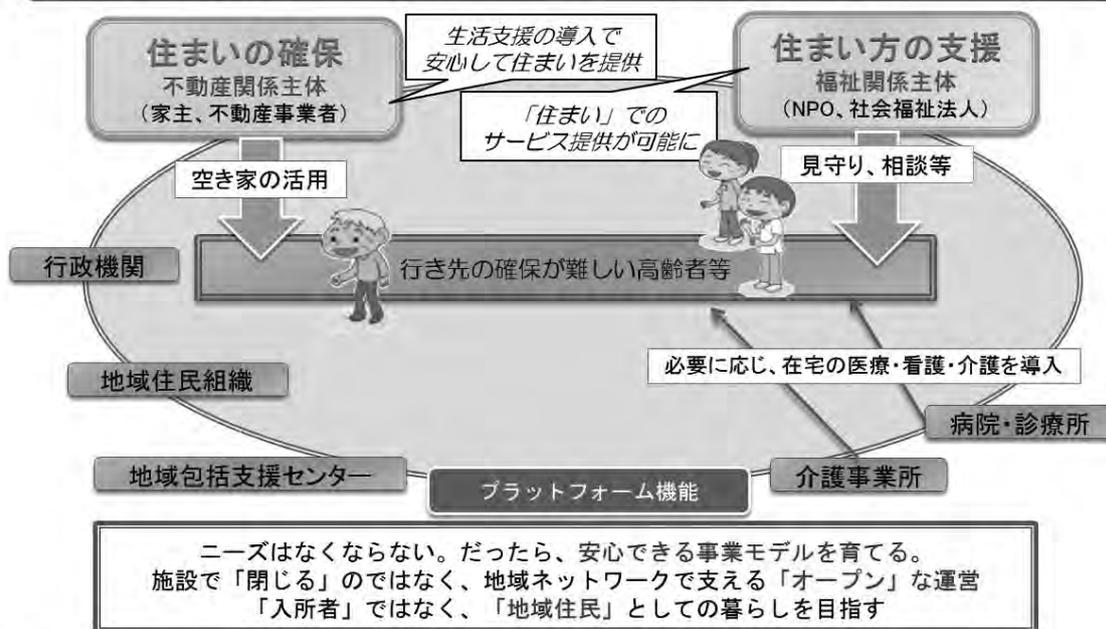
2-6-2 低所得・低資産高齢者への住まいの確保策の実際

現在、空き家が増え続けており、これらを有効に活用し、賃貸にまわるようにすれば、新たに高齢者向けの賃貸住宅をつくらなくても済むかもしれない。ただし、低所得高齢者が賃貸住宅を借りようとしても、孤独死や死後管理の困難等を恐れる家主が貸し渋ることがある。

そこで入居後の生活支援（居住支援）を行うことで、家主が安心して貸せるようにする取り組みが始められている。住宅セーフティネット法による一定の質を満たす賃貸住居の確保（登録制度）と居住支援法人による居住支援もその一つである。

住まいの確保 + 住まい方の支援で問題解決

- 不動産関係者、福祉関係者、行政等が協力して、低所得の高齢者に住まいを提供
- 住まい方の支援（生活支援）によって、家主が安心して貸せる。



【出典】高齢者住宅財団によるモデル事業資料より

【課題】

自事業所が所在する地域における高齢者のすまいへの取り組み状況を調べてまとめること。

- ・介護保険事業計画における記載
- ・施策の取り組み状況

また自事業所の具体的な支援事例から、高齢者のすまいにおける課題について考察し、まとめること。

3 地域に対するプログラムの企画

プログラム開発の流れは下記となる。以下この流れにそって説明する。



3-1 地域の圏域・資源を知る

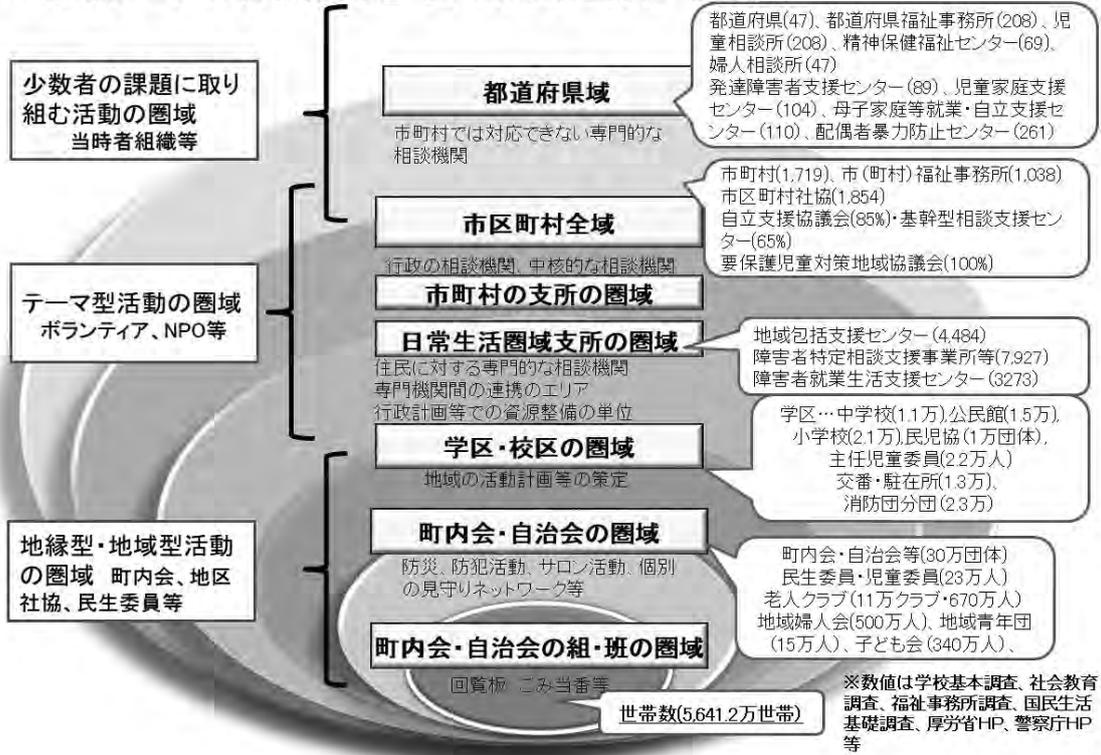
3-1-1 地域の圏域と資源

地域と協働する場合は、地域に歴史的に形成された圏域を意識する必要がある。

特に、学区・校区は住民が自分の地域と考える圏域であり、地域に重要な意味をもっている。歴史的に、明治の学制施行当時、旧町村では小中学校の建設費や運営費を住民たちが出しあい、また明治合併前の旧町村（約7万）、明治合併後～昭和合併までの町村（約1.5万／ここに中学校を設置）の単位となっていたからだ。そうした経過から今日でも、概ね小学校区や中学校区で、町内会・自治会の連合会が組織されている。また、学校やPTAを通して、子どもたち・親たちは地域につながるようになる。これに比べ、介護保険施策がつくった日常生活圏域は概して学区より広く、その場合には住民にとっては広すぎ、身近な圏域とはいえない。

概ね学区に1つある資源（つまり中学校の約1万を超える資源）は身近な資源といえる。

地域の圏域構造と多様な主体・資源



【課題】

あなたの事業所が所在する市町村の日常生活圏域と地域包括支援センター、さまざまな圏域がどうなっているのか調べなさい。

日常生活圏域数	
地域包括支援センター数	
行政区	
福祉事務所圏域	
連合自治会・町内会数	
民生委員協議会数	
中学校区	
小学校区	
単位町内会数	

【課題】

自事業所の活動エリアはどの程度の圏域か、特に密接に連係している住民組織や地域の機関はどの範囲に存在するか、確認し、自組織はどの程度地域にとって身近か考えなさい。

3-1-2 地域の活動主体・団体

地域には福祉活動を行うさまざまな団体がある。

・住民組織・ボランティアグループ等

地縁型・地域型	町内会・自治会(部落会、区会など名称はさまざま)	ある区域に住所をもつ全世帯(原則)が加入し、その区域で住民が共同で処理すべきさまざまな事柄(まつり・運動会などの行事、ごみ処理、環境美化、防災・防火、慶弔など)に包括的に取り組んでいる。その一環として福祉活動・ボランティア活動(見守り活動、サロン活動、募金活動(日赤・共同募金・社協会費))などにも取り組む。
	年齢階梯別の地域集団	概ね町内会の範囲で、子ども会、青年団、婦人会、老人クラブなど、年齢階梯別の地域集団がつくられ、交流、イベント、社会活動を行っている。その一環で福祉活動にも取り組む。
	地区社協(校区社協など)	社会福祉協議会からの働きかけによって、ある区域の住民の福祉活動を推進するために、住民が自発的に設置する組織。学区単位でつくられることが多い。学区の町内会連合会の福祉部のような位置付けのところもあれば、無関係なところもある。
	民生委員・児童委員	行政の委嘱に基づいて、担当区域(自分が住む地域)で、支援を必要とする住民の把握、訪問、相談、援助を行う行政委嘱型ボランティア。サロン活動などにも取り組む。選出過程で町内会からの推薦を受けており、町内会とも関係が深い。
	ボランティア(グループ)	ボランティア活動を行う人・団体。特定のボランティア活動を行うことを主目的にしたボランティアグループ(例えば子どもの学習支援、手話・点字サークル等)とともに、団体設立の目的はボランティア活動ではないが活動の一環でボランティア活動に取り組む団体も多くある(老人クラブ、趣味のサークル⇒趣味をいかしたボランティアなど)。
	NPO法人	特定非営利活動促進法に基づき公益活動を行う法人。半数近くが福祉に関する活動を行う。有償のサービス・事業を行う団体も多い。多くのボランティア(無償・有償)の参加に支えられており、住民のボランティア活動の場も提供している。(ただしボランティアが参加せず有給職員のみで事業やサービスを行うだけのNPO法人もたくさんある。)
テーマ型	当事者団体	問題・課題を抱える本人等(=当事者)が自分たちの問題解決のためにつくる団体。障害者本人の会、親の会、介護者の会、〇〇患者の会、LGBTの会など多種多様。当事者に必要な情報交換、相談(ピアカウンセリング)、交流・親睦、行政や専門職への要望などを行う。

・組織としてまたは構成員がボランティアな活動をする組織

生活協同組合	<ul style="list-style-type: none"> ・生活協同組合は、店舗・宅配の他、さまざまな社会的活動を行っている。 ・店舗・宅配などインフラを生かした、買い物弱者のための「移動販売車」、「高齢者の食のサポート」(買い物弱者を支援するため夕食弁当配食)、「地域見守り活動」 ・福祉事業の経営(訪問介護、通所介護等)、「生活困窮者支援」(家計再生支援貸付等) ・組合員の活動としての「くらしの助け合い活動」(有償の家事援助等)、「子育て広場」など、
農業協同組合	<ul style="list-style-type: none"> ・農協JAは、本業の他、JA組織として公的な福祉サービス(介護保険・障害福祉サービス等)、有償の在宅福祉サービスに取り組んでいる。 ・組合員の相互扶助組織である助け合い組織をつくり、無償のボランティア活動を推進している。助け合い組織はミニデイサービス(レクリエーションや会食)、安否確認・ふれあい訪問、交流活動などに取り組んでいる。
労働組合	<ul style="list-style-type: none"> ・労働組合は、組合員へのボランティア活動の啓発活動、組合員サークルによる地域貢献・ボランティア活動の推進・支援を行っている。組合員の寄付によるNPOや社会貢献プログラムへの助成を行う労組もある。
企業・商店	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの企業が、地域へのお付き合いとして寄付・地域イベントへの参加、企業の施設の地域開放などを行っている。 ・商店街はまつりなど地域イベント、まちづくりなどの主要な担い手となっている。 ・障害者や生活困窮者の就労(中間的就労を含む)の場としての役割も期待される。 ・大企業は社員のボランティア活動支援(情報提供や活動先の紹介、ボランティア休暇、マッチングギフトなど)を整備していることが多い。
学校	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園・保育所、小学校、中学校、高校、大学等。授業を通しての子どもたちの体験学習やサービスラーニング、クラブやサークル活動としてのボランティア活動などの拠点となっている。 ・PTA活動や学校ボランティアの活動は、若い世代の親たちが地域活動にデビューする入口となっており、ここから仲間づくりが進み、その後のサークル活動、ボランティア活動などにつながる。

・推進機関

市町村社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉の推進を目的に、社会福祉法に基づき設立される組織。全ての市町村(指定都市では区も含む)、都道府県、全国で設立されている。 ・市町村社協の地域福祉部門(地域福祉担当課、ボランティアセンターなど)は、住民向けの講座、グループづくりや活動開始の支援(サロンづくりなど)、活動の支援(ネットワーク・協働促進、会議室の貸出、助成金の斡旋)などを行っている。 ・地域福祉活動計画を策定し住民活動の活性化をはかっている。
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度の一環で市町村が設置(7割程度が委託で社会福祉法人等が受託運営)。日常生活圏域(1~2中学校区)を担当し高齢福祉の総合相談、虐待対応、ケアマネジャー支援等を行う。 ・介護予防の推進や地域の高齢者の生活状況の把握などの業務の一環として、予防活動グループづくり、高齢者の見守り体制づくり、サロンづくり、認知症サポーターの養成、地域の団体が参加する地域ケア会議の開催、地域課題に対応したプログラム開発などを行っている
公民館	<ul style="list-style-type: none"> ・社会教育の拠点として住民の学習活動や社会活動を支援する。公民館機能に住民票発行や各種手続き、町内会との調整等をする機能を加えた地区センター等となっており、身近な施設。 ・さまざまな講座から趣味活動のサークルだけでなく、ボランティアグループや地域活動リーダーが生まれる(福祉のグループ等も生まれる)。会議室を貸出、グループの活動拠点となっている。
NPO支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・市民活動団体・NPOの支援を目的に行政やNPOが設置(すべての市町村にあるわけではない)。 ・まちづくり、環境保護、スポーツなど幅広い活動を対象に、グループづくり、リーダー養成、助成金の斡旋、会議室貸出など行う。ここから福祉のNPOやリーダーが生れることも多い。

【課題】

自事業所の身近な地域にはどのようなグループがあるか。どんな活動をしているか、調べなさい。

グループ名	活動内容・活動場所等

3-1-3 住民と協働するために

住民と協働するうえで、住民活動の動態や、その価値をよく理解しておく必要がある。

住民の福祉活動には概ね次のようなタイプがある。これらは、まず互いに知り合い・楽しみ→そこから気にかけてあう関係が生まれ→それが支え合いに発展するという関係にある。サロンや行事などの交流活動は、支え合う関係の基盤として重要である。

また住民の活動の多くは、要するにともに楽しみ、つながるというものであるが、そのこと自体が、生活にハリをもたらし、生活情報の入手を可能にしたり、地域で暮らし続けたいという意思や希望の根幹となる、という意義がある。

知り合う 楽しむ

- 交流会
- バスハイク
- 市民菜園
- バザー
- サロン
- 食事会・居酒屋
等

気にかける あう

- マップづくり
- 見守り活動
- 気になることを
共有する
- 専門機関につ
なぐ
- 防災訓練 等

支えあう

- 買物支援
- 外出付き添い、
移送
- 庭の手入れ
- 電球交換 等

- 知り合い、仲良くなるきっかけをつくる
- 地域での役割、出かける先をつくる
- 孤立している人に気づき支援につなげる
- ちょっとした助け合いをする



- 生活にハリができ、健康が維持できる
- 生活情報が手に入る、わからないことが聞ける
- 何かあった時に気づいてもらえる
- 仲間から地域で暮らし続ける知恵・姿勢を学べる



- “ずっとここで暮らせるかな”と希望がもてる
- “地域でねばること”を根底で支える

3-2 個別課題の普遍化と地域アセスメント

3-2-1 個別課題の普遍化

介護福祉士は日々利用者個々人の生活を支援している（個別支援）。その個別支援の経験のなかで、「もしこんな取り組み（＝プログラムや地域資源）があったら、もっと違う対応・結果になったのに」という経験をしているはずだ。

また、その個別の経験は一人一人の利用者や家族との経験であるが、そのうらには、なんらかの地域の共通課題が潜んでいる。つまり、その利用者の他にも、地域には同じような課題をもった人々が、たくさんいるはずである。このような視点をもって、個別の課題から地域の共通課題として普遍化する作業を、個別課題の普遍化という。

個別の支援の経験と、そこから普遍化された地域の共通課題。これが新たなプログラム開発のヒントである。

個別課題を抽出する時に、予防的な視点が重要である。例えば、認知症の人がサービスにつながった時にはすでに悪化してしまっている時がよくある。もしもそうした人をもっと早く発見し、支援につなげていけるプログラムがあれば、それは防げたかもしれない。今もっとよい状態だったかもしれない。

地域で対応する本質的な意義は、予防につながりうることである。予防的視点から地域をみるということは、あるべき規準（予防）から地域課題を発見することであり、プログラム開発の種（シーズ）を発見するための、基本的な視点となる。

地域課題は、他者の声からも発見できる。特に支援活動にあたっている住民や他の専門職が日頃から気づいていることをきくことは、地域課題を発見するヒントとなる。

共通課題… 1つの問題の背後にある地域の共通課題を想像する

同じ問題をもつ人がいるかもしれない

同じようなことがあるかもしれない

予防…おきなくてもよかったことを防ぐ

不必要に悪化させてしまうことを防ぐ

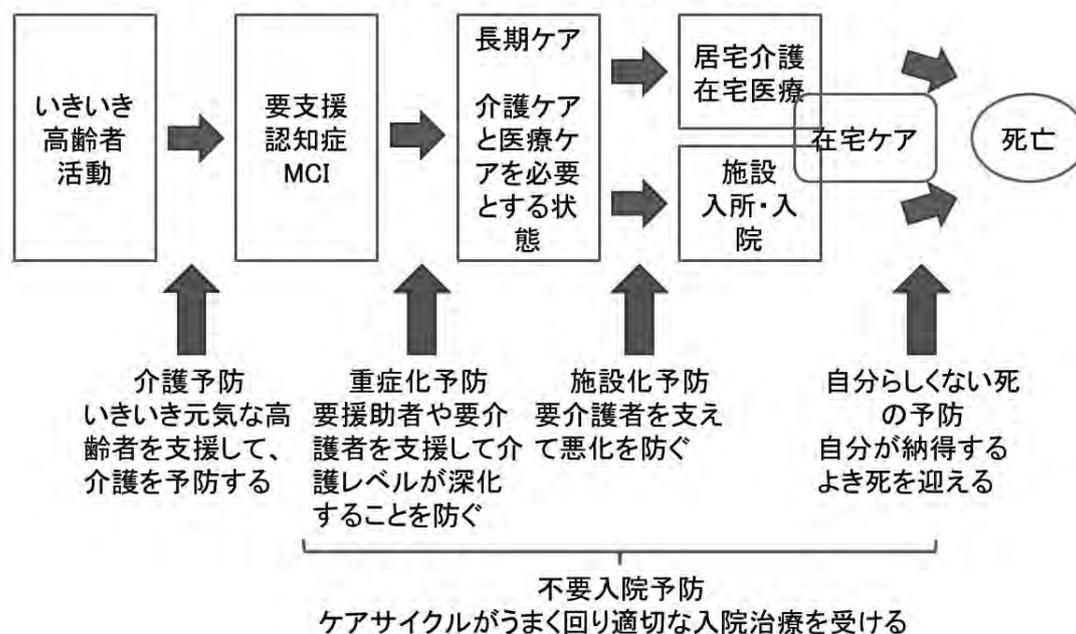
もしこういう取り組みがあったら、もっと早く対処できたかもしれない

地域課題を析出するプロセス

アプローチ	視点
日頃の気づきを整理 日頃から福祉ニーズに接している住民や専門職の声から、地域課題を導き出す。	現に見えている問題を整理分類する。
個別支援事例から析出 個別支援事例を分析し、問題がおきる原因、対応できなかった問題等を分析し、地域課題を導き出す。	現に見えている個別の問題を、横断的に分析し構造化する。
あるべき規準から検証 例えば、予防給付について、本来住民活動や民間サービスがあれば制度が対応しなくて済むことを洗い出し、それが解決できるようにすることを地域課題としてとらえる。	今は問題視していないが、あるべき規準に照らして問題・課題として捉えなおす。

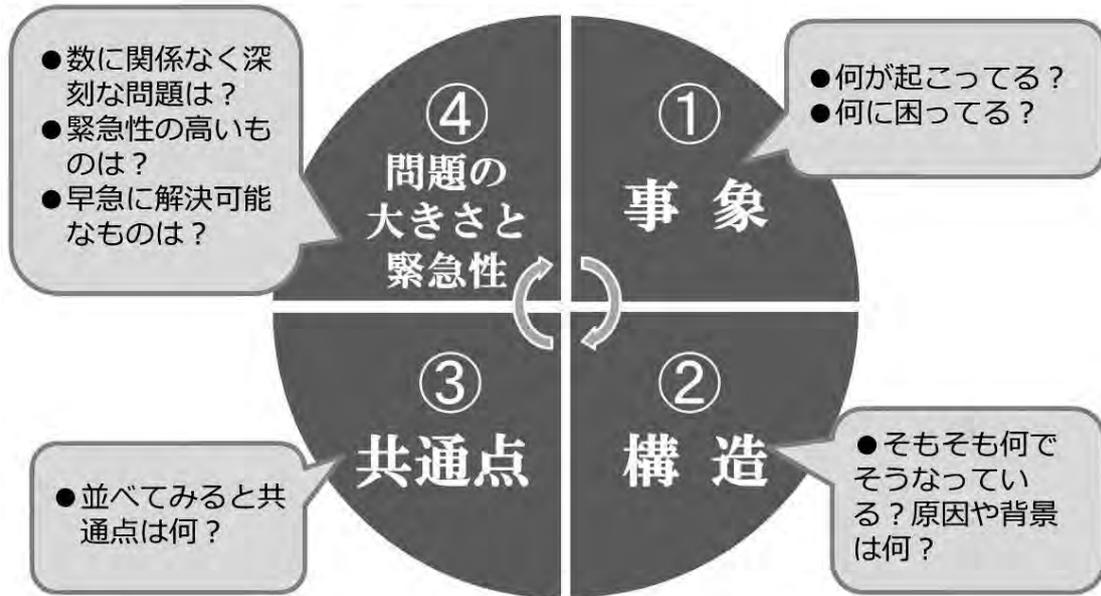
その他規準の例～5つの予防（長谷川氏による）

要介護状態の変化過程と予防



【出典】長谷川敏彦(2016)「ケアサイクル論」『季刊社会保障研究』vol1.no.1,pp.57-75,社会保障人口問題研究所

地域課題の手がかり探し（朝来市） ～個別事例を分析する視点～



【出典】足立里江(2015)「兵庫・朝来市発 地域ケア会議サクセスガイド」メディカ出版

課題分析の際、起きている問題の事象だけでなく、なぜそうなるか、個別事例の共通点は何かという視点から問題を分析する。

また問題の大きさと緊急性の検討は、何に取り組むべきか（課題の選択）につながる視点である。

【課題】

これまで経験した個別支援事例から、その原因や背景を考え、地域の共通課題と考えられることを導きなさい。

さらに予防的な視点からどのようなことが必要か検討しなさい。

3-2-2 地域アセスメント

地域アセスメントの考え方はさまざまあるが、ここでは、「関係者が、既存情報の整理、調査、分析、協議等を共同で行いながら、地域の魅力や課題、地域資源の情報、これから取り組むべき課題やまちづくりの目標について、関係者間で共通認識をつくる取り組み」ととらえる。アセスメントを専門職個人あるいはその集団が行う営みと捉える立場もあり、それが間違っているわけではない。しかし、ここでは、地域へのプログラムを企画するうえで、「関係者が共同で行い、共通認識を形成する」という地域との協働のプロセスの一部として、地域アセスメントを位置付けている。

地域アセスメントで行うべきことがらは多い。これまでのべた地域資源の把握、個別支援事例の分析や課題抽出、次に述べる課題の明確化もその一環である。ここでは、特に、地域課題を関係者（特に住民）と共有する視点を述べる。

★共同作業による共通認識の形成

人はそれぞれ、自分の活動、経験を通じて地域を見ている。したがって地域像・地域課題の認識は、人や組織、所管業務によってバラバラである。所属機関によって、また同じ機関でも担当職務によってちがう地域像をもっている、と考えてよい。

バラバラな地域像・地域課題の認識を、一定の根拠に基づいて、人々に共有された共通認識にしていくことから、地域づくりはスタートする。地域アセスメントはそのための手段である。

したがって、これまで述べた資源把握、課題分析の作業は、個人で行うことはできるが（また専門職として個々人が常にしっかりこの作業を行うことは極めて重要であるが）、地域アセスメントにおいては、これらの作業を関係者が共同作業で行うことが重要となる。

★住民の主観の重要性

住民の地域への見方と地域と専門職のそれは違う。専門職にとっての地域は比較的広域だが、住民にとっての地域は概ね小学校区程度である（その住民の活動経験によって異なる）。また、住民のニーズや困りごとには、福祉・介護 etc といった領域の境界がない。住民にとって福祉は生活課題の一つで、他のいろんな課題とつながっている。つまり住民に地域課題を聴くと、その専門職や所属機関の所掌範囲ではないさまざまな声が返ってくる。逆にいえば、専門職は地域課題の一部を縦割りに、自分の仕事の所だけ見ているということである。

また、専門職がニードや課題、取り組みの方向を示すのではなく、住民が気づくような機会を提供するのが原則。いくら専門職がニードだ、必要だ、課題だといっても、住民・当事者がそう思わなければ行動に結びつかない。住民自身が問題を発見し、大切だと考え、活動の方向性を共有し、動き出すことが重要である。

一方で、住民・当事者も地域課題の全てが見えているわけではない（そのような人はいない）。それぞれの社会的地位、経済力、置かれた立場によって、直面する生活課題が異なり、

ニーズ、意見、社会観が異なる。特に地域活動をする人々は一定生活に余裕があり、また地域活動ができるだけの能力や資源をもっている人びとである。それが福祉の支援を必要とする人の見方と一致するとは限らない。したがって福祉では少数者が意見を表明できることが大切であるし、それが難しい場合、専門職が当事者・少数者の意見を代弁する必要がある。

まとめると、専門職としては常日頃から地域課題を分析把握することを行いつつも、住民と協働するうえでは、住民の感じていることから出発し、専門職の問題意識との接点をつくり、専門機関としてできることを考えていくということである。

★地域の魅力への着目

生活課題を持つ人を支える福祉や介護の専門職は、どうしても生活上の困りごと、地域の生活課題のほうへ目が向きがちである。一方で、地域での暮らしには、楽しみ、好きなこと、地域でみんなで取り組んできたこと、誇りといったものもある。それは、地域の強みや資源を発見し、まためざす地域の姿についての共通目標をつくるうえでは、地域の魅力に着目することが大切である。

【課題】

利用者・家族、ボランティアや民生委員、住民など、非専門職の人々に聴き取りを行うこと。

- ・どんな困りごとがあるか、あるいは地域についてどんな問題を感じるか
- ・地域への思い、思い出、好きなところ、楽しいこと、誇り

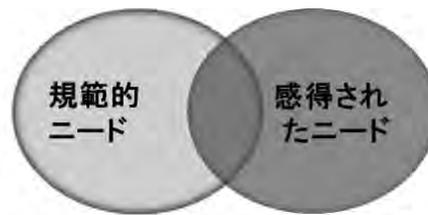
■Bradshawによる社会的ニード（必要）の分類

ブラッドショーは、社会的なニードを下記の4つに分類した。

- 1 規範的ニード (normative need) …専門家等が定義するニード。
- 2 感得されたニード (felt need) …サービスの利用者や集団、住民などが感じているニード。欲求 (want)。
- 3 表明されたニード (expressed need) …フェルトニードが行動化したもの。要求 (demand)。
- 4 比較ニード (comparative need) …同様の特性を持つ人々で、サービスを受ける人々と、サービスを受けていない人々がいるなら、サービスを受けていない人々にはニードがある。このことを専門家が発見すれば Normative need となる。

1と4は専門職が認識するニードで、2、3（3はフェルトニードの一部）はサービスの利用者や住民等を感じるニードである。

規範的ニード
(normative need)...
専門職等が定義する
ニード



感得されたニード(felt
need)...サービスの利
用者や集団、住民など
が感じているニード

専門職が認識するニードと、利用者・住民が感じるニードは、しばしば一致しない（例えば、専門職はリハビリが必要だと考えるが、利用者にはそんな認識がない）。専門職と利用者が協力しあって同じ目標をめざすためには、両者の考えるニードが一致する必要がある。

■参加型調査

参加型調査とは、住民や当事者が主体となり、あるいは研究者や専門家と対等な関係で協働し、調査の全てのプロセス（企画、実施、評価）を行う方法。学問的な厳密さ、科学性よりも、住民や当事者自身が、自分達の置かれた状況、地域の問題、魅力を知り、何が望ましいのか、何をすべきか考え、問題解決プロセスへの社会的な参加を促すことを目的としている。

実際にみんなでまちを歩いたり、地図をつくったり、実践現場を訪ねたり、住民に話を聞いたり、ディスカッションしたりという手法を用いる。また、人々の読解力には格差がある（識字率、学力、認知能力、国籍等）ため、絵、図解、写真、映像、多言語化など、日本語・文字だけではいさまざまな工夫が必要になる。

3-3 課題の選択とプログラムの企画

3-3-1 課題選択や取り組みの企画の視点

地域課題が明らかになったら、そのうちのどの課題に取り組むかを選択する。その時、下記の点を考慮して、選択する。

★既存の取り組みの把握

地域の課題に対して、他の団体等が何らかの取り組みをしている場合が多々ある。特に自事業所の周辺に同様の取り組みがある場合、それらと競合してしまっは意味がない。また、住民がささやかながらもすでに同様の取り組みをしているのに、専門機関が住民にはない資源を使って活動を展開してしまうと、既存の住民の活動をつぶしてしまうことにもつながりかねない。

課題解決のための既存の活動や資源としてどのようなものがあるのかを調べ、自事業所での取り組みの参考として情報収集するとともに、既存の取組との違い、既存の活動に与える影響、協働・連携の在り方などを検討して、何にどのように取り組むか検討する必要がある。

★潜在資源の発見

先に既存のグループや活動、資源を調べたが、これらは地域資源の一部にすぎない。取り組み課題や内容の焦点が絞られ、こういうことができたらいのにということが明確になっていく段階で、資源発見の視点も明確になる。

空きスペース、企業など特に福祉や介護のためのものではない地域資源を、福祉や介護のために活用する（資源化する）という視点から、この段階で、あらためて隠れた資源がないかを検討する。

★自事業所に与える好影響、強みや特徴の発揮

取り組み課題を選択する場合、その取り組みが自事業所にどのような好影響を与えるかをよく考える必要がある。職員の成長、やる気や誇りのアップ、地域での認知やイメージの向上や長期的にみた本業への好影響など、事業所の幹部に対してしっかり説明できるようにしなければ企画は承認されない。

また、取り組みは事業所の資源を無理なく活用し、強みを発揮・強化できるものであることが望ましい。

★まずはできることから

本来の事業に加え新たに取り組むのだから、無理なく継続できるものである必要がある。取り組みが持続するためには、特に最初の一步が成功経験となって、モチベーションをアップさせることが大切である。まずは、ささやかでよいから、自事業所と関係者で取り組むこ

とができることを選択する。

また、職員の参画を得るためには、楽しかったり、地域からの評価を受けられるようにしたい。

【まとめ：企画の視点・留意点】

- ・ 自分だけで考えない。多くの人からアイデアを。
- ・ 自分達だけでやらない。住民や他組織と組んで。
- ・ 当事者・住民をお客様にしない。当事者・住民にも責任をもって（分担）もらう。ただし重い責任・難しいことは敬遠されてしまうので上手にサポート。
- ・ 制度のサービスだけで解決するという答えはNG。地域の多様な資源を活かす／資源化する。
- ・ 施策区分（介護予防、認知症、医療介護連携 etc）を超えて、横断的に発想する。
- ・ 無理はしない。みんなが楽しくなければ続かない。
- ・ 大きなことをしようとしない。自分達の創意工夫でできることから小さく始める。夢は大きく、取り組みは着実に一歩ずつ。
- ・ すぐにできないことでも小さくやってみて、所属組織・行政等への提案につなげられるとよい。

3-3-2 プログラムの企画の具体化(企画書の作成)

以上の検討内容を、企画書の形にまとめる。企画書の形はさまざまだが、概ね次のような内容をわかりやすく示す。

- ①プログラムの背景・目的
- ②対象
- ③実施内容
- ④実施場所・期間
- ⑤費用
- ⑥期待する効果・成果
- ⑦実施にあたって連協・協働する団体、それぞれの役割分担
- ⑧実行のための行動計画・スケジュール

特に、地域に対するプログラムの場合、地域の関係者と協働して実施チームをつくること(企画書⑦)が重要である。地域との協働には手間がかかるが、それによって自事業所にはない資源が得られ、自事業所だけではできないことが可能になる。また、地域の関係者が共同する仕組みとして定着すれば、取り組みの持続可能性が高まり、結局地域の資源を増やすことにつながる。

実行のための行動計画・スケジュール検討の留意点については次項で述べる。

3-4 プログラムの実行

本研修のゴールは、プログラムの企画書をつくるまでで、実際に実行することは求めない。しかし、可能であれば、地域の関係者とともに、プログラムを実行してもらいたい。

実行にあたって強く留意してほしいのは、地域関係者との協働関係をつくるには、手間と時間がかかるということである。これが事業所のなかだけの取り組みとの大きな違いである。もちろん、すでに地域との協働に取り組んできた事業所、多くのボランティアグループが出入りし地域活動の拠点となっているような事業所の場合は、地域との協働関係がすでにできていて、すぐに新たな取り組みに着手できるかもしれない。しかしそうした関係構築から作る場合には、まず互いに知り合い、課題と目標を共有するところからはじめなければならない。それには時間がかかる。

そして課題と目標を共有するためには、これまで述べてきた、課題把握、地域アセスメント等のプロセスを、実行チームでもう一度共同でやり直すようなつもりで臨む必要がある。これまでのプロセスはあくまでも事業所内部での検討のためのプロセスである。その結果、課題認識や目的そのものも変わるかもしれないが、それでよい。専門職として地域の課題を分析し、取り組みたいアイデアをたくさん持っていることは大切だが、それにそった取り組みへの協力を要請するという形だと、地域の側は頼まれているからやっているという姿勢になり、あくまで施設がやりたいからやっている取り組みに協力しているだけで、地域の主体的な取組にはならない。自ら設定した目標でなければ、主体的にはなりにくい。

特に、地域住民と取り組む時場合には、住民のペースで動くことが必要である（法令の枠組みや報酬等で動く事業所間の協働であれば、地域包括ケアシステムという目標自体は所与のものであるので、目標自体が議論になることは少ないかもしれない）。

行動計画・実行計画を立てるにあたっては、これまでの事業所と地域との関係性を考えて、どこから、どのように取り組むか、どれくらいの時間がかかるのか、事業所だけで取り組むのとは違った観点で検討する必要がある。

執筆担当者

●第1部

大谷 佳子（昭和大学保健医療学部 講師）

●第2部

諏訪 徹（日本大学文理学部 教授）

