

# 第Ⅱ編

## 福祉21ビーナスプランの基本構想

第1章 茅野市におけるケアマネジメント

第2章 保健福祉サービスセンター

第3章 福祉21ビーナスプランと住民参加

第4章 福祉21ビーナスプランと各関連分野

第5章 福祉21ビーナスプランの推進体制と進行管理

## 第Ⅱ編 福祉21ビーナスプランの基本構想

### 第1章 茅野市におけるケアマネジメント

茅野市では今後、先にあげた本プランにおけるケアマネジメントを推進していく上での6つの原則に基づき、具体的なケアマネジメントの手法を用いてサービスの提供を実施していきます。

#### 1 ケアマネジメントの考え方

今後、市内でケアマネジメントを進める上での共通理解項目として、次の8点をあげます。これらは、これまで関係者による研究で積み上げられてきた結果であり、市内でケアマネジメントを進める際の指針としていきます。

ケアマネジメントとは、

- ① 問題解決型サービスである。
- ② 自立とQOL（生活や人生の質・満足度）を念頭においたサービスである。
- ③ 利用者と各種サービスを結びつけるサービスである。
- ④ 情報ネットワークと機動性をもつサービスである。
- ⑤ 柔軟かつ変化に即応していくサービスである。
- ⑥ 利用者との関係を継続していくサービスである。
- ⑦ 地域サービスを開発・創造していくサービスである。
- ⑧ 地域自立生活を支援していくサービスである。

#### ■ワンポイント「ケアマネジメント」

ケアマネジメントを理解していただくために、高齢者福祉の分野から例をあげて説明してみます。

##### 【1】Aさん、かぜをひく

82歳のAさんは3年前に軽い脳卒中にかかって入院しました。左の手足の麻痺が残りましたが、ごく軽いものだったのでなんとか自分のことは自分でできる状態で退院し、現在79歳の奥さんと二人で生活しています。家は農家、Aさんの趣味は将棋と盆栽です。

そのAさんが今年流行のかぜをひき、けっこうな熱が出て、結局1週間寝込んでしまいました。その後かぜはよくなったものの、Aさんはふとんから起き上がるのにも、トイレに行くのにも奥さんの手助けが必要なくらい体力が低下してしまいました。

##### 【2】奥さん疲れる

トイレにいつ呼ばれるかわからないので、奥さんはずっとAさんのそばについていなければならなくなりました。これでは買い物にも行けないし、近所の友だちのところへお茶を飲みにも行けません。奥さんは仕方なくAさんにオムツを当てました。ところがその頃からAさんはさらに動けなくなり、起き上がらせるのも大変、オムツの交換もこれまた大変、とうとう疲れがたまりこんでしまい、どうしようもないと困り果てていたとき、地区の民生委員さんが様子を聞きに来られたのです。

民生委員さんは地区内のひとり暮らし、ふたり暮らしのお年寄りや障害者をいつも気にしておられたのです。奥さんはそんな民生委員さんに事のてん末を説明し、何かいい方法はないかと相談をもちかけました。

### 【3】ケアマネジメント始まる

地区的民生委員さんは早速保健福祉サービスセンターに電話をかけ、センターの職員にかかわりを依頼しました。奥さんもぜひお願ひしたいとのことでした。

ケアマネジメントは、この民生委員さんが「『Aさんとその奥さん』という問題を抱える事例（ケース）をうまく発見した」ところから始まっています。

保健福祉サービスセンターの職員BさんはすぐにAさん宅へ電話をかけ、約束の上、お宅を訪問しました。詳しく経過を聞き、Aさんの様子や、奥さんの気持ちなどから、介護保険サービス利用の説明をし認定調査を行いました。

### 【4】サービス計画のできあがり

BさんはAさん夫婦の希望される居宅介護支援事業所のケアマネジャー（介護支援専門員）Cさんと想定される介護度に応じたサービスの検討をし、計画書をもってきました。

それを見ると、週2回の通所リハビリ（デイケア）、週1回の訪問看護、毎日2～3回の訪問介護（ホームヘルプサービス）が盛り込まれていました。

BさんとCさんの見立て（アセスメント）では、Aさんにはまだまだ日常生活動作能力（ADL：エーディーエル）の回復が見込まれると思われました。自分の意思表示も割としっかりできるし、会話も十分できる。ただ単に訪問介護をお願いしてオムツ交換を延々と続けるサービスより、回復を期待して身体的なリハビリを取り入れることにしたのです。リハビリの先生が自宅を訪れる訪問リハビリより、送迎つきで施設へ通いリハビリを受ける通所リハビリの方が精神的にも刺激になるし、その際に入浴も可能です。また施設へ行っている間、奥さんは介護を忘れて自分の時間がもてるという利点もあります。

82歳という高齢で脳梗塞の既往もあるAさんには、医学的なバックアップも必要と思われ、保健福祉サービス地域（エリア）内の先生を家庭医として紹介し、その先生の指示の基に看護師が定期的に訪問することも大切だと考えました。看護師の関わりで奥さんにとっては安心感がもてるでしょうし、看護師による精神的援助も期待したいところです。

ホームヘルパーは当面オムツの交換に入らうことにしました。奥さんに尿や便の出るタイミングを調べてもらって、それに合わせて早朝、夜間に行くような計画を立てました。

Aさんと奥さんは通所リハビリのことは初めて知りました。自分の今の姿で人の大勢いるところへ行くのは気が引けたようでしたが、BさんとCさんの説明を聞いて、とりあえず週に1回で始めるということで同意しました。

### 【5】サービス担当チーム（ケアチーム）の構成とサービス担当者会議（ケアカンファレンス）

Aさん夫婦の了解を得たCさんは、Aさんの介護・ケアの目的に最もふさわしいと思われるサービス提供事業者に連絡をとり、それぞれの担当者に集まってもらいました。

その集まりで、BさんはAさんことを紹介し、Cさんはケアプランを示し、その意図するところなども説明し、翌週からのサービス開始を依頼しました。家庭医の出席もあり、医

学的な説明もされ、ケアの際の注意事項も確認されました。

こうしてCさんのもと、サービス担当チームが構成され、サービス担当者会議を経て、奥さんの相談から1週間ほどでサービスが開始されることとなったのです。

#### 【6】Aさんサービスを利用する

最初多少の緊張もあったAさんとその奥さんでしたが、ホームヘルパーや訪問看護師とはすぐに打ち解け、その訪問を心待ちにするようになりました。

通所リハビリ（デイケア）では車いすに座って過ごしました。体操やレクリエーション、リハビリとメニューをこなしたAさんは最初かなり疲れたようでしたが、ここしばらく寝つきで天井ばかり眺めていた生活だったので、行ってみて楽しくもあったようです。

奥さんは負担が軽くなった上に、週1回だけでもご主人から離れて買い物に行ったり、町内の行事に参加したりして気晴らしもできるようになりました。

#### 【7】Cさん、Aさんの経過を追う

Cさんは時々Aさん宅を尋ねました。Aさんの様子がよい方向へ変わるのが分かりました。

1か月と少しあったところでCさんはもう一度サービス担当者会議を招集しました。各サービスの担当者から経過の報告が行われました。おおむね当初のねらいどおりの効果が現れているとの評価で、計画の続行を決定しようとしたところ、通所リハビリ（デイケア）の担当者から集中的なリハビリの必要性が主張されました。

Aさんの身体状況と最近の意欲の向上をみれば、かなりの効果とその結果としての日常生活動作能力（ADL：エーディーエル）の向上が望めそうだというのです。

最終的に2～4週間のリハビリを中心とした入院を勧めてみるとなり、翌日Bさんがその説明に赴きました。Aさんも奥さんも同意をされ、療養型病床群へしばらく入院することになりました。

#### 【8】Aさんのリハビリ入院

会議でのサービス計画変更の効果が現れました。

Aさんは入院後のリハビリでベッドの脇のポータブルトイレを使って用を足せるようになり、最終的にオムツをすっかりはずすことができたのです。自分で車いすに移れるようになり、座っていられる時間も長くなり、自分で車いすを押して少し散歩もできるようになりました。

Cさんは病院のスタッフと協力して、退院に向けてのサービス計画を練り始めました。

#### 【9】新しいサービス計画

せっかくはずしたオムツを再びつけなくてすむようにする条件のひとつにベッドの導入がありました。Aさんはふとん派でベッドはいやだと言っていましたが、実際ベッドとポータブルトイレで人の手を借りずに用が足せ、車いすにも一人で移れるとなると、今度はすんなりベッドを受け入れました。

ホームヘルパーの派遣回数は減らすことが可能となりました。その代わりAさんは通所リハビリ（デイケア）を増やしたいと言い出しました。自信がついたことと合わせて、好きな

将棋の仲間が入院中にできて、その人のところへいつも車いすで行って将棋を打っていたし、その人も近く退院して同じ通所リハビリ（デイケア）へ通うことになっているのだというのです。Cさんはこの希望を取り入れた計画を立てました。

そして今回は、新たに同じ地区の方達によるボランティアのサービスが加わりました。Aさんの家は段差が多く、屋内を車いすで移動しようとしてもかなり難しい状態です。住宅改造もかなりの規模にならざるを得ません。Cさんは保健福祉サービスセンターにいる社会福祉協議会の地域生活支援係に相談して、車いすの扱いに慣れているボランティアを紹介してもらい、車いすに移れるようになったAさんの散歩をお願いしたのです。

こうした新しい計画を楽しみに、Aさんは自宅へ退院してきました。

#### 【10】さてこれからは・・・

思えば最初とはかなり違う在宅生活の姿となりました。あのまま寝たきりにならずにすんでよかったですとAさんも奥さんも言い、担当のBさんとケアマネジャーのCさんもホッと胸をなでおろしている状態です。そしてAさん夫婦とBさんCさんとのおつき合いはこれからも続していくことになるのです。

\* 平成18年4月1日からは、介護保険法改正によりサービス内容の変更や新しく介護予防を取り入れたケアマネジメントが始まります。

## 2 推進方策

市内の4つの保健福祉サービス地域（エリア）に設置される保健福祉サービスセンターが、ケアマネジメントの拠点になります。

### （1）保健福祉に関わる職員の研修体系

福祉21ビーナスプランを推進していくためには、保健福祉に関わる職員の質の向上が求められます。本プランでは、地域のなかで、生活の全体性に配慮した総合的な支援を目指していますので、職員はそうした力量を高めていくことが不可欠です。

このため、従来のような職場や職種別の研修だけでなく、茅野市の地域福祉の推進に関する事、ケアマネジメントに関する事などを学ぶ機会を体系的に整備し、実施していきます。

また、この研修は、公・民を問わず市内の保健福祉に関わる職員すべてを対象とし、共通基盤と意識をもつことを目的とします。したがって、市内で保健福祉サービスに携わる関係者は、この研修に参加することを原則としていきます。

### （2）苦情解決のシステム

質の高いサービスを受ける権利を有する市民にとって、苦情の申し立ても当然の権利です。保健福祉サービスセンターでは、こういった相談や苦情も受け付けます。

また保健福祉サービスセンターにおける行政や社会福祉協議会が提供するサービスについての直接の苦情もあるかもしれません。それらについては、茅野市地域福祉推進条例に基づき設置した「福祉サービス調査委員会」が、利用者にとって不利益にならないように、迅速に、公平に、公正に判断し、しかるべき対応ができるようにします。

### 【苦情解決の対応方法】

- |   |
|---|
| 対応レベル1：窓口で受け付け、その場で解決していく場合                                     |
| 対応レベル2：一定の事実関係の調査を必要とし、実務の責任者レベルでの事情説明改善にむけての対応をしていく場合          |
| 対応レベル3：さらに上層の責任者レベルでの対応が必要な場合                                   |
| 対応レベル4：第三者による事態の調査、調整を必要とする場合<br>具体的には福祉サービス調査委員会等により解決、判断を仰ぐ場合 |

#### (3) 権利擁護に向けて

成年後見制度や地域権利擁護事業など、国レベルでの進展を研究しながら、茅野市のなかでどのようなシステムを構築していくべきか、今後の検討を進めていきます。

権利擁護事業については、財産管理等の事業と併せて、茅野市地域福祉活動計画との整合性を保つていきます。

また、平成18年4月から各保健福祉サービスセンターに位置づけられる地域包括支援センター（基本機能：①介護予防ケアマネジメント業務②総合相談支援及び権利擁護業務③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）が円滑に運営されるよう検討していきます。

#### (4) ケアマネジメントと民間サービス事業者の位置づけ

ケアマネジメントの実施に当たっては、ケアマネジメントに関わるすべての関係者が、福祉21ビーナスプランの理念、ケアマネジメントシステム推進上の6つの原則と8つの共通理解項目を遵守して、それぞれ連携していくことが望ましいと考えます。

その際に次の4つの項目について確認しておく必要があります。

- ① ケアマネジャーは、個人であろうと、民間事業者の所属であろうと、保健福祉サービスセンターの職員であろうと、自由にケアマネジメントを行うことができること。
- ② サービス提供を行う民間の事業者は自由に事業を行うことができること。
- ③ 民間の事業者の担当者と保健福祉サービスセンターの担当者が、一緒にケアチームを組むことも可能であること。
- ④ 最終的なサービスの選択権は利用者にあること。

ただし、公的機関と民間事業者間における個人情報の扱い（サービスに関するデータの集積と共通利用のためのコンピュータの接続）については、プライバシー保護の観点から今後詳細に検討していく必要があります。

#### (5) サービスの質的評価について

これまで述べてきたようなシステムを通して、より質の高いサービスを利用できるようにしていくわけですが、実際には直接提供されるサービスそのものが、よりよいものでなければなりません。

これからはサービスの内容を評価していくのは、利用者や家族を中心になっていきますが、すべての利用者がすぐにサービスの評価ができるわけではありません。自分にとって必要なサービスを選択していくための客観的な指標が必要です。

また、サービス評価のシステムは重要課題になっており、民間サービス事業者間でも、サービスの質的基準を確保していくために客観的な評価基準をもつことが不可欠になります。

そこで、次項に記述するサービス事業者の代表者会議と実務者会議を中心に、このサービス評価の自主的基準の設定と実際のサービス内容の情報公開等について検討を進めます。また、この基準について逸脱した場合等の苦情については「福祉サービス調査委員会」などの苦情解決システムを用いて解決していきます。

### 3 会議の体系化

市内のケアマネジメントに関連する諸会議を次の6つに整理します。

①サービス担当者会議（ケアカンファレンス）

主 催 担当ケアマネジャー

参加者 当該要援護者にサービスを提供する機関の担当者

必要に応じて、本人や家族、近隣、ボランティア等

内 容 個別のケアプランの作成

②サービス提供機関による会議

主 催 ①のサービス担当者会議に出席した職員

参加者 それぞれの機関の職員

内 容 個別ケアプランの共通理解

それに沿った各サービス提供機関でのサービス提供計画の作成

③サービス提供者会議（実務者会議）

主 催 市内のサービス提供者のまとめ役

参加者 市内のサービスを提供する実務者

内 容 困難事例（ケース）等の研究・情報交換

ケアマネジメント研修

スーパービジョン（より高度な経験者からの指導・助言）

ケアマネジメント推進上の課題検討

④サービス代表者会議（責任者会議）

主 催 基本的に行政の責任者

参加者 市内のサービス提供機関の責任者

必要に応じてサービス提供者会議のメンバー

内 容 ケアマネジメント推進上の課題検討、施策への提言

事業者間の情報交換と共通理解

⑤ケアマネジャー連絡会議

主 催 基本的に行政の責任者

参加者 市内でケアマネジメントを行うケアマネジャー

内 容 ケアマネジメントに関する情報交換と課題検討

ケアマネジャーの研修

⑥福祉サービス調査委員会

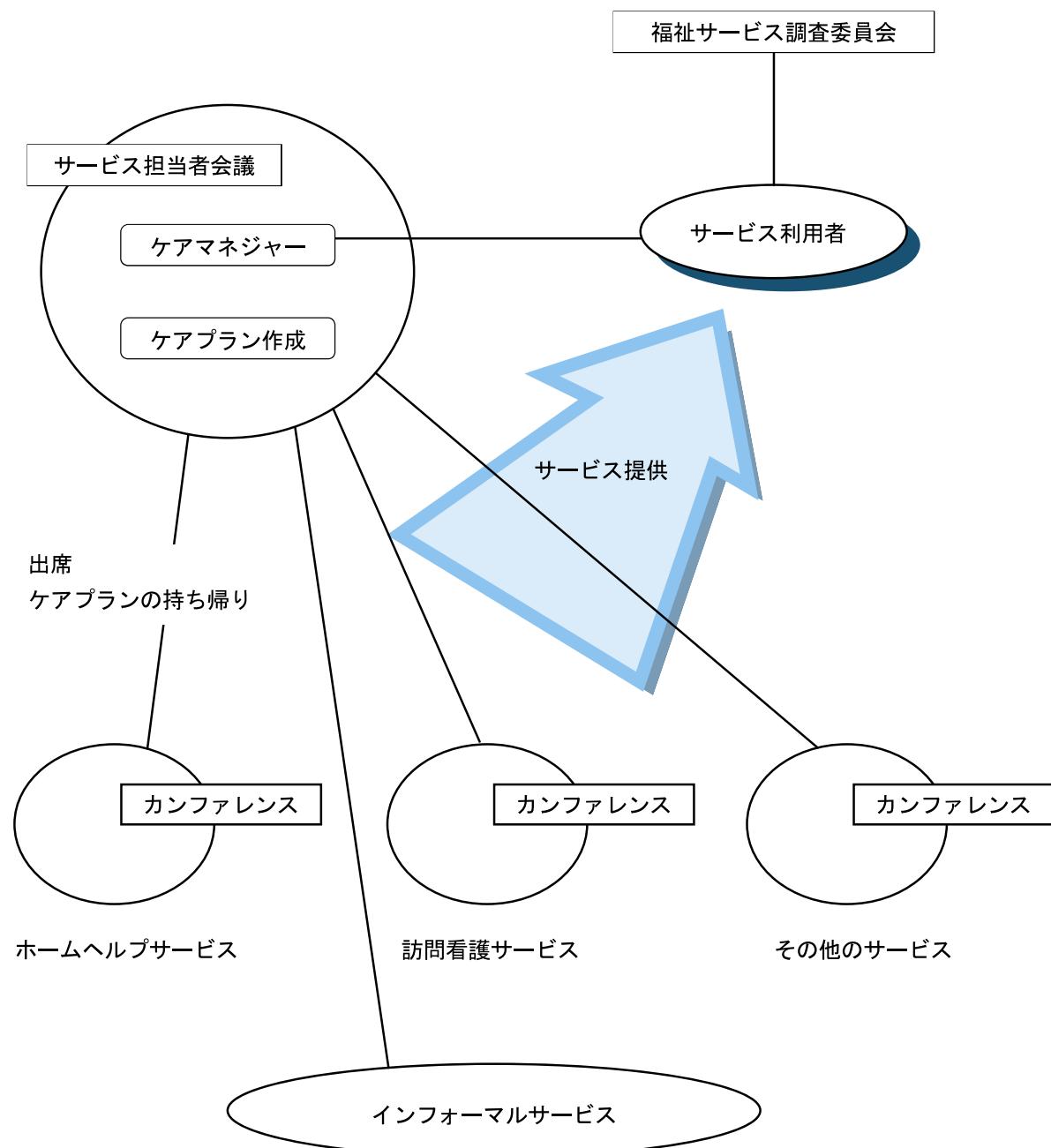
主 催 福祉サービス調査委員会のまとめ役

参加者 福祉サービス調査委員会のメンバー（法律、保健、医療、福祉などの専門家や一般市民によって構成）

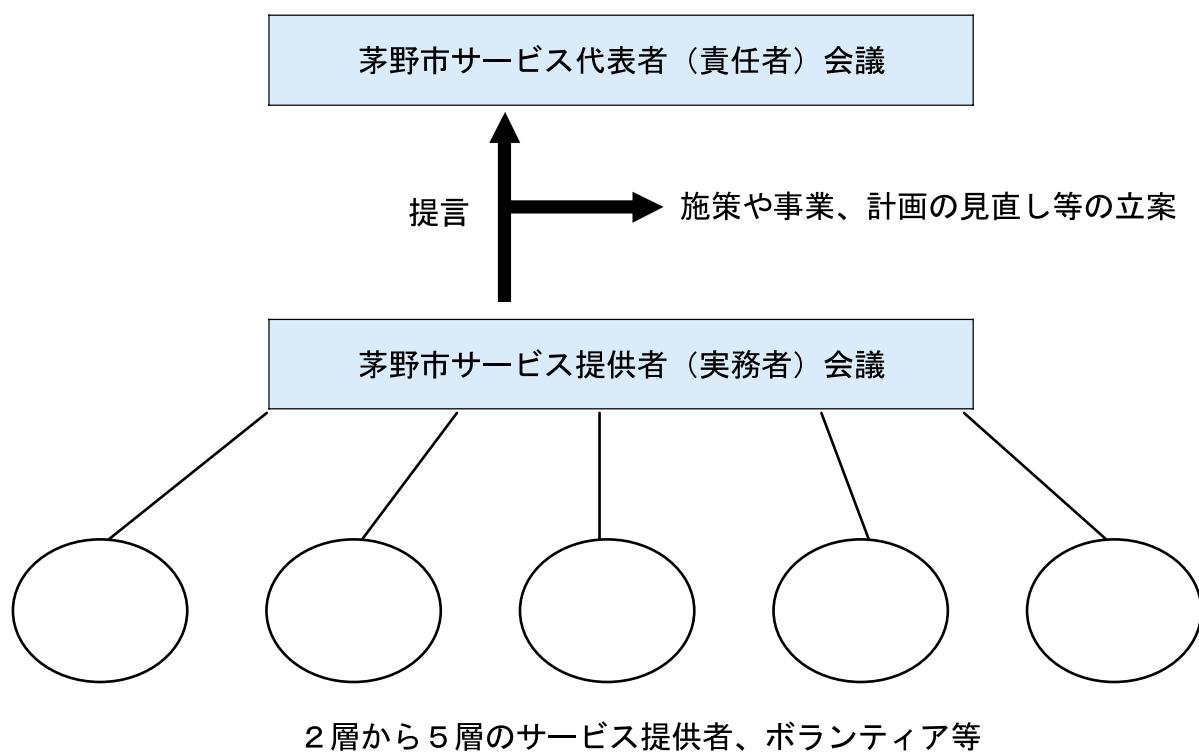
必要に応じてその関係者

内 容 ケアマネジメントに関する不服の申し立てなどの内容検討

## 【個別ケアプラン作成のためのシステム】



【サービス提供者会議とサービス代表者会議の関係図】



## 第2章 保健福祉サービスセンター

### 1 保健福祉サービスセンターの概要

こども・家庭、障害児・者、高齢者の地域自立生活や地域における健康づくりを支援するため、市内4つの保健福祉サービス地域（エリア）に、それぞれ保健福祉サービスセンターを設置し、住民からの保健・医療・福祉サービスのニーズに的確にお応えしていきます。

ただし、大事な基本原則として、住民のみさんがどこの保健福祉サービスセンターに相談をもちかけるのか、民間の事業者も含め直接的なサービスの利用にどの事業者を選択するのかは自由（フリーアクセス）です。

#### 【保健福祉サービスセンターの設置場所】

東 部	茅野市玉川 4,300 番地
西 部	茅野市宮川 3,975 番地
中 部	茅野市塚原二丁目5番 45 号
北 部	茅野市北山 4,808 番地1

#### (1) 基幹保健福祉サービスセンター

4つの保健福祉サービスセンターの事業をバックアップし、各保健福祉サービスセンター間の連携を図り、情報の提供や交換を行うための中央機能として、市役所内の地域福祉推進課、保健課、こども・家庭支援課の3課を、基幹保健福祉サービスセンターとして位置づけます。

基幹保健福祉サービスセンターでは、各保健福祉サービスセンターでは対応が困難なより高度で専門的なケースや、プライバシー等に配慮して居住地の保健福祉サービスセンターではない方がいいケースなどについての対応も行います。

そのためにここでは、地域障害者自立生活支援センター、こども・家庭応援センターの機能も有します。

#### (2) 保健福祉サービスセンターと市庁舎

原則として保健福祉業務における在宅部分については、各保健福祉サービスセンターが担います。

したがって、市庁舎での主な保健福祉業務は、生活保護などの所得保障、住民票の異動に伴う諸手続、施設整備、企画等に関する業務に加えて、基幹保健福祉サービスセンターの機能を有することになります。

## 2 求められる機能と活動

### (1) 保健福祉サービスセンターに求められる基本的な機能

次の8点があります。

- ① 24時間体制での総合的な相談窓口
- ② ケアマネジメントの実施
- ③ 公的な在宅福祉サービスの提供
- ④ 健診、保健活動（健康学習、健康相談を含む）の拠点
- ⑤ インフォーマルサービスの支援とコーディネート
- ⑥ 保健福祉サービス地域（エリア）内の福祉教育、生涯学習などの計画的推進
- ⑦ 保健福祉サービス地域（エリア）内の保健福祉情報の収集、発信
- ⑧ 保健福祉サービス地域（エリア）内の保健福祉ネットワークの構築

### (2) 地域住民から期待される保健福祉サービスセンターの役割

- ① 相談や申請、苦情申し立ての身近な窓口
- ② 地域に密着して活動する職員等との信頼関係の場
- ③ 有効なケアマネジメントが行われる場
- ④ 在宅の訪問サービスと通所サービスの拠点
- ⑤ 市民活動を支援、コーディネートする場
- ⑥ 連携して地域福祉を充実させていくパートナー
- ⑦ 住民どうしの交流、情報交換、支えあいの拠点

### (3) 在宅サービスを提供することの判断

原則として、在宅サービスの提供、支給に関する決定は、ケアプランに基づいて、かつ利用者の意向を受けて各保健福祉サービスセンターで判断できることとします。

## 3 必要なシステムと組織

### (1) 保健福祉サービスセンターの職員

保健福祉サービスセンターには、次のような業務を担当するソーシャルワーカーや保健師などの職員が配置されます。

- 健康づくり、地域保健に関する相談・支援
- 介護保険に関するケアマネジャーとしての相談・支援
- 高齢者の保健福祉に関する相談・支援
- 障害児・者の保健福祉に関する相談・支援
- 母子保健、こども・家庭に関する相談・支援
- 精神保健、難病に関する相談・支援
- 主に保健福祉分野の生涯学習に関する相談・支援
- その他住民の生活に関する相談・支援
- 地域における「ふれあいのまちづくり事業」の推進に関する相談・支援
- 総合相談支援及び権利擁護、成年後見

### ■ワンポイント「社会福祉協議会の地域生活支援の事業」

社会福祉協議会では、平成17年4月より各保健福祉サービスセンターに2名ずつ地域生活支援係の職員を配置しました。

社会福祉協議会の地域生活支援の事業では、各地域において、次のような業務を担当・協働しています。

#### 1 各種相談事業を有効に活用したニーズキャッチ

- ・地域福祉権利擁護事業
- ・司法書士の法律相談
- ・暮らしのつなぎ資金の相談
- ・御用聞き訪問（郵便局と連携した高齢者支援事業）
- ・こころの相談

#### 2 家庭訪問の重視

- ・ニーズキャッチを大切にするために、家庭訪問を丁寧におこなう。

#### 3 民生委員、地域のボランティア、区・自治会の役員との連携

- ・地域のニーズを伝えてもらう。
- ・地域づくりへの働きかけに必要な連絡・調整。

#### 4 豊かな自立生活への支援 ※社協サービスを組み合わせて活用する

- ・生きがい自立デイサービス（介護予防を中心のデイ）
- ・おたっしゃ弁当（有償配食サービス）
- ・シャララほっとサービス（住民参加型福祉サービス）
- ・移送サービス（住民参加型福祉サービス）
- ・独居高齢者安心コール事業（安否確認）
- ・介護者リフレッシュ事業など

#### 5 小地域での住民への働きかけ

- ・声かけや見守りの依頼
- ・いきいきサロン・高齢者クラブ
- ・情報の収集や呼びかけ（例：人が集まる場所、休憩所などに出向く）
- ・地域のボランティアへの活動支援・情報提供
- ・必要な活動プログラムや実践をつくる

#### 6 社協事業の展開

- ・小地域を中心とした事業の推進
- ・ふれあいセンター養成講座（市民の啓発と地域の介護力の向上）
- ・ふれあいまちづくり懇談会

## (2) 保健福祉サービスセンターと社会福祉協議会の位置づけ

茅野市社会福祉協議会については、その歴史、組織形態、経験、実績から、今後も行政との連携のなかで、より公益性・公共性の高い組織として、またフォーマルサービスとインフォーマルサービスを統合的に提供していくことができるサービス事業者として期待されます。

また社会福祉法人としての固有性を発揮しながら、茅野市地域福祉活動計画に沿って、福祉コミュニティづくりをはじめとし、ボランティア・市民活動の支援、福祉教育の推進などを図ることになっています。

さらに、社会福祉協議会は地区組織（地区社協）をもち、4層における住民の福祉活動の基盤を有しています。そもそも、社会福祉協議会自体が地域における住民組織と公私の社会福祉事業関係者等により構成されていることからも、保健福祉サービス地域（エリア）を始めとして、4層や5層における民生児童委員やボランティア、4層における「仮：コミュニティ運営協議会」、5層の「仮：福祉推進委員（会）」など福祉関係者との連絡調整を図りながら、それらの層での福祉活動を推進していくことが求められます。

## (3) 地区社会福祉協議会の再構築

市内にある10の地区社会福祉協議会を、誰もが住みよい地域づくり（福祉コミュニティづくり）を目的とした活動者の集まりとして再構築します（網羅的・包括的に組織した地区社協から実践する地区社協へ）。

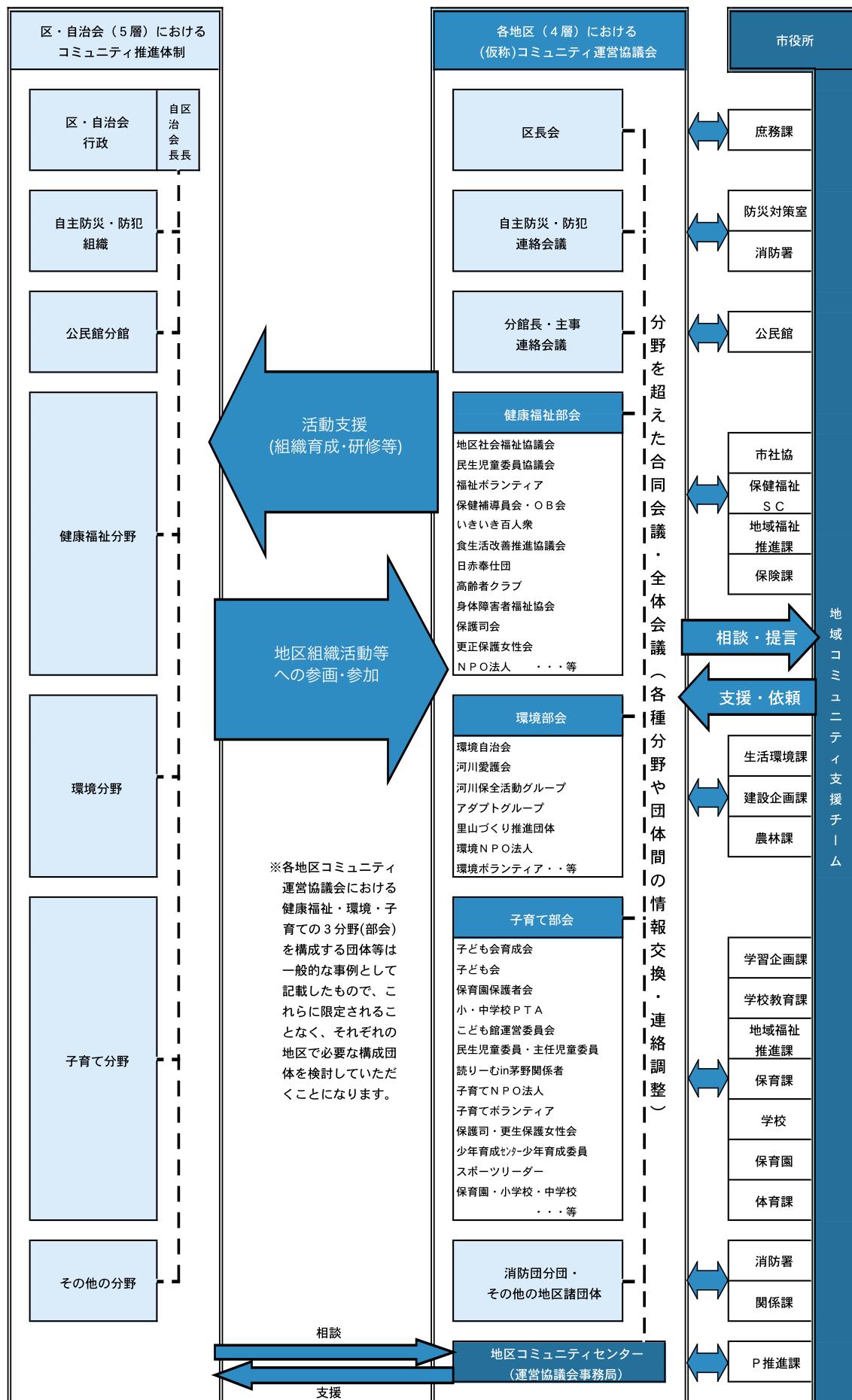
### ◆自分の住む地域をよりよくしたい・・・・、福祉で地域づくり

地区社協活動の目的は「一人ひとりのニーズに応え、みんなの生活課題・福祉課題を解決していくこと」とそうした「活動を通じて、一人ひとりがより豊かになっていくこと」です。

高齢者は高齢者だけで、若者は若者だけで、子どもは子どもだけで生きているわけではありません。それぞれが抱える課題は、特定の世代や特定の人の課題ではなく、その地域の中の課題なのです。「同じ地域に暮らすもの同士が知恵と汗を出し合うこと」で、その地域に暮らすみんなが豊かになっていけるものと考えます。

地区社協では、区・自治会（5層）でのこうした活動の推進や支援を、それぞれの地域にあったやり方で行っていこうと考えています。

## 地域コミュニティ推進体制イメージ図



#### (4) 情報の流れと管理

各保健福祉サービスセンターと市庁舎はコンピュータネットワークで結ばれ、情報は一元的に管理します。

今後、情報システムを構築する、あるいは活用する際には、次の点について注意しながら条例等の整備、ハードの検討などを進めていきます。

- ①住民にとって保健福祉情報の入手が容易であること。
- ②多元的な保健福祉情報を変化に応じて迅速に収集できること。
- ③市内共通の情報用紙を活用すること。
- ④行政、サービス事業者は、サービス内容に関する情報提供、情報開示を進めること。

なお、利用者の情報に関しては厳重なプライバシーの保護が必要です。その管理と活用に当たっては、慎重な対応が不可欠です。茅野市では情報公開条例や個人情報保護条例が制定されていることから、本条例に則した適正な対応が求められます。

## 第3章 福祉21ビーナスプランと住民参加

### 1 住民活動への支援

#### (1) パートナーシップの理念と手法による福祉でまちづくり

これから地域福祉を推進していくためには、公的な保健福祉サービスが提供されるだけでなく、住民自らが「創り出す」ことが必要になってきます。自分たちの生活のなかで生じる福祉課題は、決して他人事なのではなく、一人ひとりの問題として受け止め、その解決に向けて知恵を出し合い、住民相互で支えあうことができることは何か、行政を始め関係機関が果たすべき役割は何かを明確にしながら、住民と行政のパートナーシップによる福祉でまちづくりを進めていくことが大切です。

しかし、「受け身の福祉」から「創造する福祉」への転換は簡単なことではありません。今回、この福祉21ビーナスプランを策定する際も、たくさん的人が膨大な時間を費やして議論を重ねてきました。けれども、これでもまだ住民参加という視点からは十分なものではないと考えています。もっと大勢の市民と一緒に、いろいろな場面で「からの茅野市の地域福祉について」話し合っていくことが大切です。

こうした手法と過程を繰り返して、これから多くの知恵と時間をかけて、福祉でまちづくりを進めていきます。これからの保健福祉サービスは住民の声を聞きながら実施していくこと、そして住民は積極的に参加していくことを福祉21ビーナスプランの基本にします。

#### (2) 保健福祉サービスセンターの役割

小地域での住民参加による福祉活動を支援していくためにも、各保健福祉サービスセンターがその拠点になるよう努めます。

具体的には、各保健福祉サービスセンターは住民活動を支援するための情報提供や活動相談の機能をもちます。保健福祉サービスセンターのソーシャルワーカーや保健師などの職員は窓口でニーズを受け付けるだけでなく、積極的に地域に出向き、課題を見つけ、必要に応じては地域の皆さんに働きかける役割ももちます。また住民からの要望に応じて、地区公民館や分館活動とも連携を図りながら、地域の実情に即した学習活動や話し合いの機会（地域福祉懇談会などの開催）を進めています。

各保健福祉サービスセンターに配置される社会福祉協議会の地域生活支援係は、特に住民相互の支えあい活動や小地域のボランティア活動、福祉でまちづくりにつながっていくような活動の支援にも力を注ぎます。そのなかでもサービスの利用者を家族や近隣から孤立させることなく、温かく見守ることのできる地域づくりを進めていくための「ふれあいのまちづくり推進活動」が求められます。具体的には、必要に応じて住民にもケアマネジメントの会議に参加してもらうことも生じてきます。

#### (3) ボランティア・市民活動センター

住民参加による福祉でまちづくりを推進していくためには、社会福祉協議会がその推進的な役割を果たすことが期待されます。そのため社会福祉協議会でも「地域福祉活動計画」を策定し、今後その実施に努めています。そのなかではボランティア・市民活動センターの事業を拡充していくことも重点事業として位置付けられています。

ボランティア・市民活動センターでは、住民参加のまちづくりを進めていく上で欠かせない情報提供を始め、活動の相談、あるいは具体的な参加を促していくための学習の機会の提供や活動メニューの開発なども進めていくことになっています。

## 2 福祉教育の推進

今回のプラン策定のなかでも、福祉意識を高めていくことの重要性、あるいはボランタリーな意識を育んでいくことの必要性が繰り返し指摘されてきました。「福祉サービスを利用することへの抵抗感」、「ボランティアへの誤解や中傷」、「障害への偏見や無理解」、「社会福祉への無関心」など、まだまだ市内に課題は山積しています。

どんなに立派なプランを策定しても、いくらサービスの量や質を高めても、こうした一人ひとりの福祉意識が変化していかなくては、地域のなかで安心して豊かな生活を営むことはできません。本当に心から「住んでてよかった」と思えるには、この福祉意識をお互いに高めあっていくことが不可欠だと言えます。

平成11年度に策定された障害者福祉計画のなかでは、ノーマライゼーションを具現化していくためには今の「市民の無関心」が大きな課題とされ、まず「知ること」から始めることの重要性が指摘されました。そのためには、幼児期から生涯にわたって、いろいろな場面で「福祉にふれる、学ぶ、携わる」機会が大切であり、体系的な福祉教育が必要です。

### (1) 仮称：福祉教育推進協議会の設置

地域福祉活動計画では、体系的な福祉教育を推進していくために「仮称：福祉教育推進協議会」の設置を提案しています。

この委員会は、市内で福祉教育を推進していくための計画的な方策と具体的な連携について検討します。ここでいう「福祉教育」とは、単に福祉を知識として学ぶというだけでなく、福祉を学ぶことによって「共に生きる力」を育むことを意図しています。2002年度から始まった新学習指導要領における子どもたちの「生きる力」を育むことはもとより、福祉21ビーナスプランでは、広く住民一人ひとりが「創造する福祉の主人公」となりうる力を形成していくための学習のプロセスを大切にします。

本プランでは、ターミナルケアのあり方についても議論してきました。一人の人間の死生観についても見つめてきたのは、茅野市に「福祉文化」を「そうぞう（創造・想像）」していくことを願ってきたからに他なりません。

こうした願いを込めた茅野市の「福祉教育」を推進していくためには、生涯学習の視点からも、家庭教育はもとより、学校教育、社会教育、保健・医療・福祉の関係者、また、子ども自身や保護者、福祉サービスの利用者なども一堂に会し、相談しあいながら、その具体的な方策を検討していく必要があります。

そこで検討された事項については、保育所・幼稚園、学校、公民館、図書館、福祉施設、ボランティア団体などさまざまな機関が協同して計画的に実践していくことができるようにしていきます。そのためのネットワークや計画もこの委員会が担う役割の一つです。

つまり、この仮称：福祉教育推進協議会は、福祉21ビーナスプランの4つの理念を、一人ひとりの市民に問いかけながら、共に学んでいく機会を提供していくための推進機関となります。

## 第4章 福祉21ビーナスプランと各関連分野

### 1 広域・市全域の組織と施設

#### (1) 広域の組織と施設

平成17年12月1日現在、諏訪地域において広域的な対応をしている保健・医療・福祉・生涯学習に関する組織や施設はさまざまなものがあります。とりわけ、茅野市民にとってなじみの深いもの、関わりのあるものとしては次のようなものが上げられます。

医療部門	諏訪中央病院、やすらぎの丘、虹の森、諏訪赤十字病院、信濃医療福祉センター、富士見高原病院
民間部門	精明学園、この街学園、白駒の森、霧ヶ峰療護園、JA信州諏訪、茅野広域シルバー人材センター
住民部門	家族会
行政部門	恋月荘、ハケ岳寮、寿和寮、ふれあいの里、清水学園、諏訪養護学校、諏訪保健所、諏訪児童相談所、ひまわり作業所、図書館ネットワーク、広域圈障害者福祉等連絡検討委員会、諏訪広域介護認定審査会、諏訪広域介護保険、諏訪地域障害者自立支援センター(オアシス)、諏訪圏域障害者総合支援センター(ぱすてる)

これらの組織や施設については、今後も1層レベルにおける相談体制や直接支援の担い手として位置付けられることになりますが、これから地域福祉、地域自立生活支援の視点に立てば、圏域におけるニーズを的確に把握し、それに応えられるような機能を有するよう要望と調整を図る必要があります。

さらに、施設の配置計画や利用者の分布状況によっては、ハケ岳山麓を区域とする1層の変形としてのとらえ方も大事な要素になりますので、必要な検討を行い、関係者の合意を得ながら進めていきます。

#### (2) 市全域の組織と施設

2層としての市全域に対応する必要な組織や施設には次のようなものがあります。

医療部門	虹の森、やすらぎの丘、療養型病床群、訪問看護ステーションりんどう、訪問看護ステーションこまくさ、開業医院とその訪問看護、諏訪中央病院とその訪問看護ステーション、リバーサイドクリニック
民間部門	社会福祉協議会(V・市民活動センター、ホームヘルプサービス、あすなろセンター、茅野市西部デイサービスセンター、住民参加型福祉サービス、移送サービス、生きがいデイサービス、地域福祉権利擁護)、

	J A信州諒訪、ケアこまくさ、茅野市北部デイサービスセンター、蓼科ハウス、なごみの家、みみずく、グリーンサム、デイサービス・モモ、すずらん、せせらぎの家、精神障害者グループホーム（又はデイサービス）、ケアハウス、サービス提供者会議（実務者会議）
住民部門	茅野市の21世紀の福祉を創る会、ボランティア・市民活動推進委員会、ボランティア連絡協議会、保健補導員連合会・OB会、はまなすの会、家族会、その他の健康づくりや生活改善に関する委員会
行政部門	地域包括支援センター、老人福祉センター、やまびこ園、家庭教育センター、健康管理センター、総合福祉センター、市公民館、図書館、温泉施設、茅野市デイサービスセンター こども館、地区こども館、地域障害者自立生活支援センター、こども・家庭応援センター、福祉サービス調査委員会、サービス代表者会議（責任者会議）、ケアマネジャー連絡会議、地域福祉審議会、保健福祉サービスセンター、仮称：福祉教育推進協議会

これらの組織や施設のあり方については、実施主体を含めたより具体的な検討を進めいく必要があります。

## 2 福祉21ビーナスプランと保健

### (1) 健診機会の拡大と施設健診

福祉21茅野の健康づくり部会の検討では予防活動の重要性が指摘され、なかでも、社会を支える40代、50代といった働き盛りの人たちの健診機会の拡大に着目して議論が進められてきました。

その結果、従来からの集団検診に加え、自分の希望するときに希望する場所（医療機関）で受診することができる「施設健診」の必要性が提言されました。

施設健診では、住民は居住地にとらわれることなく希望する医療機関で健診を受診し、その結果を聞きながら必要な指導を受けます。こうした機会を毎年繰り返していくことによって健康が保持されていくとともに、家庭医との良好な関係が築かれていくことになります。

また、健診事業の内容については、特に以下の2点の視点から展開することが必要です。

#### ①若年者についてはメタボリックシンドローム予防の視点から

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満によって、さまざまな病気が引き起こされやすくなつた状態のこととします。具体的には、糖尿病、高脂血症、高血圧が集積し、動脈硬化性疾患が起りやすくなります。

#### ②高齢者に向けては介護予防の視点から

### (2) 健康づくり運動の推進

地域の健康づくり運動の中心は、保健福祉サービスセンターです。

各保健福祉サービスセンターの保健師は、基幹保健福祉サービスセンターの保健師と協力し、また、地域の医師、リハビリテーションスタッフ、栄養士、薬剤師、あるいは保健補導員、食生活改善推進協議会や公民館、その他の民間の組織と連携をとりながら、保健福祉サービス地域（エリア）、さらには4層、5層を舞台に健康づくりの運動を展開していきます。

福祉21ビーナスプランにおける健康づくり運動には、より生涯にわたる学習として、仲間づくり、地域づくりの視点を加えたものが大切になってきます。

保健福祉サービスセンターの職員は、地域のなかの保健や福祉に関するニーズを発見したり、受けとめながら、その解決に向けて支援していきます。その際、個々に生じる課題を単に個人の問題としてとらえるのではなく、それを地域全体の問題としてとらえ、解決していく視点が求められます。つまり、個別の問題解決と同時に地域の保健・福祉力を高めていくための働きかけが重要になってきます。

このような視点を大切にした健康づくり運動を進めていくために、健診後の指導も含めた健康相談、健康学習や福祉学習、あるいは関係者の組織化などが必要になりますが、それは保健福祉サービス地域（エリア）の住民の基本的な活動とも合わせて、その内容を創造的に展開させていくことが大切になります。

#### （3）保健計画の推進

「健康の保持」は地域で自立生活を送るための基本ですが、日常生活のなかで気には留めていても、ついおろそかにされがちな極めて重要な課題です。

現在、茅野市には保健分野に関する計画として「健康づくり計画」、「老人保健福祉計画」があり、このうち、健康づくり計画については、毎年「健康づくり推進協議会」において計画の進捗状況が検討されるとともに、計画の推進に向けた市民向けの広報・啓発イベントとして、多くの関係団体の参画の下に「健康づくりのつどい」が開催されています。

今後はさらに踏み込んで、健康寿命の延伸のために「自分の健康に対する自己責任」の意識が啓発・醸成できるよう、食生活推進協議会や保健補導員会・OB会など関係組織の一層の強化を図り、各家庭での取り組みや地域の活動のなかから保健計画が着実に進展するための体制を整備します。

#### （4）健康管理センター

健康管理センターは、基幹保健福祉サービスセンターのなかの保健機能を集中させた拠点です。ここでは、赤ちゃんからお年寄りまで市民の健康管理と健康教育の場として健康診査・予防接種などの健康増進事業の充実を図り、総合的な保健サービスを提供します。

また、この健康管理センターには保健師や栄養士などが常駐しているため、4つの保健福祉サービスセンター等の関係部署と連携して、第一次予防・第二次予防を中心とした健康づくり・地域保健活動などの推進を図ります。

### 3 福祉21ビーナスプランと医療

#### （1）医療機関の連携

福祉21茅野の在宅支援部会、またそれと連動して検討を進めてきました地区医師会から

は、地域の開業医が家庭医として診診連携・病診連携、あるいは他職種との連携を背景に住民の健康を守っていくことの必要性が提言されています。

医師どうしの連携が実行あるものとなり、また歯科診療や、薬剤師による服薬指導などが住民にとって身近で利用しやすいものとなるためには、今後も議論を深めていく必要があります。さらに、訪問看護ステーション相互の連携・役割分担については、サービスを利用する住民の利便性を考慮し、現場レベルで細かい部分まで検討した上での合意形成する必要があります。

なお、このような検討を通じて、地区医師会内に家庭医の相談・照会窓口が開設されました。

## (2) 在宅医療ネットワーク（茅野地区医師会での検討から）

茅野地区医師会では、在宅で療養中の患者さんの急変等の際にも医師のアドバイスや診療がスムーズに受けられるように「在宅医療ネットワーク」を構築しました。

### ①メンバー

#### ・市内の開業医

患家からの連絡がまず入る家庭医、患家のある保健福祉サービス地域（エリア）内にあって家庭医の次の受け皿になる連携医、さらにその次の受け皿となる協力医を設定します。保健福祉サービス地域（エリア）ごとに連携医と協力医が配置されます。

#### ・諒訪中央病院

患者受け入れのための後方病院です。

#### ・訪問看護ステーション

りんどう、こまくさ、諒訪中央病院。

### ②連携とチームワーク

実際に急変などの際の具体的な情報の流れ、チームワークの取り方などはこれからの検討課題です。

### ③患者情報の共有化

ネットワークが機能するためには情報の共有化が必要ですが、この点に関してもこれから検討課題です。当面は健康手帳や茅野市福祉診断書等を活用する方向で検討中です。

## 4 福祉21ビーナスプランと社会福祉

社会福祉の分野における「バリアフリーのまちづくり」についてはプラン全体の理念の中にも掲げられており、また「障害者福祉計画」でも計画の5本の柱の一つとして扱われ、取り組みが必要な分野です（→「7 福祉21ビーナスプランと生活関連分野」）。

また「権利擁護」についても、『苦情解決システム（オンブズパーソンを含む）』と『成年後見制度』が、「障害者福祉計画」「地域福祉活動計画」「福祉21茅野の痴呆対策部会答申（平成11年11月答申。平成17年7月には認知症部会に改称）」などで取り上げられ、その必要性が強調されています。今後の検討が必要な分野です。

さらに、社会福祉の分野だけに限ったことではありませんが、本プランに示された地域福祉のシステムに関わってくるそれぞれの機関、施設を結び付ける情報ネットワークの具体的なあり方も今後の大きな検討課題です。

## 5 福祉21ビーナスプランと介護保険

茅野市は平成12年度以来、介護保険制度を保険者として単独で実施・運営してきましたが、平成15年度から、①諏訪圏域内の住民が同じ負担で同じサービスが受けられる体制の整備②保険財政基盤の安定化③介護保険事務の広域化による関係6市町村事務の軽減と効率化といった3つの目的により諏訪広域連合による運営がされています。

今後も、介護保険の広域化により一層円滑な運営を推進していくため、関係6市町村と連携協調し、市民の介護保険サービスの適切な利用を図ることが求められます。

### (1) 保健福祉サービス地域（エリア）と地域包括支援センター

平成12年度より、子ども・家庭、障害児・者、高齢者の地域自立生活や地域における健康づくりを支援するため市内4つの保健福祉サービス地域（エリア）を設定し、各エリアにそれぞれ保健福祉サービスセンターを設置し、住民からの保健・医療・福祉サービスのニーズに的確にお応えしてきました。

平成18年度からは、新たな介護保険制度が施行され、地域の高齢者の保健・医療・福祉の向上、生活の安定のために必要な援助・支援を包括的に行う中核機関として地域包括支援センターが設置されます。茅野市では、各保健福祉サービスセンターにこの地域包括支援センターを位置づけることにより円滑な運営を図ります。

### (2) 地域包括支援センターと地域支援事業

地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3種の専門職員を配置し、すべての高齢者を対象とする地域支援事業を展開する窓口となります。

#### ○地域包括支援センターの基本機能

- ①介護予防ケアマネジメント
- ②総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
- ③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

#### ○地域支援事業

地域支援事業は、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から地域支援事業が創設されました。以下の3つの事業に区分されます。

①介護予防事業	介護予防サービス (特定高齢者施策)	要支援・要介護状態になることの予防のためのサービスの提供
	介護予防サービス (一般高齢者施策)	介護予防に関する知識の普及・啓発や、地域における介護予防活動の育成・支援
②包括的支援事業	介護予防ケアマネジメント	介護予防事業におけるマネジメント
	総合相談・支援事業	地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整など
	権利擁護事業	成年後見制度の活用、虐待の防止、困難事例への対応
	包括的・継続的マネジメント事業	支援困難事例等への指導・助言
③任意事業	介護給付費適正化事業、家族介護支援事業	

## 6 福祉21ビーナスプランと生涯学習

福祉21ビーナスプランの策定に関わる各委員会・専門部会での議論に共通する課題として、幼児期から高齢期に至るまでのさまざまな時期に福祉を学び、福祉とふれあうことの必要性が指摘されています。また、認知症やターミナルに対する正しい理解、健康づくりへの意識の高揚などを図るために地域住民への啓発活動の重要性も指摘されています。

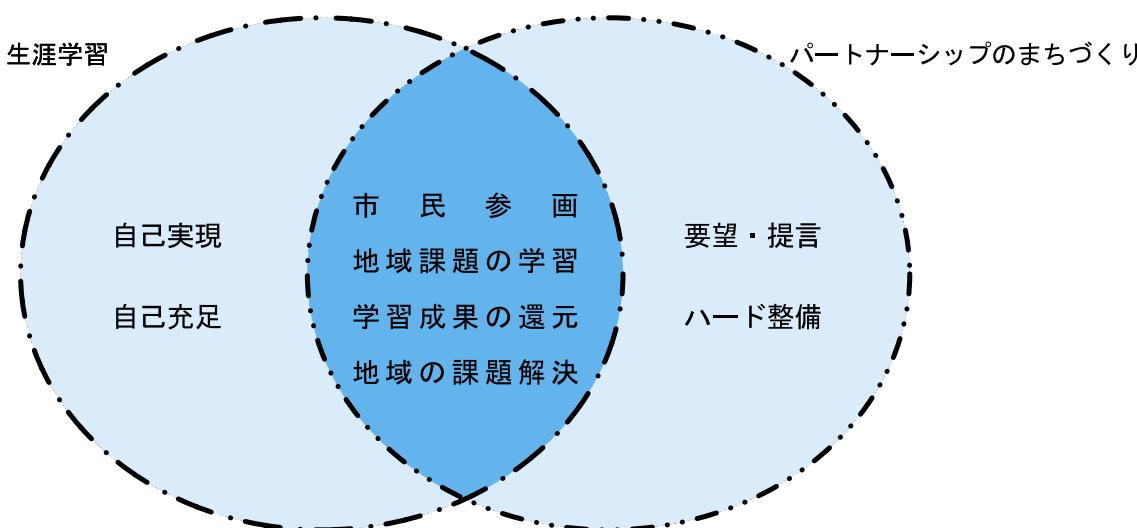
さらに具体的な取り組み内容に踏み込んだものとしては、仮称：福祉教育推進協議会の設置（地域福祉活動計画：福祉教育・ボランティア活動推進部会）や、公民館分館における福祉的な学習事業の事例集の作成（同：地区学習部会）などが上げられます。

これらの課題に対する取り組みは、単に本プランのなかだけで解決が図られるものではなく、茅野市が進める生涯学習活動の一環としての位置付けが求められています。

平成10年度、生涯学習10年の総括により、それまでの公民館活動や学校開放などを中心として進められてきた個人やグループの自己充足を目的とした生涯学習活動は大きな転換を迎えました。新しい生涯学習は、従来からの自己充足学習の面を残しながらも、「学んだ成果を地域に還元し、そのことによってより積極的にまちづくりに参画する」ことを基本に位置付けられ、その延長線上には、明確な目的として「茅野市が市民・民間と行政との協働により築いていく『パートナーシップのまちづくり』」が据えられることになりました。

本プランは、このような新しい手法で展開される生涯学習活動の分野への取り組みも視野に入れた『保健・医療・福祉・生涯学習が連携』する包括計画であり、“みんなで知恵を出し合い、みんなで汗を流す”ことによって『福祉でまちづくり』を進めるための「市民と行政の約束ごと」でもあります。

【パートナーシップのまちづくりと生涯学習との関係図】



## 7 福祉21ビーナスプランと生活関連分野

ノーマライゼーション（共に生きる）やバリアフリーという言葉は一般的には障害者福祉の世界で使われてきましたが、現在では障害の有無、性別、年齢、国籍などを問わず同じ人間として、そのあるがままの姿で他の人と同等の権利を享受することができるまちづくりの基本的な考え方になっています。

福祉21ビーナスプランでは、このようなまちづくりを基本理念に掲げ、保健・医療・福祉の専門職が連携する茅野市独自のケアマネジメントシステムやサービスの連携、福祉教育・生涯学習を通じた住民一人ひとりの意識啓発と主体的な参加による地域課題の発見・解決のあり方にふれてきました。

しかしながら、このような人と人が関わる部分が整備されただけでは本当の意味での解決にはなりません。たとえ障害があっても人間らしく暮らしていくためには四季の移り変わりを楽しんだり、他人と会話を交わしたり、仕事や趣味に打ち込んでいくことが心身の励みになります。そのためにはまちのなかへ、社会のなかへ出かけていくことが必要ですし、そういう環境も整備する必要があります。

平成10年度、市では今後20年間における都市づくりの基本的な方針としての「都市計画マスタープラン」を策定しました。このマスタープランのなかでは、単に市街地や道路網の整備だけでなく、自然環境の保全・回復やごみの再利用による循環型社会づくりと併せて福祉でまちづくりへの取組み方針が示されており、『福祉21ビーナスプランの推進に向け、まちづくりからの支援を進めます』と明記されています。

今後は、本プランの階層化、構造化のなかからあがってくる市民からの要望を、サービス提供者会議やサービス代表者会議において整理し、行政や関係団体に確実に伝えるためのシステム、まちづくりや施設整備に関係住民が直接参画するシステム、及びそれを受けとめていく行政側での組織やシステムが必要になります。

## 第5章 福祉21ビーナスプランの推進体制と進行管理

### 1 地域福祉推進条例

#### (1) 条例の趣旨

福祉21ビーナスプランを具体的に進めていくためには、行政がこれを単に施策として展開するというだけではなく、総合的、計画的に推進していく上での担保となるものが必要になります。

このため、この計画に盛り込まれた「市民・民間と行政とが一体となって進める新しい福祉でまちづくりの理念」や「市民・民間と行政の役割分担の基本的な考え方」を茅野市の姿勢として明確にするため、「茅野市パートナーシップのまちづくり基本条例（平成15年12月）」の制定をうけて、「茅野市地域福祉推進条例」を制定（平成16年3月公布）しました。この条例の主な内容としては、

- ① 目的
- ② 地域福祉計画
- ③ 保健福祉サービスの充実
- ④ 保健福祉サービス地域（エリア）の設定と保健福祉サービスセンターの設置
- ⑤ 福祉意識の醸成
- ⑥ 地域福祉審議会の設置
- ⑦ 福祉サービス調査委員会の設置

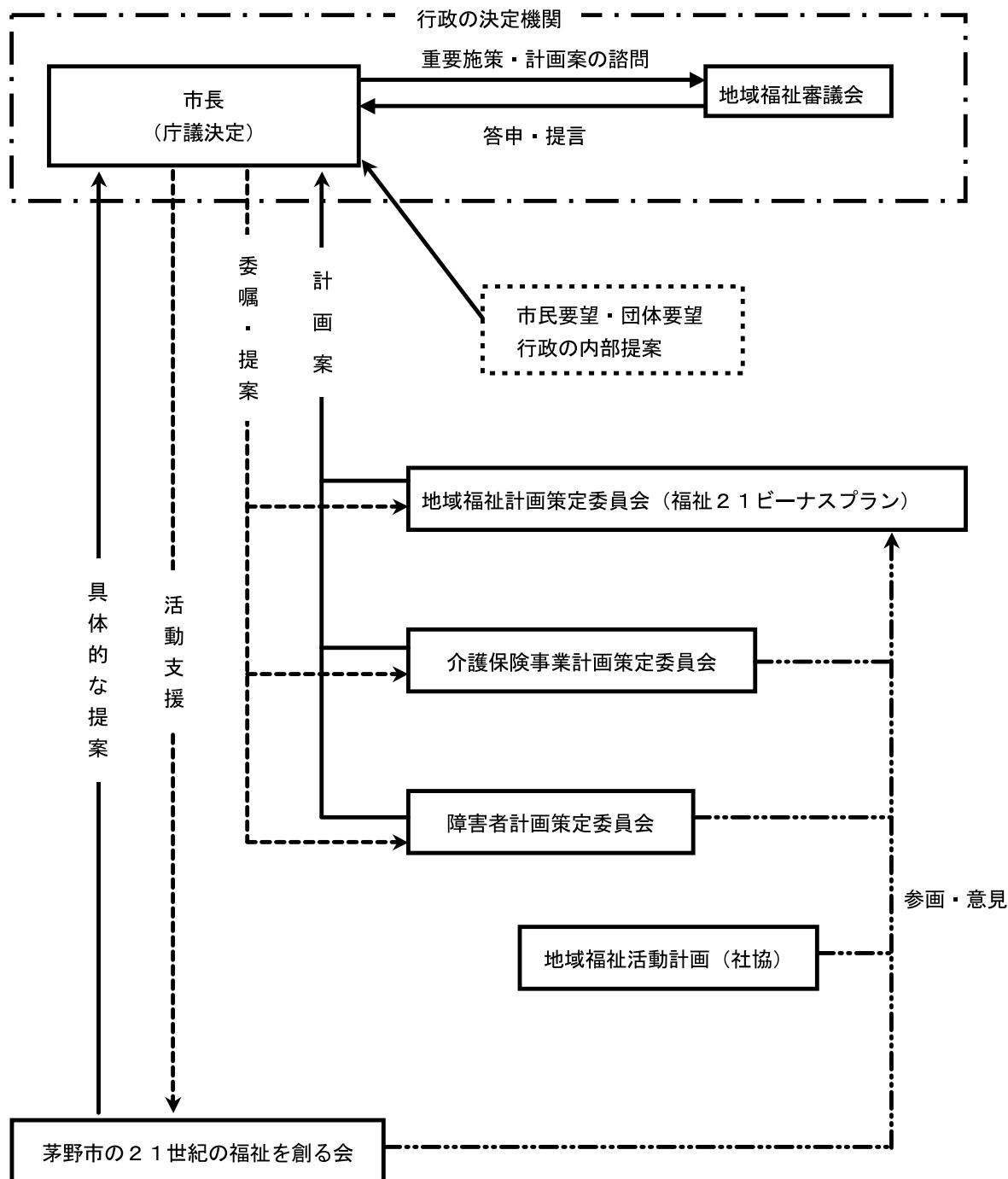
#### (2) 地域福祉審議会

市長のもとには様々な要望や提言・提案などが寄せられます。また、市長が委嘱し、計画（案）の策定を依頼（諮問）した各種の計画策定委員会からは、委員会での討議の結果としての各種計画（案）が報告（答申）されてきますが、策定委員会にはこれを決定する権限はありません。また、保健・医療・福祉が連携する地域福祉の分野において「公民一体となったパートナーシップのまちづくり」を進める福祉21茅野においても、行政の機関決定にまで踏み込む権限はありません。

これらの要望や提言・提案、計画案などを行政の施策に反映していく上では、市の方針は庁議規程に基づいて必要な庁内での会議において機関決定し、その上で、さらに議会に諮らなければならない事項は、議案や報告・説明事項として審議され、最終的に決定されることになっています。

しかしながら、地域福祉を総合的に推進していくための重要な事項に関する機関決定は、単に庁議としての行政内部での手続きだけに終わることなく、市民の代表者が機関決定に関与できるシステムが必要になります。そのための附属機関として、この審議会を平成12年3月に設置しました。

【地域福祉審議会の位置付けのイメージ】



注：各種計画策定委員会は、平成12年3月時点のもの

### (3) 福祉サービス調査委員会

介護保険制度では、苦情解決の機能は、都道府県国保連合会に委ねられており、市町村は、受付のための相談窓口機能を有することになります。しかしながら、サービス利用者である市民の側から見たときには、苦情はより身近な場所で相談ができる、かつ早期に解決されることが必要です。

茅野市では、福祉サービス調査委員会を平成15年8月に設置しました。委員は、弁護士、医師、介護相談員、当事者団体など5人で構成。市内で提供されている福祉サービス全般を対象（行政が提供する福祉サービスだけでなく、民間サービス事業者も含みます。）とし、サービス利用者から苦情申し立てがあった場合、状況に応じて調査を行い、必要があればサービス提供事業者に意見を表明します。

## 2 茅野市の21世紀の福祉を創る会の充実

茅野市の21世紀の福祉を創る会は、今日に至るまで本プラン及び各分野別計画、さらには保健福祉施策を検討してきました。今後も、それらの計画や施策を具体的なものとしていくための取組みや残された課題、新たな課題の検討は続けていく必要がありますので、多方面から多くの市民の参加を得て「茅野市の21世紀の福祉を創る会」をより充実し、本プランの総合的な推進を図ります。

### (1) 新たな専門部会の設置

《1》本プラン及び各分野別計画、さらには保健福祉施策を具体的なものとしていくために、その時々の市民のニーズに併せた新たな組織を福祉21茅野の専門部会として設置していきます。

#### 《2》充実の人選に当たって考慮すべき点

各部会への参加者の負担軽減を考慮する必要があります。一人でいくつかの部会に参加することは大変ですが、同じ団体・組織・職場から何人かが分担して複数の部会に参加することによって、各部会の情報交換が可能になるというメリットも考えられますので、このような点について特に考慮することが必要です。

### (2) 委員会の再編成

福祉21茅野の委員会が立ち上がって以来、専門部会の設置、地域福祉活動計画策定委員会及びその専門部会並びに障害者計画策定委員会が順次立ち上り、関係者を総称して“やらざあ100人衆”と呼称するなど参加者の範囲が大きく拡大してきました。

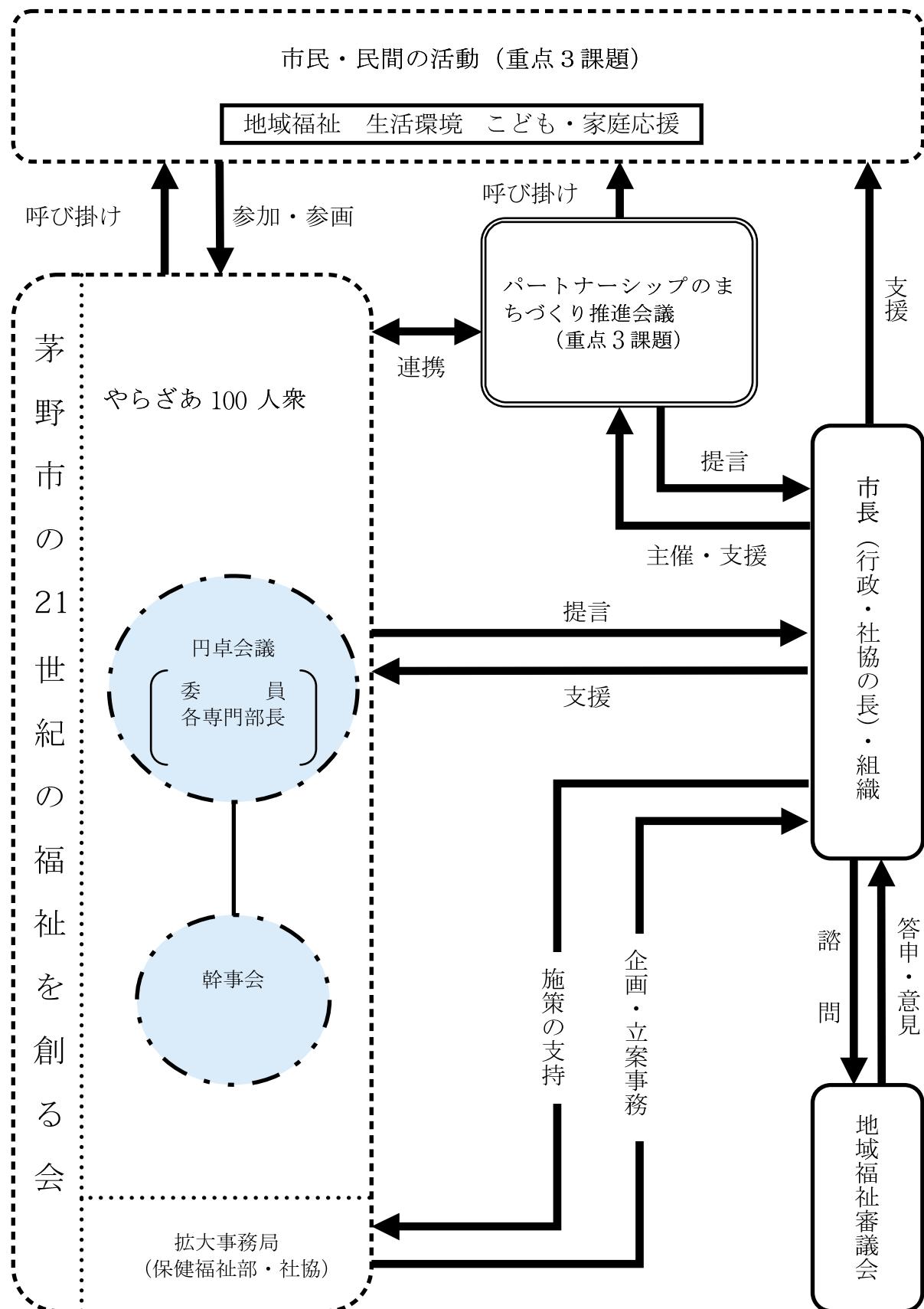
今後の各プランや計画推進のためには、これらの計画策定に携わった方々など新たに多方面からの参加を得て委員会を再編成します。

また、各専門部会において検討のなかから出てきた新たな課題、複数の部会に横断的な課題がいくつもあります。

専門部会は、各々の分野におけるプラン推進の主体です。しかし、課題の解決や実践に向けての検討においては、ともすれば専門性に片寄りがちになり多角的な議論が不足することもありますし、他の部会と共に通する課題についての意見交換ができない場合もあります。

専門部会長を委員会のメンバーとすることによって各部会の情報を交換し、共通する課題の整理をする（役割分担や新たな組織の設置）ことができますし、各部会での議論の方向・方針の統一と福祉21ビーナスプランに関わる人たちの目的の明確化・意識の共有化を図ることができます。

## 茅野市の21世紀の福祉を創る会とその周辺の活動展開フロー

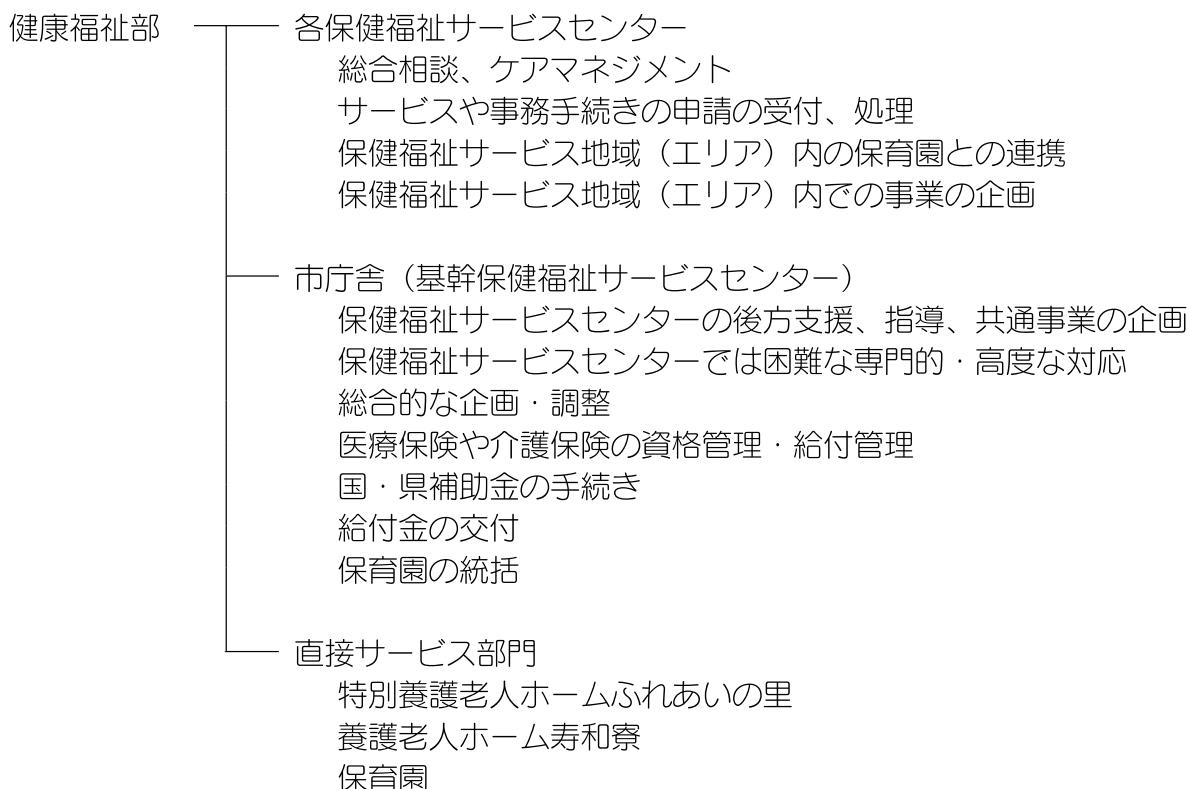


### 3 行政組織の再々編成

福祉21ビーナスプランを推進する上で大きな役割を担う保健福祉サービスセンターは、行政にとっては「本庁機能の保健福祉サービス地域（エリア）への移転」であり、決して「支所・出張所」や「出先機関」ではありません。対応レベルの困難度や内部処理事務という性格から基幹保健福祉サービスセンターや市庁舎で取り扱う業務もいくつかありますが、出生から終末期までの総合相談窓口として地域住民の皆さんとの関わりを深め、一緒になって地域課題の解決に取り組む拠点は「保健福祉サービスセンター」であり、そのための人材がソーシャルワーカーや保健師などの職員になります。

このような新たな発想の基で行政として事業を展開していくためには、従来のような「児童」、「障害者」、「高齢者」といった分野ごとの縦割り組織では対応することができません。このため、市では保健福祉部の業務分析と組織の見直しを行い、それぞれの階層が担任する業務とその業務が円滑に実施できるための組織の再編成を行います。

#### 【見直し後の組織と業務体系の概念図】



## 4 関係者の意識改革と研修

本プランは、従来から児童、障害児・者、高齢者といった対象者ごとに縦割りで実施されていた施策や支援の垣根を取り払い、保健・医療・福祉に携わる専門職と地域住民が協同して地域福祉に邁進する方策を示したものです。そこでは関係者が一体となって進めていくことにより、初めてその成果が得られるものです。

そのためには、関係者は福祉21ビーナスプランの意図しているところ、またケアマネジメントの目指しているところを共通に理解していくことが不可欠です。それには、既存の仕事の仕方や考え方などにとらわれず、柔軟に発想を切り替えていく必要があります。

また、地域住民にとっては、自分たちがサービスの利用者であると同時に担い手でもあるという共通理解を図り、より豊かな福祉意識を形成していくことが大切です。

具体的には関係者を対象とした研修を充実させるなど、意識改革を進めるための支援をしていくことが重要になります。

### ■ 「福祉21ビーナスプラン研修」

福祉21ビーナスプランを推進していくため、平成11年度から「福祉21ビーナスプラン研修」を実施してきました。下記は、主なものですが、今後も、時代に即応した研修を充実・実施していきます。

- ・ 福祉21ビーナスプラン基礎研修
- ・ コミュニティソーシャルワーク研修（基礎編・実践編）
- ・ ケアマネジメント事例研修（基礎編・応用編）
- ・ 保健福祉サービスセンター事例検討研修
- ・ 小地域福祉活動と住民参加研修
- ・ 社会福祉協議会の経営研修
- ・ どんぐりプラン研修
- ・ こども・家庭応援研修
- ・ 社会福祉施設等介護従事者研修
- ・ 保健福祉部・こども館・保育士等部門別研修
- ・ 健康福祉づくり研修
- ・ 福祉教育研修
- ・ 地域福祉コーディネート研修
- ・ 障害者サービス研修
- ・ 障害者ケアマネジメント研修
- ・ ボランティア・NPOマネジメント研修
- ・ トップマネジメント研修
- ・ 社会福祉援助技術研修
- ・ 社会福祉法基礎研修 ・・・・など