

第Ⅴ編

「福祉21 ビーナスプラン後期5か年計画 策定委員会」からの提言

第1章 「福祉21 ビーナスプランの理念とシステム」の更なる具現化に向けて

第Ⅴ編 「福祉21ビーンズプラン後期5か年計画策定委員会」からの提言

第1章 「福祉21ビーンズプランの理念とシステム」の更なる具現化に向けて
——前期5か年の課題整理と今後の方策への提言——

「福祉21ビーンズプラン」は、単に行政だけの保健福祉推進計画ではありません。多くの歳月と時間をかけて、市民・民間の方々が主体となり、これからの茅野市の保健・医療・福祉のあり方、その進め方を真剣に討議していただいた“やらざあ100人衆の英知と汗の結晶”です。

今日までの茅野市に脈々と流れてきた個々の分野や団体での取り組み、あるいは、関係者の熱い思いが、「福祉21茅野」という具体的な検討の場、声の出せる場、目に見える場、そして関係者の大きな輪のなかで結実してきたものです。

本編は、平成12年からの前期5か年のさまざまな活動を通じて感じ、考え、掘り起こされた分野ごとの5か年の成果とともに、今後一層の充実を図るための方策について討議されてきた検討の内容を、11項目に整理し提言書という形で掲載してあります。

まだまだ議論を深めていただかなければならない課題やその方策もそれぞれの部会や後期5か年計画策定委員会で数多く指摘されていますが、全体としては、本プランの基礎の議論として極めて重要な役割を果たすものです。

1 更なる保健福祉サービスの充実の必要性 →策定委員会より
市民の「保健福祉サービスは、できるだけ身近なところで利用したい」という要望に応じていくという発想から、2000年4月に、「保健福祉サービス地域（エリア）」を設定し、各エリアに保健福祉サービスセンターを置きました。このセンターは、単にサービスを提供するだけでなく、このセンターを拠点として、「保健福祉サービスと市民活動を結びつけながら福祉でまちづくりを進めていく」ことを目標としています。この目標を達成するためには、4エリアの東・西・中・北部保健福祉サービスセンターをより充実させることが必要と考えます。

「保健・医療・福祉のご相談はすべて身近な保健福祉サービスセンターへ」 皆さんのための保健福祉の拠点施設です

- I 保健福祉サービスと市民活動をむすびつけながら福祉でまちづくり。
→保健福祉サービスセンターの周知
1. 存在の周知
 - キーパーソンをつくる 保健補導員の研修に組み込む
 - 各団体（区長会、民生児童委員会、その他）の総会にセンター長は出席し存在を広める
 2. 地区社協との協力
 3. 入りやすい、分かりやすい存在に
 - 北部保健福祉サービスセンターと西部保健福祉サービスセンターには、デイサービスセンターが併設されているので、分かりやすく身近に感じられるのではないかと看板を見やすくするなどの工夫を。
 4. 通信の充実
- II 保健福祉サービスセンターをより充実していく
→皆さんの拠点
1. 相談しやすい雰囲気作り
 - ①職員から先にあいさつする
 - ②案内係の明示
 - ③相談内容に応じた窓口の明示
 2. 職員の資質向上
 - ①保健・医療・福祉のことなら全てのことを承りますの心構えを持つ
 - ②専門職間での情報交換、事例検討等研鑽を積む
 - ③カウンセリングマインドを持って対応する
 3. 介護保険に偏らず、小児、障害者への対応も充実させる
 4. 地域の情報を幅広く集め、来所できない人のリスクを拾う
 - ①社会福祉協議会（生活支援係）との連携
 - ②民生児童委員との連携
 - ③区長との連携
 - ④保健補導員の活用
 5. 市民団体の活動を支援し、お互いに支えあえる地域づくりに貢献する

2 基幹・エリア・本庁のトライアングルシステムを整理する必要 →ワーキンググループより茅野市では、できるだけ地域のなかで、総合的な保健福祉サービスを利用できるようなシステムが必要であることから、それぞれのサービスを個人のニーズに合わせて統合化を図っていくための取り組み（総合相談窓口機能の充実やトータルケアマネジメントシステムの構築）を実施してきました。

今後もこの理念とシステムをより一層推進するため、4つの保健福祉サービスセンターが「市民に親切でやさしい組織」としてあり続けるために、4つの保健福祉サービスセンター、基幹保健福祉サービスセンター、本庁各課のトライアングルを整理する必要があります。

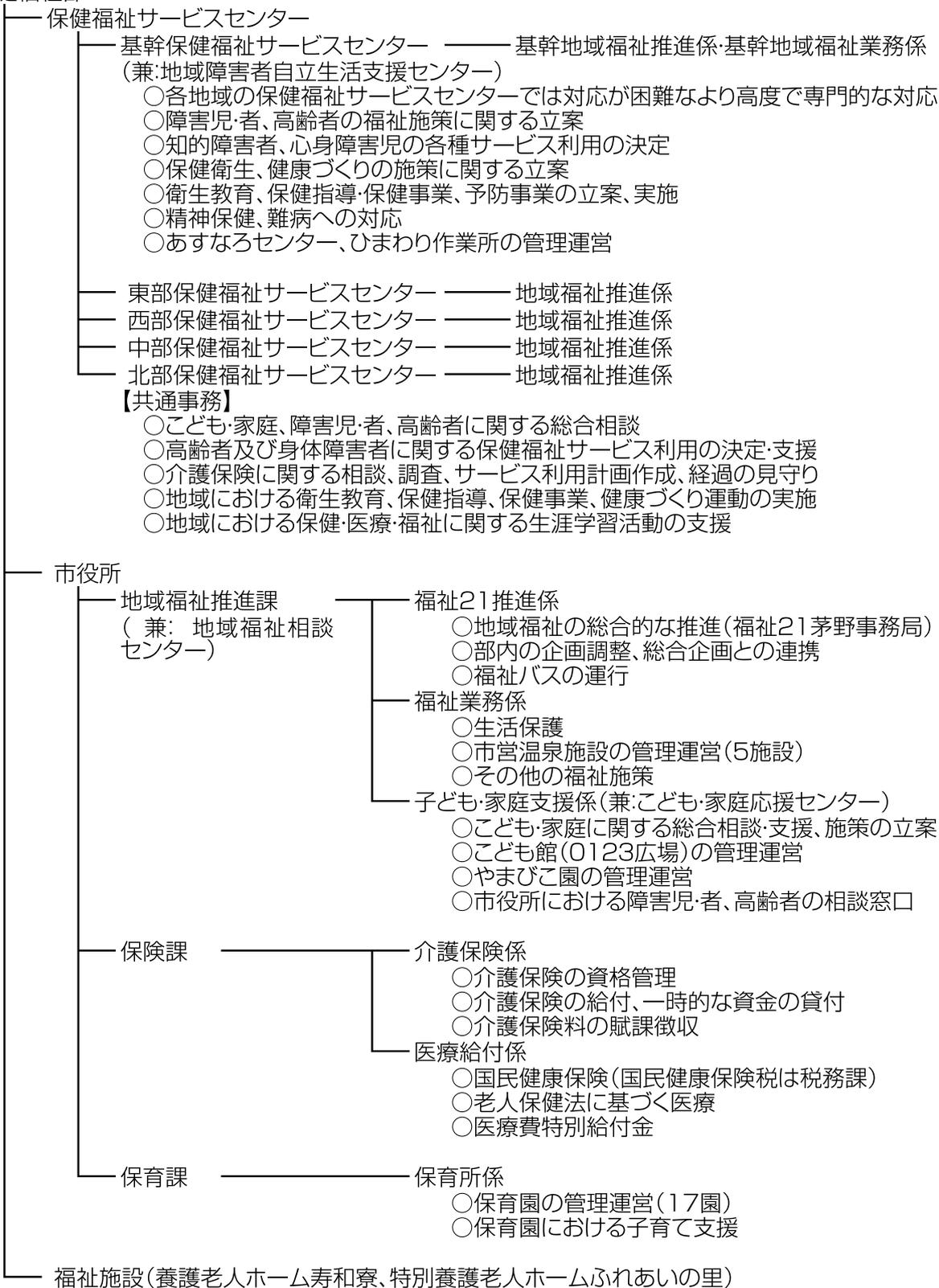
住民にとって「身近で」「何でも」相談できる

ワンストップサービスの仕組みづくり

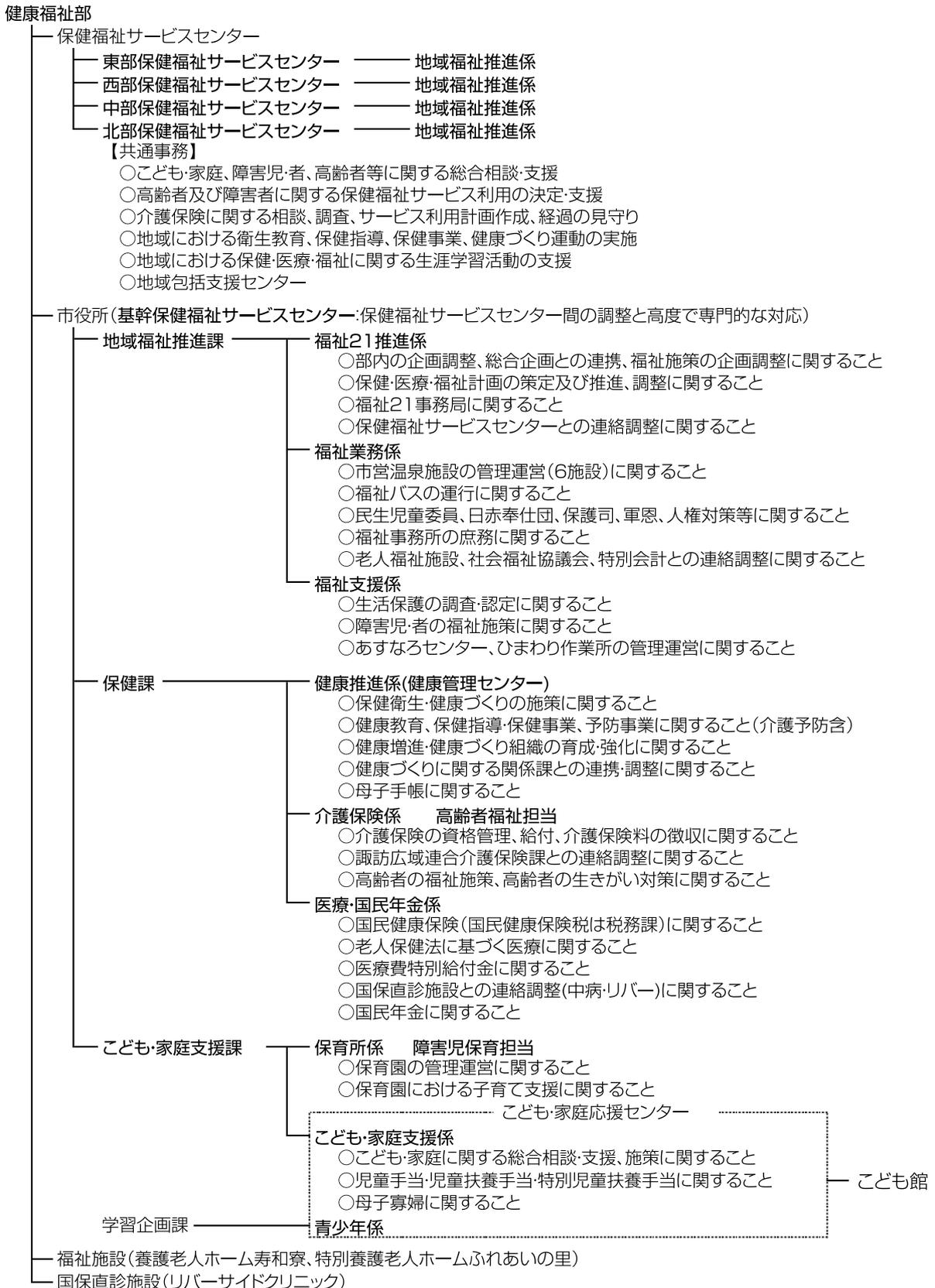
- ◎トライアングルシステムを整理する方策として
 - ①4つの保健福祉サービスセンターへのサポート体制の明確化・整理。
 - ②基幹保健福祉サービスセンターの役割・あり方・位置づけの明確化。
 - ③福祉事務所機能と保健機能との整理。
 - ④地域包括支援センターを4つの保健福祉サービスセンターに位置づけることによる役割や機能、それにとまなう組織のあり方等についての検討。
 - ⑤高齢・障害・介護・子ども等の分野におけるスーパーバイザー的職員配置。
- ◎トライアングルシステムを整理するために具体的な組織改正（平成18年4月～）を行います。
 - 保健福祉部を健康福祉部に名称変更し、健康増進の分野を強調し再編充実します。
 - 本庁は地域福祉推進課、保健課、こども・家庭支援課の3課体制とします。
 - 基幹保健福祉サービスセンターを廃止し、本庁3課を統括して基幹保健福祉サービスセンターに位置づけます。さらに、健康福祉部長が基幹保健福祉サービスセンター長を兼務することにより、各保健福祉サービスセンターとの連絡調整・支援機能を充実させます。
 - 地域福祉推進課に福祉21推進係、福祉業務係、福祉支援係をおきます。
 - 保険課を保健課に名称変更し、健康推進係、介護保険係、医療・国民年金係をおくとともに、介護保険係に高齢者福祉担当をおきます。
 - 保育課をこども・家庭支援課に名称変更し、保育所係、こども・家庭支援係をおくとともに、保育所係に障害児保育担当をおきます。
こども・家庭支援センターは現行どおりこども・家庭支援係と教育委員会青少年係とのブリッジ体制とします。
 - 「地域包括支援センター」を4つの保健福祉サービスセンターに位置づけます。
 - その他詳細については、「茅野市の組織・機構改革の概要と定員適正化計画」によって進めることとします。

保健福祉部の組織と主な取扱事務(平成17年4月1日)

保健福祉部



健康福祉部の組織と主な取扱事務(平成18年4月1日)



4 健康増進・介護予防施策の総合的な推進の必要性 →策定委員会より
 高齢者が地域において積極的な社会参加活動を行うことにより自己実現を図り、生きがいある生活を送ることは、寝たきり予防・認知症予防にとって極めて大切です。「健康増進・健康教育、相談支援体制の拡充」「介護予防」等々の具体的施策を実施する必要があります。

生活環境や食生活の改善、医療技術の進歩により、わが国の平均寿命は急速に伸び、高齢化率が年々上昇し、健康レベルの個人差がますます顕著になってきています。加齢と共に体力低下はごく自然にやってきますが、社会参加活動が多い人や下肢筋力トレーニングを中心とした健康づくりをした人は、医療・介護保険に依存する時間が少なくなります。つまり「健康寿命」が長いことが松本市の熟年体育大学で検証されています。

茅野市においても、市民にあった健康教室（目的やニーズに合致したきめ細かな健康づくり教室で、運動能力レベルにあった段階的な内容が必要）が求められています。それをとおして「仲間づくり・生きがいづくり・健康づくり・介護予防」へと発展するためには、保育園・小中学校との世代間交流、障害者・障害施設との交流、5層での健康教室・介護予防教室への発展、自分の役割をみつけるボランティア組織化・学習活動の構築等視野に入れなければいけません。

また、平成18年度から新たな介護保険法が施行されますが、それに伴うサービス（内容の増減、変更等）は、保健福祉サービスセンター等でのマネジメントを主体とし、よりきめ細かな健康づくり・生きがいづくりを並行して推進していく必要があります。

1. 元気老人もしくは前期高齢者に対する健康づくり
 - 1) 健康づくり計画（からだ・こころ・すこやかプラン）の推進
 - 2) 熟年体育大学等の開催
 - 3) 4・5層で健康づくり教室（各保健福祉サービスセンターを中心とした）の開催
2. 準寝たきり老人予防運動教室
 - 1) 各公民館等で高齢者クラブ等と共催し、転倒予防教室（仮）・引きこもり予防教室（仮）の開催

これらを、具現化するためのひとつの手法として以下の考え方を提示します。

- 1、元気老人もしくは前期高齢者に対する運動療法
 - 1 運動生理学上、社会経済学上、一定の根拠のある方法を選ぶ必要があります。具体的には、熟年体育大学などが良い。
 - 2 今後の方針：3年間は指導者、リーダーの育成に力を入れるために、現在、市に現存する種々のグループから希望者に入学していただき、主として運動生理学に関する理論武装を中心に、それぞれグループの持つ実践経験を反映させます。
 - 3 3年後に熟年体育大学の基本的な理論がマスターできるように努力します。最終的には茅野市独自のものをめざします。塾大メイトを用いなくても、外部講師を招聘しなくても、茅野市だけで完結できる運動療法による健康増進システムを構築します。地域の家庭医も参画し、医学的なバックアップのもとに地域全体が健康づくりを志向します。
 - 4 国保モデル事業から市の事業に移行するのに伴い、市役所内の担当部署を明確にしていく必要があります。

2、準寝たきりもしくは予備軍の寝たきり予防運動教室

誰でも加齢により身体機能は衰え、特に、筋力・バランス能力・歩行機能は60歳を過ぎると低下し始め65歳以上で更に加速し、廃用症候群（体を使わないために起こってくる状況）を起こします。転倒が怖いからといって、体を動かさないとますます身体機能が低下し、日常生活での最低限の動きもできなくなります。

転倒による骨折、衰弱や寝たきりなど足腰の衰えにより生活の不具合を予防するための「在宅で、身近なところで、いつでも、誰でもできる道具を使わない運動」は大きな予防効果のあることが解ってきました。立ち上がること、立位座位を保つこと、階段を上ることなど、日常生活に必要な筋肉を鍛えることにより日常活動が維持されます。

①いつ・・・週に3～4日、あるいは毎日

②どこで・・・自宅であるいは近くの公民館で

③誰が・・・本人、家族、皆で

④どのようにして

運動 イ、簡単なストレッチ、リラクゼーション

ロ、体幹トレーニング（背筋、腹筋）

ハ、筋力トレーニング、簡単な運動

ニ、マシントレーニング

イ～ハをごく軽く、誰でもできる運動として取り入れます。

⑤評価

運動の評価は自分で行います。

イ、10mをどのくらいで（秒）

ロ、歩行、支えなしで

ハ、杖あり→杖なしで

ニ、立ち上がり、支えなしで

ホ、痛みがどのくらいで出たか

など自己評価を行います。

⑥指導者

特別の資格を要しません。

公民館、エリアなどで保健師、運動指導士、保健補導員がときどき指導します。

いずれにせよ、自分たちでこれらの運動を続けることにより、転倒予防、寝たきり予防に対して大いに効果が期待されます。

5 認知症高齢者への対応の必要性

→認知症部会より

「痴呆症」から「認知症」へ呼称変更に合わせて、地域のみんで認知症の人とその家族を支え、見守り、ともに生きる地域を創造することが必要です。認知症の人が尊厳をもって地域で暮らし続けることを支える「地域づくり」について、保健・医療・福祉の関係者や企業・団体・地域の人達がともに考えることにより、基盤をつくる必要があります。

認知症部会では福祉21 ビーナプラン後期5か年計画を策定するに当たり、茅野市における認知症に対する取り組みについて前期5か年を振り返る中で、その課題を整理し、一つひとつの課題に対してその方策を検討してきた。

2000年4月の介護保険制度創設以来、要介護者に対する様々な介護サービスは飛躍的に増加した。それに相まって認知症の方に対するサービスも徐々にではあるが確実に充実してきた。在宅支援としての通所サービス、特に認知症の方が馴染みやすいといわれている小規模の通所サービス(いわゆる宅老所)が新たに開設されたり、痴呆性高齢者グループホームも市内に2ヶ所新設された。

しかし、痴呆症という呼称が認知症へと変更された事が象徴的であるように、まだまだ認知症に対する理解不足や偏見が多く見受けられ、その事が認知症の早期発見や進行予防の妨げになっている現実も否定できない。また、認知症の方に対する介護サービスが増えてきたと言っても、どちらかというとな家族の介護負担の軽減が優先される傾向にあり、サービスの内容、ケアの質において必ずしも認知症の方自身を中心に据えた対応がされてきたとはいえない。

今後、ますます増え続けるであろう認知症高齢者に対し、早期の対応と適切なサービスの提供によって、認知症であっても可能な限り地域の中でその人らしい生き方ができるような茅野市にしていくために6項目に整理し提言を行う。2006年4月から、介護保険制度の改訂が行われ、認知症対策についてもいくつかの新しい事業が予定されており、それらの施策とも整合性を持った提言になるよう心掛けた。

1. 認知症の理解、早期発見や進行予防について

- 1) 保健補導員会、高齢者クラブ、家族会等の学習会や講演会などの啓蒙活動を今以上に充実させていく。

一般住民や認知症の方の家族に対して認知症の早期発見と進行予防への関心を喚起し、認知症の正しい理解を進めるため、市内各地区の保健補導員会、高齢者クラブの活動の中で毎年1回は認知症をテーマにした学習会や地域住民に対する講演会を必ず行うようにしてもらう。そのためには市内の認知症に関わっている保健・医療・福祉関係者が講師として全面的に協力する必要がある。この認知症部会の委員も積極的に関わっていかなければならない。また家族会の定期的な集まりにも関係者が積極的に関わるとともに、家族会が主催する年に1回の講演会では外部講師を呼び、関係者だけでなく、広く一般住民に参加を呼びかける。

- 2) 認知症の方の早期発見ができるように民生児童委員会として認知症の理解をしてもらうための学習会活動を行う。

地域での認知症の方の早期発見に大きな役割を果たすことが期待される民生委員が認知症について正しい理解を持ってもらう事が重要である。そのためには、各地区の民生委員会の集まりで認知症の学習会を毎年1回程度必ず行ってもらう。

- 3) 家庭医の認知症の理解を深めるために研修を行う。

医師の認知症の理解が十分でないために、家族が認知症を疑って受診しても認知症の診断がされない場合がある。認知症の診断は1回の受診だけでははっきりしないことも多く、また他の原因から認知症と似たような症状が出ている場合もある。家庭医が認知症かどうかのスクリーニングが確実にできるように研修を行う必要がある。厚生労働省で計画されている認知症サポート医養成研修に諏訪郡医師会からも医師を派遣し、サポート医が中心となって市内の家庭医の認知症の対応力の向上を図ったり、医師会の勉強会等で認知症の診断について研修を行ってもらおう。

- 4) 閉じこもりは認知症の予備軍になるので、いきいきサロンの充実、小地域でのミニデイサービスなどで参加を呼びかけ、予防をしていく。

2004年度に、厚生労働省の「介護予防市町村モデル事業」のメニューとして北部保健福祉サービスセンターで実施した小地域のミニデイサービスはたいへん好評であった。ひとり暮らしや日中独居の方で外出の手段のない高齢者は、他人と触れ合う機会がなく閉じこもりになりがちである。保健福祉サービスセンターはこういった高齢者の情報を集め、その中で認知症の予防として社会参加の機会を持つ事が有効と思われる対象者を選び出し、小地域でのミニデイサービスにつなげていく。ミニデイサービスの実施は再構築された各地区の地区社協が中心となり、地域のボランティアグループ、保健福祉サービスセンターに配置された社会福祉協議会の地域生活支援係、地区コミュニティセンターや各行政区の(仮)福祉推進委員(会)と連携をとりながら、現在各地域で行われている「いきいきサロン」の活動をさらに発展、充実させていく方法や、新たにそういった活動を住民参加のもとで、できれば行政区レベル(5層)で立ち上げていく。

- 5) 2006年度から施行される新たな介護保険制度との関係

1) 及び4) についてはその一部を地域支援事業の中に位置づけて行っていくことを検討する。1) については地域支援事業の一般高齢者施策として、4) については特定高齢者施策として認知症予防、支援のプログラムを実施していくことが考えられる。その場合、特定高齢者の対象者の把握、アセスメント、プログラムの立案等については、2006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の保健師が関わる。

2. 相談機関・医療サービスについて

- 1) 各エリアの保健福祉サービスセンターが家族や民生委員、医療機関などからの相窓口となる。サービスセンターは相談の中で得た情報により訪問等を通して該当者の把握、評価を行い、医療機関(家庭医等)や介護サービスへつなげていく。

住民に最も身近な相談機関としては、各保健福祉サービスセンターが中心となり家族への助言・指導を行うとともに、一人ひとりのニーズに対し適切なケアが提供されるように医療機関への受診や介護サービス提供への橋渡しをしていく。今まで家庭医を持たなかった認知症の該当者は医療機関へつなげることが難しい事が多く、また通所サービスなどの介護サービスの受け入れに対しても消極的なことが多いので、保健福祉サービスセンターの職員等が訪問を繰り返しながら少しずつ本人と関わりを持ち、信頼関係をつくるようにしていくことが必要である。

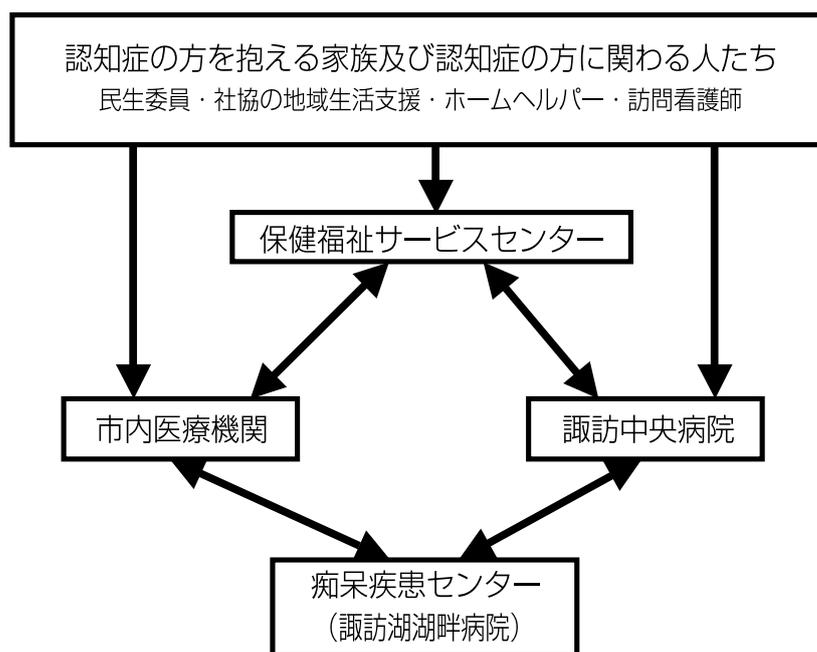
2) 諏訪中央病院に常勤の精神科医を

軽度の認知症を持っている方が、たまたま他の病気のため諏訪中央病院に入院する必要があるが、常勤の精神科医がいないため退院後の外来での認知症の継続的なフォローアップができない現状がある。また、何らかの身体疾患で入院治療が必要な場合に認知症があるために入院治療が困難な患者がいるが、常勤の精神科医がいれば担当医との連携により入院治療が可能になる。以上の理由から、諏訪中央病院に常勤の精神科医が必要である。

3) 諏訪湖畔病院は痴呆疾患センターとして、重度や特殊なタイプの認知症の診断や外来治療、入院治療の体制を取れるようにしてもらいたい。

4) 認知症該当者が適切な医療サービスが受けられるよう、保健福祉サービスセンターやそれぞれの医療機関は必要に応じて情報提供する等、互いに緊密な連携をとらなければならない。(図1)

図1 保健福祉サービスセンターと医療機関相互の連携



3. 介護サービスについて

1) ケアマネジメントや介護サービス内容の質の向上

認知症の方のケアプラン作成においては、従来どちらかというと家族の介護負担の軽減が優先される傾向にあり、サービスの内容・ケアの質の面では必ずしも認知症の方自身を中心に据えた対応がされてきたとは言いがたい。本来、ケアマネジメントや介護サービスはケアを受ける本人のためのものであり、認知症該当者に対してもその視点を最優先していかなければならない。

認知症の進行を予防し、周辺症状を軽減して本人ができるだけ居心地良く毎日を送れるような介護サービスを提供するために、ケアマネジャーはアセスメントにおいて本人の残存能力を適切に評価し、その能力が十分発揮できるようなケアプランを

作成していかなければならない。またケアに携わる介護スタッフも認知症の方ができるだけ主体性をもって毎日の生活が送れるような援助をしていかなければならない。さらにケアマネジャーは必要に応じてサービス担当者会議（ケアカンファレンス）を開いたり、こまめにサービス担当者と連絡を取り合うなどして、関係者間で情報の共有化を図り、より良いケアが提供できるよう努めていかなければならない。対応に苦慮するケースは地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが積極的に協力する必要がある。

2) 認知症専門の通所サービスの必要性

認知症の程度が比較的軽く、周辺症状が余り見られないケースは、一般の要介護者と一緒の通所サービスでも大きな問題はないと思われるが、重度の場合（周辺症状が非常に目立つケースなど）は、一般の通所サービスでは対応困難な場合があるので、認知症専門のデイサービスが必要である。現在茅野市には認知症専門の通所サービスがなく、一般の通所サービスに馴染めない認知症の方は行き場がない状況である。認知症の専門知識や介護経験の豊富な介護スタッフによるデイサービスまたはデイケアが1箇所は必要ではないだろうか。周辺症状の対応には医療機関との緊密な連携が必要であり、そのためには諏訪中央病院に隣接する「やすらぎの丘」や「ふれあいの里」の通所サービスに認知症専門の通所サービスを設けることを検討して欲しい。

3) いわゆる「小規模多機能型居宅介護」について

2006年度から施行される新たな介護保険制度の中では、新しく創設された介護保険サービスとして「小規模多機能型居宅介護」がある。この「小規模多機能型居宅介護」は、日によって症状の変化が大きい認知症該当者にとっても有用なサービスと考えられ、是非茅野市にも必要と考えられる。

※「小規模多機能型居宅介護」

新たな介護保険制度の中で、新予防給付とともに新しく創設された地域密着型サービスの1つ。「通い」を中心に、利用者の状態や希望、家庭の事情に応じて随時「訪問」「泊まり」を組み合わせた柔軟な対応を行うサービス。

4. 地域での見守りや支えあい（インフォーマルサービス）について

- 1) 各エリアの保健福祉サービスセンターに配属されている社会福祉協議会の地域生活支援係がコーディネーターとなり、民生委員、ふれあいサポーター養成講座の修了者、各行政区の（仮）福祉推進委員（会）、認知症キャラバンメイト研修受講者等が中心となって認知症の方の見守りなどのインフォーマルサービスを提供していく。

認知症の方を介護保険などのフォーマルサービスだけで支えていくのは困難であり、特に在宅における日常生活においてはどうしても近隣の支えあいが必要である。例えば、訪問等による話し相手、外出の援助、さらには、家族の相談に乗ったりといったことが考えられる。そのためには、関係者が家族とコミュニケーションを十分にとり、慎重に進める必要がある。

5. 緊急時の施設について

- 1) いわゆる認知症の周辺症状が急に悪化した場合、緊急に入所ができる介護施設の確保が必要。

認知症は時に症状が不安定なことがあり、日によって妄想、幻覚、せん妄等の周辺症状が強くなり、在宅での介護が困難となることがある。身体的な異常が周辺症状の増悪の原因になっていることもあるので、まず主治医と連絡をとり身体的な問題がない場合は、早急に施設入所を考慮しなければならない。緊急に入所可能な施設を確保する方法としては、現在市のサービス提供者会議を中心に再検討が進められている「介護者の急な事情により要介護者を市内の施設に緊急に入所してもらうシステム」に準じて対応していく。認知症の方の緊急時の施設入所は施設の夜間の職員の人数が足りないことから断られることがあるが、人材を施設へ派遣し、対応できるようなシステムも検討していく。

6. 認知症高齢者グループホームについて

- 1) 寿和寮に併設されるグループホームの早期開設を

茅野市内の認知症高齢者グループホームは、2005年度末で2ヶ所（各々2ユニット：計36名定員）開設されているが、将来、認知症該当者が増加していくことは確実であり、ますますグループホームの需要は増えていくと考えられる。しかし、現在の介護保険の報酬体系ではその運営のためにどうしても利用者の自己負担費用を高額にせざるを得ない状況である。養護老人ホーム寿和寮に併設予定のグループホームは1ユニット（9名定員）であり、グループホーム単体としての運営は経営的に見て困難が予想される。利用者の自己負担をできるだけ高額にしなくてすむように、運営方法、運営主体等についてはさらに慎重な検討が必要であるが、前述したようにグループホームの必要性の優先度は高く、可及的速やかな開設が望まれる。

- 3 民間事業者、福祉施設、長野県、他自治体等との連携の必要性
- 6 多問題家族、課題解決の困難なケースへの継続的支援の必要性 →ワーキンググループより個人や家族が地域のなかで自立した生活が営めるよう、保健福祉サービスセンターの専門職が「ケアマネジメントの6原則」により、連携しあって支えていくシステムを推進してきました。今後も、家庭内にいくつもの課題を抱えている困難ケースへの関わりをどうするのか。外国籍住民等への関わりをどうしていくのか。チームとしての関わりをどうしていくのか。外部施設、サービス事業者、医療機関、福祉施設、他自治体等との連携をどうするのか。市民一人ひとりへのトータルケアに取り組むことへの検討を要します。

更なる連携 更なる支援システムの確立に向けて

◆前期5か年の検証

2000年4月、福祉21ビーンズプランの策定を受けて、市民にとって親切的な行政サービスを展開するために、生活圏を5つの階層に分け、第3層に保健福祉サービス地域（エリア）を設定し、4つの保健福祉サービスセンターを設置しました。各保健福祉サービスセンターには、保健師、ソーシャルワーカー、ふれあいネットワークワーカー（2005年4月～社会福祉協議会地域生活支援係）、地域福祉推進係長、センター長を配置し、迅速でタイムリーなサービス提供を行うためのシステムを確立してまいりました。

4つの保健福祉サービスセンターが市民の暮らしに身近な場に出ていったことによる成果は、

- ①保健・医療・福祉の一元的な支援展開が定着しつつある。
- ②ケアカンファレンスが丁寧に実施されるようになった。
- ③訪問活動（アウトリーチ機能）を意識して行うようになってきた。（家庭訪問とコーディネート業務）
- ④多問題家族への、世帯を単位とした支援体制づくりが定着しつつある。

◆課題整理

（連携とは）

- ①保健福祉サービスセンター業務のあらゆる場面が出るひとことが「連携をとること」で片付けられる場面が多く、「関係機関とのスムーズな繋がり」が課題となっています。関係機関との連携をスムーズにするためには、介護保険に関するサービス提供事業者等連絡会議のような関係者による会議を行うことが必要です。障害者や子ども・家庭の分野においても、そのような会議や研修会をもつことにより、様々な情報交換の場になりうるのではないのでしょうか。

また、保健福祉サービスセンターと他の機関とは、情報提供の段階で終わってしまうこともあり、連携までに至らないこともあります。さらに、民間事業者との連携は、各ケースによって対応は異なりますが、支援事業者会議やサービス提供者会議においての情報交換のあり方を見直すことの必要性もあります。

（多問題家族・課題解決困難ケース）

- ①これまで保健福祉サービスセンターや社会福祉協議会に寄せられた多問題家族・課題解決困

難ケースが具体的にどのようなケースで、どのような職種がかかわり、どのような対応がなされたのか、まずは分析（評価）を行うことが必要ではないか。

これらのケースは、保健福祉サービスセンターだけの支援では支えきれず、各関係機関や地域、ケースワーカーや保健師など、それぞれが持っている専門性をチームワークにより生かすことによって、多問題家族・課題解決困難ケースに対応することが必要ではないか。

（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間の連携については、職種間協議の場が無いことが問題です。大きなテーマを掲げた中で協議していく場が必要ではないでしょうか。（センター内での職種間の連携も同様では…）。

◆課題解決への方策

（連携とは）

- ①児童相談所、保健所、諏訪圏域障害者総合支援センター等とは、必要に応じて情報交換の場を持つことや、ケースに応じて保健福祉サービスセンターの担当者と身障福祉司等がペアになって県の機関担当者と連携を図ることが実態に合った対応ではないでしょうか。
- ②他機関との連携を進めていくためには、保健福祉サービスセンターが、措置先やサービス実施機関と対象者をつなぐフィルター（決してトンネルではない！）としての役割を待たなくてはならない。

そのためにも、1層・2層に点在する関係機関と保健福祉サービスセンターが定期的な情報交換や繋いだあとの追跡をしっかりと義務づけることが必要。例えば、社会福祉施設へ入所となり、地域に存在しなくなったあとにおいても、入所後の状況は定期的に把握するようシステム作りをすべきであり、そういったものを含めた全体の連携組織図的なものを整理することも必要。

連携（関係機関とのカンファレンス）と適正なケアマネジメントにより、機能性のある方向性を出すことでその過程でのトータルケアに繋がっていく。

（多問題家族、課題解決困難ケース）

- ①今までも行われているようなケースカンファレンスを行い、お互いの役割、支援の方向性を確認していくことが大切です。ケースによっては、1箇所だけで支援していくことは困難であり、チームとしての関わりが必要。
- ②ケースカンファレンスを行っても適切な支援方法が見出せない処遇困難なケースに対しては、ケース検討会を開き、方向性を見出すことも必要。検討会では保健・医療・福祉の専門家による具体的な支援についての検討がなされるとともに、定期的に行うことで、情報の共有や情報交換の場としても役立つのではないだろうか。
- ③世帯として把握できる現在のスタイルは、その家族が「個々」ではなく、「ファミリー」として互いにどの様に関係しあって生活しているのかを把握しやすく、一人の状況が変わっても全体を見られることと新しいニーズが発見できることの強みを感じる。

（保健福祉サービスセンター）

- ①各保健福祉サービスセンターの保健師やソーシャルワーカーが、センターの垣根を越えて、互いに課題分析を実践する場が必要ではないか。できれば、各センターの実務者全員が、

いくつかのグループに所属をし、定期的を開催することで、実務を通じ、誰もが困難ケースに対応できる体制を整えることが必要と考える。また、社会福祉協議会職員の参加も必要ではないか。

- ②各保健福祉サービスセンターが事例検討の進め方を記した事例検討集の策定も必要では。
- ③「組織」として対応していく方策を考えるべきであり、責任の所在を明確にしながらの対応。そのため、組織での統一行動が必要。組織で対応するためには、関わる者を出来るだけ増やし、関わる目を増やししながら、責任ある者が指示・行動を提起していく事が必要ではないか。

(共通認識)

- ①これまで同様、個人がケースを抱えるのではなく、様々な機関が連携して柔軟に対応しつづけること。
 - 課題や実状を共有するテーブルをもつこと。
 - 同じ目標に向うこと。
 - 各機関が、共に手を組もうとする意識をもつこと。
 - 自分たちも主体的に課題に取り組もうという意識をもつこと。
 - 自分たちの役割を明確化し、自覚すること。
 - 自分たちの役割に責任をもつこと。
 - チームが目標を持ち、段階的に目標をクリアしていくこと。
 - 状況・情報をできるだけ頻繁に共有する機会をもつこと。
 - 全てのケースにおいて、トータルケアの視点を持つこと。
 - ひとりの目で判断しないこと。

◆福祉21ビーンズプランの後期計画にむけて

福祉21ビーンズプランの基本設計の確認

福祉21ビーンズプランでは、個人や家族のもつ複数のニーズを丁寧に受け止め、地域のなかで自立した生活が営めるように、それぞれの専門職が連携しあって支えていくシステムを構築していくことにあります。

◇ケアマネジメントシステムの6つの原則

- ① 気軽にいつでも相談できる窓口が身近にあること
- ② 迅速に対応できるシステムであること
- ③ 十分な内容と量のサービスを有していること
- ④ 利用者の選択権と決定権が保障されていること
- ⑤ 不服の申立てがしやすいこと
- ⑥ ケアマネジャーの研修が体系化されていること

◇保健福祉サービスの継続性と統合化

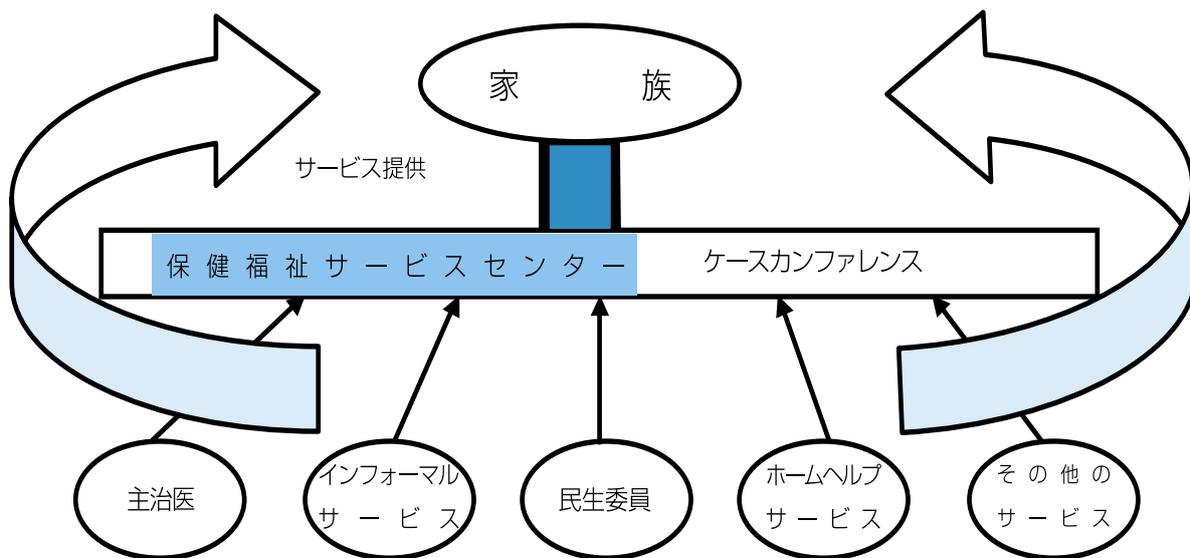
保健福祉サービスを必要とする人の年齢や障害の種別などによって、さまざまなサービスを重層的に提供するシステムの構築を図っていますが、これからもできるだけ地域のなかで、総合的に保健福祉サービスを利用できるようなシステムがより必要となります。そのために、こうしたサービスを提供できるように行政組織を再々編成し、それぞれのサービスを個人のニーズに合わせて統合化を図っていくための取り組み(総合相談窓口機能の充実やケアマネジメントシステムの構築など)を推進します。

◆更なる地域自立生活支援システムの確立にむけて

豊かな地域自立生活を支援していくために

- ・ フォーマルサービスとインフォーマルサービスをどのようにコーディネートしていくか。
- ・ 住民参加をどう促していくか。 → 本人を中心としたケア会議の重要性
- ・ 専門職のチームアプローチをどうしていくか。

多問題家族への支援 【家族全体を捉えた支援】



★アセスメントの視点

- 個人の生活全般を見るように心がける
 - ・ やりたいこと、どういう生活をしたいか。
 - ・ 本人のできることを、したいことを大切にする。
 - ・ 家族関係をふくめて家族全体をみる。

○地域をみること

- ・ 地域性（行政区くらいの範囲）を踏まえる。
- ・ 近隣や知人との関係を大切にする。
- ・ 地域にある力を探す。

★地域へのアプローチ

○近隣によるサポートネットワーク（ケア会議）

- ・ 本人が安心して在宅生活ができるか。
- ・ 見守り者が共通した情報を持ち、対応が統一できるか。
- ・ 近隣からの情報を得やすくするためには。
- ・ 会議を重ねることにより、意識を変えていくには。

○ネットワークの視点

- ・ 家族の理解を得ること。
- ・ 疾患に対する理解を近隣の住民がしていくこと。
- ・ 社会資源を見つけていくこと。

7 更なるこども・家庭応援の推進の必要性 どんぐりネットワークより
「地域の教育力」を高め、「一人の子どもを地域みんなの力で育てていく」ための具体的施策目標をどうしていくのか。「虐待」「不登校」「子どもの安全」等の課題に対する方策をどうするのか、検討を要します。

◆前期5か年の評価と課題

福祉21ビーンズプランの子育て支援策（年代別フローシート（170～172ページ））を踏まえ、課題解決の方向性（p178）について検討した。

(1) 安心して子どもを産み育てることができるまちづくり

1 保育園・幼稚園の内容の充実と多様な保育ニーズへのきめ細かな対応

成果：玉川どんぐり保育園開園

病児・病後児保育の開始

課題：未満児保育、延長保育、休日保育、夜間保育、障害児保育のニーズはどのくらいあるのか、どこまでやるのかの検討。

2 相談機関の充実とネットワーク

成果：こども・家庭応援センターと0123広場の整備。

新たな相談窓口と従来の相談窓口との連携。

子育て支援会議の開催。

課題：気軽に相談できる雰囲気作りは充分か？

3 学童クラブの整備充実

成果：地区センターで学童クラブを実施していた小学校では学校内に学童クラブの場所を確保した。

4 住民参加型福祉サービスとしてのファミリーサポート

課題：社会福祉協議会の活動の中でファミリーサポートを行ってきたが、十分な体制とは言えない状況である。現在進行している社会福祉協議会の活動見直しと連携しながら使いやすいファミリーサポートの体制をどうすればできるか検討する。

5 育児力を身につける学習の場の設定

成果：家庭教育センター、0123広場、健康管理センターを中心に学習の場が設けられている。

0123広場では子どもと親のかかわりを見ながらスタッフが声掛けをして親の役割や子どもと接し方に気付きを与えている。

6 情報収集と提供体制の整備

成果：どんぐり通信に子どもに関する情報は一元化しつつある。

課題：各施設、部署が持っている情報が集めに行かないと集まらない部分がある。

後期計画では、子育て・子育てに関する情報は自分のところだけでなく、どんぐり通信にも連絡するという体制を確立する

(2) 少年少女時代を過ごせて良かったと思えるまちづくり

1 子どもの権利を保障し、擁護するために子どもの声に耳を傾ける

成果：子どもフォーラムの開催

課題：計画開始の頃には開催されたがその後が続かなかった。継続的に子どもの声を聞く機会が確保されるようなシステム作り。

2 魅力ある遊び場作り

成果：茅野市公園計画の策定

3 さまざまな体験の場

(3) 子育てを地域で支えるまちづくり

1 子どもにやさしいまちづくり

成果：小泉山の整備計画との連携。

課題：自分達で積極的な提言は出来ていない。

2 保育園・幼稚園・学校の子育て支援事業の充実

3 世代間交流や異年齢交流などさまざまな交流の場の設定

成果：地区こども館が整備され異年齢交流が行われている。

4 さまざまな価値観の中で子育てに関する啓発活動

5 児童館設置に向けての検討

成果：地区こども館、CHUKOらんどチノチノ、0123広場の開設。

6 子ども達をめぐる多様な活動への支援

7 現状とニーズを押さえ、子どもが健やかに育つための環境と体制を推進する組織

成果：どんぐりネットワーク茅野が組織された。

◆後期5か年計画について

福祉21ビーンズプランでは「子ども・家庭支援における保健福祉サービス」として、子どもの健康・成長に関する課題を整理した。課題解決の方向性としては、①安心して子どもを産み育てることができるまちづくり②少年少女時代を過ごせてよかったと思えるまちづくり③子育てを地域で支えるまちづくりの視点からソフト面、ハード面について整備目標を示している。しかし、議論を進めるなかで子どもが生まれる前から18歳になるまでを子どもを中心として考えた時に、教育の視点も大切にして総合計画を作成する必要性が指摘されていた。そこで、平成12年には市民ワーキング（子育て部会のメンバーも参加）が組織され、保健福祉部だけでなく教育委員会も積極的に関与して報告書の取りまとめが行われた。平成13年には市民34名によって「子ども・家庭支援計画策定委員会」が設置された。行政側では保健福祉部と教育委員会によって一体的な作業部会が組織された。委員会では福祉21ビーンズプランの子育て部会の提言と市民ワーキングの提言を元に議論が重ねられ、諸施設の見学や子どもと親の生の声を聴くことを繰り返しながら「地域ぐるみの子育て・子育てを応援していくシステム」を構築する事を意図して茅野市の「地域教育福祉計画」である「茅野市こども・家庭応援計画（愛称：どんぐりプラン）」をまとめた。行政の行う「支援」だけではなく、地域の住民が子どもや子どものいる家庭を「応援」する地域づくりこそが大切であると考え支援計画ではなく応援計画と名称が変更された。どんぐりプランでの施策の展開は、①教育と福祉の総合的・継続的な支援②地域の教育力、育児力の向上と市民参加の促進③子どもたちの参加・参画の機会と子育ての支援④こども・家庭を応援する拠点整備と支援の体制と4つの施策目標に分け、それぞれについて（ア）継続的支援（イ）0123才の支援（ウ）幼児・学童期の支援（エ）思春期・青年期の支援について実施計画を立てるという形で整理した。

どんぐりプランは福祉21ビーンズプランとの整合性を計りながら平成14年より行政計画として実施されてきた。「福祉21ビーンズプラン」が後期5か年計画の策定を進めているが、平行して「どんぐりプラン」でも後期5か年計画の策定作業が進められている。どちらの計画もパートナーシップのまちづくりの手法を用いて、教育・保健・医療・福祉が連携して市民と共に「一たくましい子ども やさしい子ども 夢をもつ子ども」を育てていこうというものである。福祉21ビーンズプランの子どもに関する施策の展開についてはどんぐりプラン後期計画をもって実施計画とする。

どんぐりプランの後期計画では「地域の教育力を高め」「ひとりの子どもを地域みんなの力で育てていく」にはどうしたらよいか出来るだけ具体的な目標を立てます。また、どんぐりプラン作成時に茅野市で個別の問題で大きなテーマとしては、「虐待の問題」「不登校の問題」がありました。問題が起きた時の地域や各種機関の連携体制は整ってきていますが、問題が起きなくなるように引き続き努力することが求められています。さらに、どんぐりプラン後期計画での個別問題としては、大きな社会問題になっている「子どもの安全を守る」ということ、前期計画では十分に出来なかった「子どもの声を地域づくりに生かす」ということ、教育と福祉、医療の境界領域の問題である「軽度発達障害児」に対する対応や、教育と社会問題の境界領域である「高校中退者」への対応の問題なども考えていきます。

8 茅野市障害者福祉計画の抜本的見直しの必要性 →障害福祉部会より
 障害者に関する保健福祉政策のグランドデザイン、障害者自立支援法の動向を踏まえて、茅野市として平成18年度以降どうしていくか、抜本的見直しが必要と考えます。障害者への支援、ケアマネジメントの仕組みをどうしていくのか。そのためには、現段階から、障害者本人・介護者・保護者へのニーズ調査、各障害者団体へのヒアリングを実施し、現計画を検証し、課題を整理することが必要とされています。

茅野市障害者福祉計画は「福祉21 ビーナズプラン」の一翼を担い、また社会福祉協議会が策定した「地域福祉活動計画」との整合性を図りながら、平成11年度から17年度までの7か年を期間として実施されてきました。この間、障害者福祉計画策定委員会の後継組織として福祉21茅野の専門部会「障害福祉部会」を設置し、精神障害者共同住居の検討、支援費制度と自立支援法についての学習等行い、茅野市に住む障害者にとって今必要なこと・将来課題になることは何か、話し合いを重ねてきました。

障害者に関する保健福祉政策のグランドデザインなどを踏まえ、従来のような障害種別や等級に当てはめた縦割りの施策から、個々の生活のしづらさに着目しその人らしい生活が営めるような支援に転換していくこと。また今まで以上に就労や社会参加をめざしていくことが求められます。ただしこのことは単に障害ごとの特性を無視することではなく、あくまでも個別の支援を重視するという視点が強調されなければなりません。そのためには障害のある地域住民へのケアマネジメントがきちんと提供できることが不可欠です。とりわけ精神障害者への支援は、今後茅野市としてのより積極的な支援が求められているところです。

そこで、平成18年度以降の新たな障害者福祉計画を策定するにあたり、ニーズ調査・ヒアリング・現計画の検証等から課題を整理し、茅野市に合った、より具体的な計画を策定する必要があります。詳細についてはアンケート等の分析を待つ必要がありますが、現在すでに行われているヒアリング調査からは、相談・援助については以前に比べ比較的評価されているものの、①医療に関する問題（受診のしづらさ、医師とのコミュニケーション、専門医と地域の家庭医との関係、医療情報の提供や医療機関の紹介等）②地域の人間関係の希薄化（市など公的な情報がよく届くようになったのと比べ、隣近所等の地域情報はかえって届きづらくなった）などの課題が見えてきています。これは障害者だけでなく市民全体に共通する生活課題となる可能性があります。

また、福祉サービスを担う社会資源の一つとして、地元企業やNPO法人など今まで福祉事業にかかわりのなかった団体や組織に対しても積極的に情報提供し、基盤整備を支援する必要があります。さらに、今まで話し合われていた精神障害者共同住居についても、実現に向けて主体となる家族会を市とともにバックアップします。

発達障害者支援法の理念でもある生涯にわたった支援は、すべての障害のある児童にとって必要な視点です。医療、保健、保育、教育、福祉が継続的横断的に支援していく体制は、すでに「どんぐりプラン（茅野市こども・家庭応援計画）」でも構想されています。なかでも継続的にこども・家庭を支援する「どんぐりカード」の導入は不可欠です。

さらに、今後は障害のある地域住民によるボランティア活動の促進をはじめ、多くの社会参加や学習・余暇活動の充実が求められています。また就労支援やバリアフリー住居の確保、あるいは地域福祉権利擁護事業、成年後見制度の活用などの課題もあります。これらの山積する課題に対して、パートナーシップの理念と手法により、保健・医療・福祉が連携し、障害があってもなくても同じ市民としてお互いに支えあうまちづくりをめざします。

9 社会福祉施設の在り方検討の必要性

茅野市内の公設公営の施設をどうするのか。障害者施設の地域移行と総合化や茅野市の行財政改革をどのように推進していくか。民間の発想や手法を取り入れた地域経営の推進と市民サービスの向上、民間委託の推進、民間活力の活用等について、検討を要します。

出典：茅野市行財政改革推進プログラムの基本的方向についての報告と提言より

◎民間の発想や手法を取り入れた地域経営の推進と市民サービスの向上

市民ニーズの多様化・高度化する中で、行政がすべての市民ニーズに対応していくことが難しくなっています。そのような中で、行政が直接サービスを提供するよりも民間に委託することによってサービスを提供することの方が優れているものについては民間活力の活用を進めることが好ましいと考えます。また、時代の変化により行政が行う必要性や妥当性が薄れてきている事業や本来市民・地域自らが行うべき事業、また市民の自主的な活動に委ねることが適当と判断される事業については市の事業を廃止、縮小し、あるいは市民活動に委ねていきます。

◆民間委託の推進・民間活力の導入

- ①公の施設の管理運営の見直し、指定管理者制度の導入による民間委託化を検討し推進します。
- ②行政と民間の役割を見直し、民間（市民・企業・NPOなど）に委ねることがよいものは積極的に民間に委ねます。

具体的には、

- 公共施設の指定管理者制度導入
- 介護保険や保健福祉分野への民間活力の参入・支援・連携
 - ・特別養護老人ホーム等
 - ・私立保育園
 - ・病児・病後児保育施設
- 民間人の健康福祉部への登用
- NPO等への事業の委託検討と実施
- 高齢者や地域の人材発掘と、活用システム化
- 行政アドバイザー（福祉部門）制度の活用
- 保健・医療・福祉顧問制度の活用

◆市民サービスの向上の推進

- ①常に市民の目線で良質なサービスを迅速に提供します。
- ②窓口サービスの充実に努めます。

10 地区社協のリニューアルの必要性 →小地域福祉活動推進委員会より
地域の住民が安心して暮らし続けることができるまちづくりを進めていくためには、そこに暮らす皆さん自らが自分たちの課題を把握し、望ましい地域のあり方を考えていくことが大切です。10地区や99の区・自治会は、その地理的な特徴や社会資源、歴史的な背景など様々な要因によって生活課題も異なります。地域福祉をより推進していくため、住民生活に最も身近な地区や区・自治会での総合的な地域福祉の推進を展開していく必要があります。

活動の方向は、「福祉でまちづくり」

～『人にやさしくお互いに支えあうまち、住んでよかった茅野市』～

茅野市社会福祉協議会が取り組んできた「ふれあいのまちづくり事業」とは、コミュニティ活動の活性化と福祉コミュニティの形成という2つの目標がありました。前者のコミュニティ活動の活性化は、今後、地区コミュニティセンター構想に引き継がれます。ボランティア・市民活動をはじめ、地域のなかでの福祉・環境・教育といったさまざまな活動をより総合的に推進していくことになるでしょう。

後者の福祉コミュニティの形成の部分は、社会福祉協議会がしっかりと担う必要があります。福祉コミュニティの形成とは、何らかの支援を必要とする人を、地域のなかから排除するのではなく、その人らしい生活が送れるように地域でともに支えあうことができるコミュニティをつくりあげていくことです。そのためには一人ひとりの生活支援をしていくことはもとより、地域のなかで支えあいができる環境整備や意識を高めていく働きかけが必要になります。「福祉の問題なら、行政がやってくれるだろう」という声も出そうですが、行政が何でもするわけにはいきません。

もちろん、民間事業者も含めて、多岐にわたって保健福祉サービスが提供されていますが、市民のニーズ（要望）は、複雑多様化しています。昔のように一律のサービスの提供だけでは対応しきれなくなっています。それに、住民の日常生活に密着したところでの「ちょっとした見守り」や「ちょっとした助け合い」は行政などのサービスになじみません。

行政に任せるべき部分は行政に任せ、民間事業者に任せるべき部分は民間事業者任せ、住民が担うべき部分は住民が担うという役割分担が必要です。たとえ、ささやかな応援でも、ともに支えあって、福祉の課題を抱える住民も住んでよかった茅野市にしていくこと、これが地区社協のめざす「福祉でまちづくり」ではないでしょうか。

「福祉でまちづくり」を推進するために

- 地域福祉の推進は、「住民の参加」が必要不可欠です。住民が主体となって、地域での福祉活動を進めるにしても、各種団体の横のつながりと市民団体の縦のつながりが有機的に連携したネットワークの構築がなければ、福祉課題を解決することはできません。
- 行政や民間事業者がどんなにすばらしい施策やサービス提供の仕組みをつくっても、市民がそれを使いこなせなければ、地域での福祉課題は解決しません。地域で起こる個別的な福祉課題を、そこで暮らす人たちすべての課題として取り上げたり、行政に繋げたり、地域だからこそできる福祉活動を創り出すシステムが必要となってきます。

- 地域には、さまざまな場面でボランティア活動をしている人がたくさんいます。また、これからボランティア活動してみたいと考えている人たちもたくさんいます。これらの人的資源や社会資源を掘り起こして、地域の福祉活動に参加できる場づくりを進めるシステムが必要です。
- 具体的な地域福祉の実践は区・自治会（５層）での推進が主体となり、地区（４層）の地区社協が応援することが必要となってきます。

小地域福祉推進に向けて

1 「もっとも身近な小地域で、お互い様のシステム化」

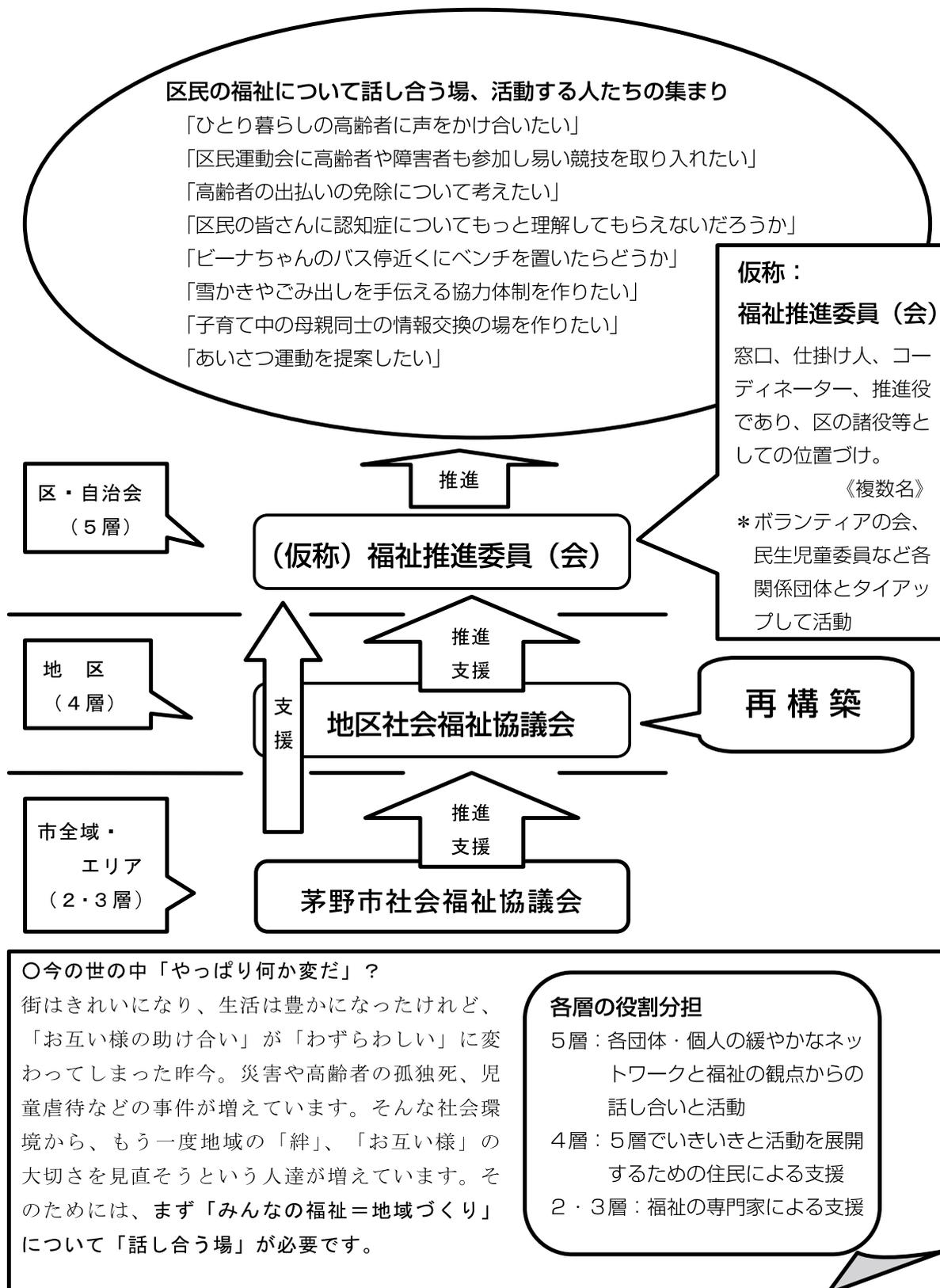
これからの小地域福祉は、直接そこに住む住民が中心となって、一人ひとり誰もがいつでも活動を進められるよう、10地区（４層）の地区社協の支援の基で区・自治会（５層）レベルの福祉活動に取り組むことが必要です。そこでは、福祉活動に関わっている人たちがネットワークをつくり、在宅生活を応援していくことや身近な生活課題を解決するための方策が必要になります。つまり、住民一人ひとりが、身近な地域で、支えあいとたすけあいの仕組みづくりを考え実践していくことが大切です。

そのためには、区・自治会（５層）のなかで地域福祉のことを考える「仮称：福祉推進委員（会）」を区行政組織のなかに設置し、区行政と地域のボランティアをつなぎながら推進することが必要です。この「仮称：福祉推進委員（会）」は、組織のための委員ではありません。つまり「組織ありき」ではなく、「住民ニーズありき」で地域福祉の推進を図る「人（会）」になるでしょう。

今後、「福祉で地域づくり」をより一層推進するため、区・自治会（５層）での地域福祉の推進をどうするのか、推進のためのキーパーソンをどうするのか。また、住民一人ひとりができること、区・自治会としてできること、地区コミュニティセンターに期待すること、保健福祉サービスセンターに期待すること、茅野市社協が応援すること、10地区（４層）の地区社協が区・自治会（５層）の福祉を支えていくために何をすべきか。みんなで考え、それぞれの役割分担を整理し、創意と工夫を凝らし、協働しながら実践していくことが大切です。

◆次ページ「一人ひとりのニーズに応え、みんなの生活課題を解決するために」を参照してください。

◆ 一人ひとりのニーズに応え、みんなの生活課題を解決するために



2 『網羅型の地区社協から実践する地区社協へ』

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。

◆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々の課題ではなく、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のではないのでしょうか。

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かうと考えています。

◆構成メンバー（案）

ボランティア活動者
民生児童委員
高齢者クラブ
身体障害者福祉協会
保健補導員
NPO法人
当事者（障害者、在宅介護者など）
（仮称）福祉推進委員（会）
区長
公民館
日赤奉仕団
子ども関係団体など
地域福祉活動に関心のある市民

11 まちづくりへの住民参画のあり方検討の必要性 →策定委員会より
「福祉でまちづくり」を積極的に推進するため、市民活動団体の活性化・市民参画のあり方等を再検討する必要があります。新しい市民層をこの機会にどのようにして巻き込んでいくのか、市民の世代交代等も含めて次のステージに市民の関わりも変わらなければならない。そういう仕掛けをどう作っていくかの検討を要します。

◎「いきいきサロン」は地域福祉の切り札

茅野市の「いきいきサロン」は、ボランティアグループ主体により、在宅の高齢者や障害者が気楽に集える場、閉じこもりや認知症予防の場、子育て支援の場などとして、市内で開催（2004年74箇所347回）されています。これは、行政区の公民館や個人宅・空き家を拠点として、身近な地域での助け合い・支えあい活動の展開や仕組みづくり、福祉コミュニティの形成等大きな役割を担っています。

地域を活性化していくには、いきいきサロンの活動が必要不可欠なのです。現在、そこに関わるボランティアは女性の皆さんが多くを占めているため、活動の展開に限界が出ています。今後、在宅元気組などの男性の参加があれば活動の範囲も広がり、サロンの活性化、地域の活性化、さらには、高齢者の地域貢献などの施策化につながるのではないかと考えます。

◎地域で認知される活動・システムづくりを

これからの小地域での福祉活動は、直接そこに住む住民が中心となって、一人ひとり誰もがいつでも活動を進められるよう、区・自治会（5層）レベルの福祉活動に取り組むことが必要です。そこでは、福祉活動に関わっている人たちがネットワークをつくり、在宅生活を応援していくことや身近な生活課題を解決するための方策が必要になります。つまり、住民一人ひとりが、身近な地域で支えあいとたすけあいの仕組みづくりを考え実践していくことが大切です。

そのためには、福祉21茅野の「小地域福祉活動推進委員会」が提言しています「仮称：福祉推進委員（会）」が、区行政の中に配置され、区と地域のボランティアをつなぎながら小地域福祉の推進を図ることが必要です。区や自治会において、ボランティアや各種サークルが認知されることによって、小地域での福祉活動も活性化してくるものと確信します。直面している地域福祉の課題に対し、小地域でのボランティアの広がり福祉コミュニティの形成は密接な関係にあります。今後も、ボランティア活動に老若男女誰でも多くの市民が参画できるような仕組みを考え、「福祉でまちづくり」をより推進することが必要ではないでしょうか。

◎私たち市民が主体となってまちづくりを

茅野市では、2005年4月から「パートナーシップのまちづくりの第2ステージ」と位置づけ、地域コミュニティ活動の推進に向けてスタートしました。新たな、地域の課題や住民ニーズへの対応は、行政だけにお任せするわけにはいきません。「自助」「共助」「公助」、私たち市民が主体的に参画することにより、お互いが主体となって役割を担い合い、支えあいながら、まちを創っていくことが必要ではないでしょうか。