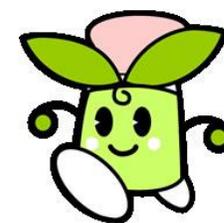


生駒市における短期集中Cの取り組み



生駒市高齢施策課
課長補佐 田中明美



1. 生駒市の概況

基本情報 (H27.4.1)	
人口	120,893人
第1号被保険者数	30,282人
65～74歳	17,783人
75歳以上	12,499人
高齢化率	25.05%
ひとり暮らし高齢者数	3,351人

要介護認定者数 (第1号被保険者)

要支援1	534人
要支援2	751人
要介護1	920人
要介護2	910人
要介護3	608人
要介護4	579人
要介護5	435人
計	4,737人
認定率	15.34%

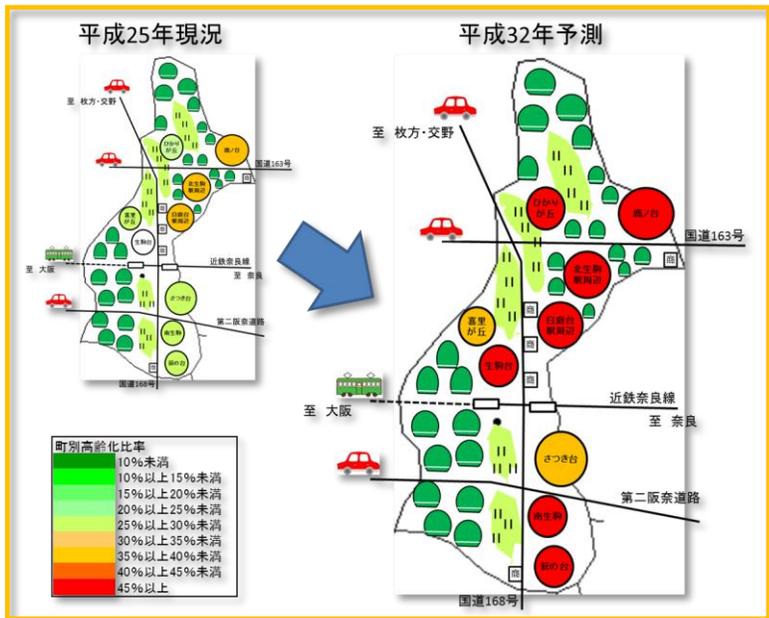
要介護認定者数の推移 (第1号被保険者)

年度	要介護認定率(%)
H25年	15.89
H26年	15.73
H27年	15.34

各年 10月31日現在

※日常生活圏域は10圏域
⇒ 地域包括支援センターは6箇所設置(委託)

→ 平成32年度における
生駒市の高齢者マップ



坂道の様子
高齢者にとっ
てはきつい!



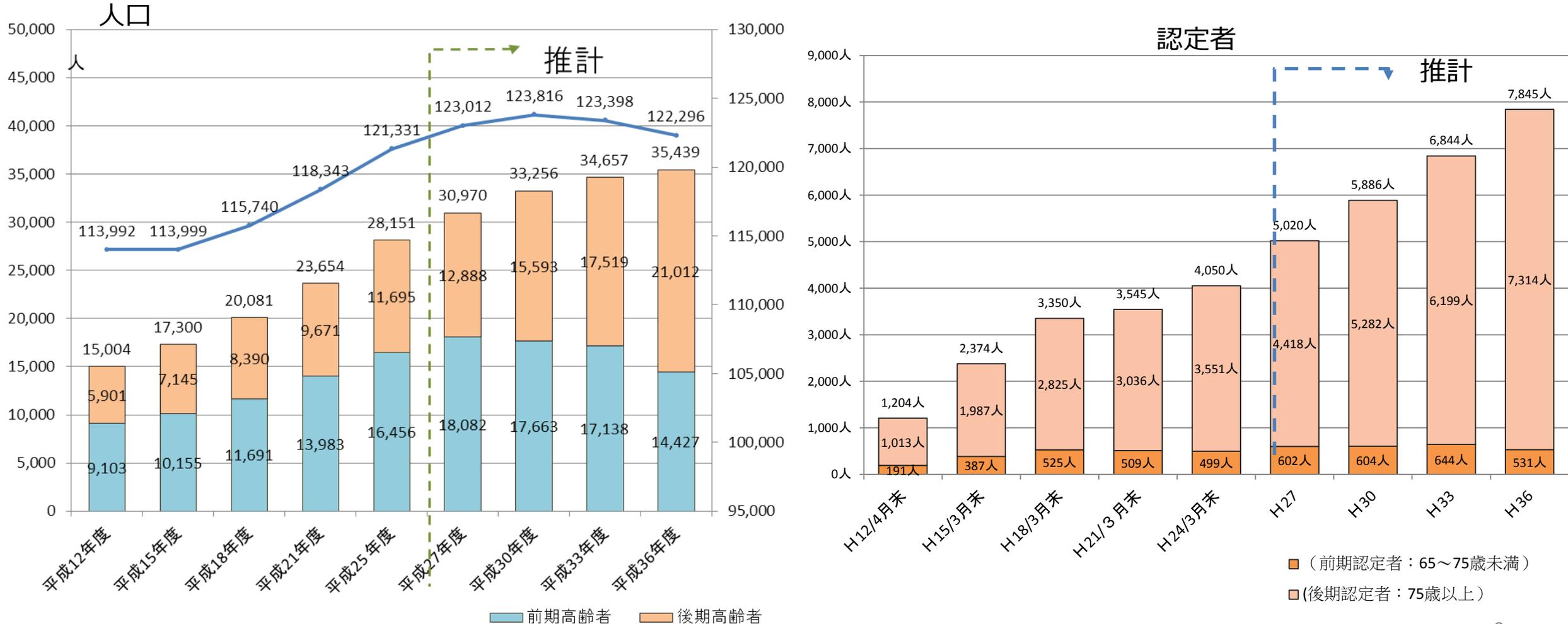
<生駒市特徴>

- ・奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.15 km²。
- ・江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、栄える。
- ・大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。



2. 生駒市の現状（高齢者に焦点をあてて）生駒市の人口・認定者の現状と推計

2025年（平成37年）には団塊の世代が75歳を迎え、全国的にも75歳以上人口の伸び率は高くなっていきます。生駒市では2025年にかけて75歳以上人口が、全国平均を上回る伸び率で急速に増加する見込みです。



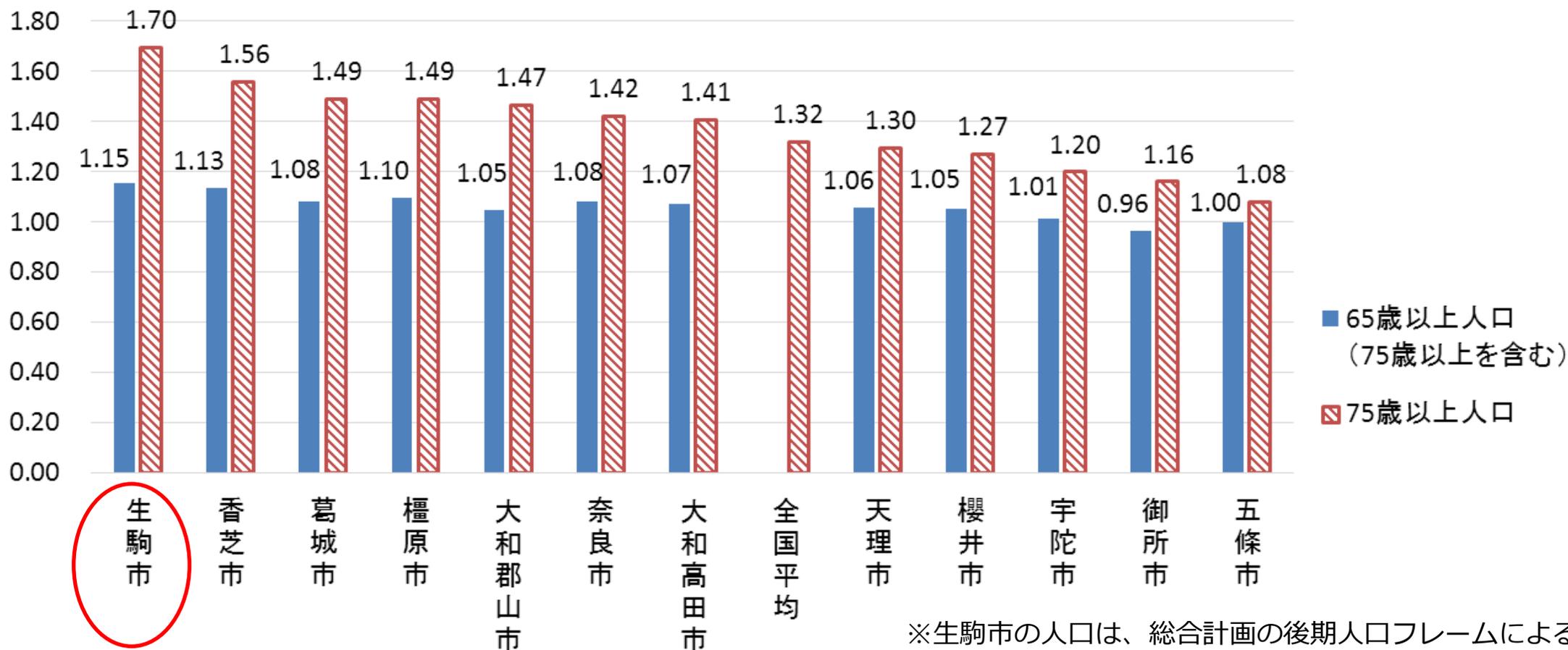
※平成27年度以降は各年10月1日の推計値、介護保険運営協議会予防部会資料より抜粋

3. 2025年(平成37年)にかけて、75歳以上人口の伸び率は急速に増加

図表5 2015年から2025年にかけて県内12市における75歳以上人口の伸び率の比較



・奈良県内、全国平均と比較しても伸び率はトップ！



※生駒市の人口は、総合計画の後期人口フレームによる
※生駒市以外の人口は、国立社会保障人口問題研究所の推計人口による

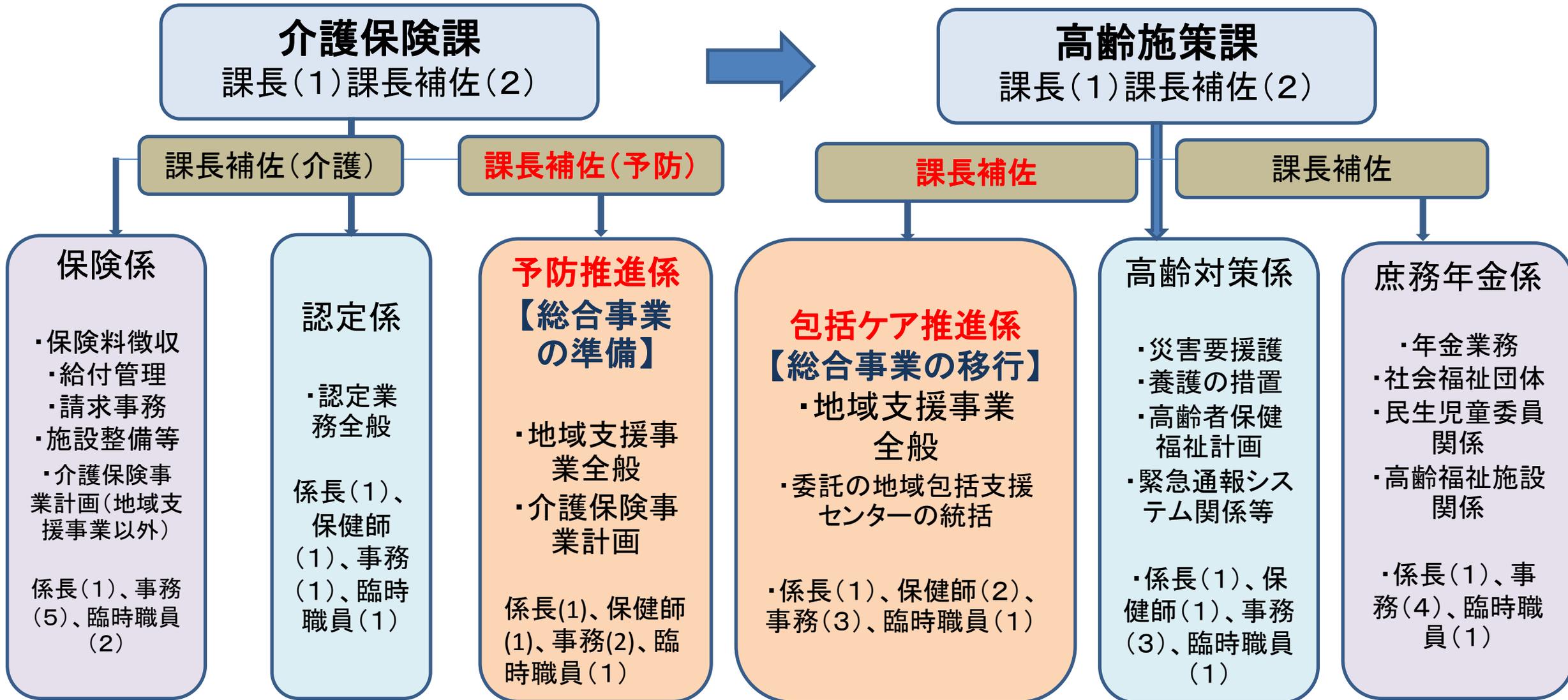
4. 生駒市の課題のまとめ

- ◆ 2025年までの10年間に後期高齢者の伸びが1.7倍（全国1.32倍）
⇒ 介護予防の更なる推進や地域づくりの幅広い展開を早急に行うことが必須！
- ◆ 坂道が多く、膝・腰を痛めると外出困難な地形
一旦、不具合を生じると閉じこもらざるえない悪循環な日々が軽度認定者を増加
⇒ 短期集中予防サービスによる自立に導く支援の拡充が必要！
- ◆ 介護保険サービスの利用を始めると周囲は安心し、疎遠になりがち
⇒ サービスや事業の利用を始めても地域とつながる安心感が持てる地域づくりの推進！
- ◆ 要介護認定を受けた後も介入次第で元気高齢者に戻れる人が一定数存在
⇒ このことについて幅広く関係者や市民に周知・啓発し、健康長寿のまちづくりを推進！
- ◆ 元気高齢者が虚弱高齢者を支える仕組みづくりの構築
⇒ 集中Cのサービスで叶える両循環の構図！

5. 生駒市における人員体制

平成26年度(総合事業の導入前:準備期)

平成27年度(総合事業の開始以降)



6. 新しい総合事業に向けた準備

市町村介護予防強化推進事業(国のモデル事業) (平成24年10月～26年3月末)に参加

軽度認定者向けの「**自立支援**」に向けた事業や地域ケア会議の在り方や虚弱高齢者向けの「**居場所づくり**」の検討をモデル圏域で展開



1年半かけて事業の検証



平成26年度 介護予防事業や任意事業等に振り分け
全市で更に検証



平成27年4月より、**総合事業**のメニューに反映



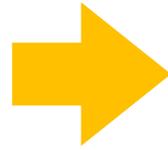
①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちよう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

7. モデル事業での検討

～新しいサービスを創出できるかを検討～

【デイ・ヘルパー利用目的】

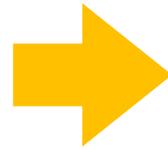
利用者の大半が、人との交流を求めるなど、交流や社会参加のニーズが高い。



【新しいサービスの検討】

送迎の問題をクリアできれば、デイサービスへ移行しなくても地域の通いの場を活用することで社会参加や交流ができるのではないかと？

自宅での入浴が不安、または困難という理由から、サービス利用を希望する家族が多い。



入浴できる動作改善や環境の整備が出来れば、自宅での入浴が可能になるのではないかと？それが可能になるサービスを作ればいいのではないかと？

膝や腰を痛めて、外出が困難となり、買物や掃除が不自由になったという理由から、サービス利用を希望する割合が高い。身体介護を必要とする人は要支援認定者では少なく、健康な家族が同居していたら、サービス利用は不要。



訪問介護員というプロでなくても、家族に代わる人がいたら、家事等の生活支援サービスは届けられるのではないかと？提供できる人を新たに創出すればいいのではないかと？

**必要度と
代替案の検証**

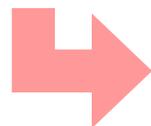
8. 総合事業に向け、新しく整理した事業

①【集中介入期：パワーアップPLUS教室】

健康管理や痛みのコントロール・外出意欲や生活機能の評価を行いながら、生活機能を向上し、活動・参加意欲を高め、各自に適応した居場所を参加者と共に探り、地域での活動の定着を目標に教室を展開。（理学療法士・作業療法士・保健師・看護師・運動実践指導者・介護職などの多職種と高齢者のボランティアとのコラボレーション）

「通所型」と「訪問型」のセット事業

* 自宅と自宅周辺的环境も精査した上で、行動範囲が拡大できるメニューの考案がポイント！



②【移行期：転倒予防教室&パワーアップ教室】

理学療法士が中心となり、運動実践指導者と共に、①で活動性を上げ卒業してきた人の「地域移行の場」として、その体力を維持・向上するための転倒予防教室と口腔・栄養・運動の複合型プログラムを提供するパワーアップ教室の2種類がある。

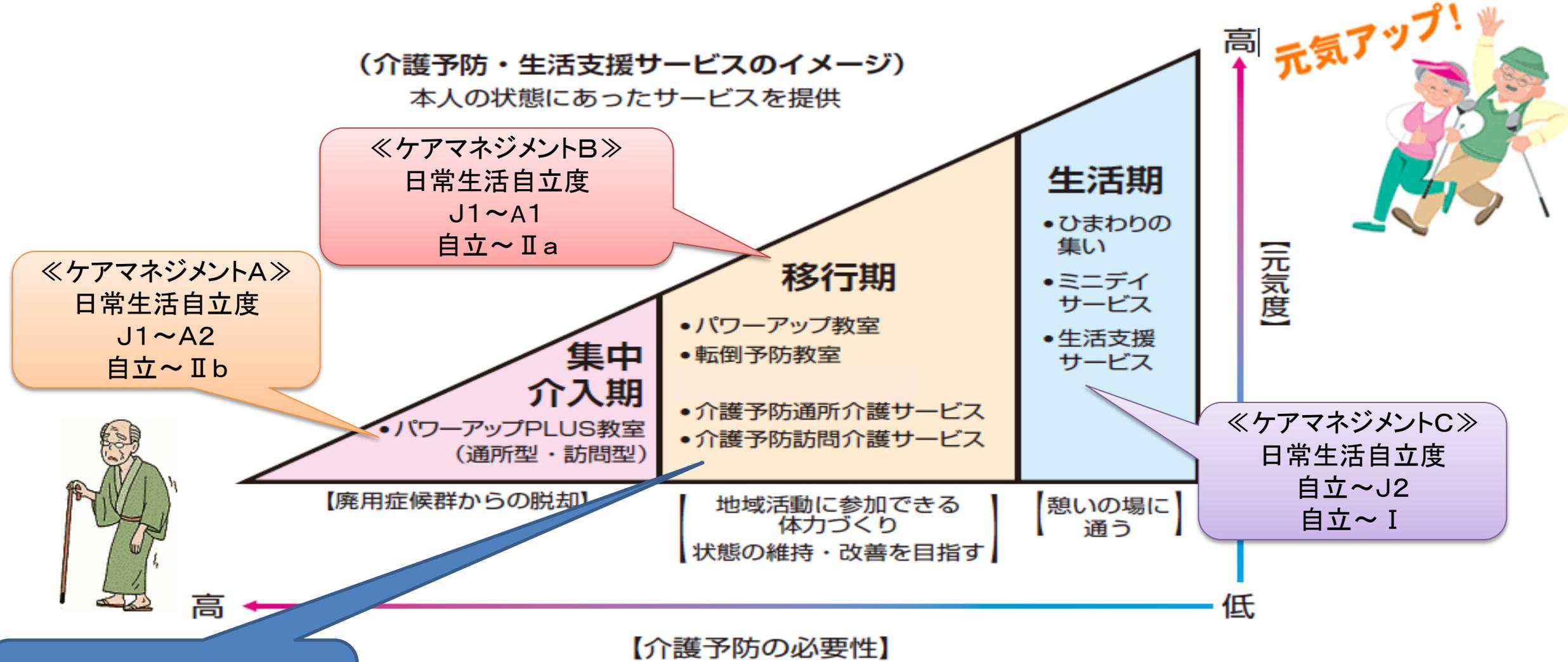
③【生活支援サービス】

シルバー人材センターに市の一定の研修を行った上で、家事支援を中心とした生活支援サービスの提供を委託して実施。同世代の支援者は話が合うと好評。

④【ひまわりの集い】

集中介入期や移行期からの事業を卒業した高齢者の居場所の1つとして、生駒市健康づくり推進員連絡協議会に依頼をし、会食やレクリエーション中心のミニデイサービスを委託して実施。

9. 生駒市の総合事業体系図 & 対象者のイメージ図



介護予防通所介護と介護予防訪問介護サービスは、ケアマネジメントAとして展開

(注1) 過度の安静や活動性が低下したことによりおこる身体の状態。
主な症状の例: 関節の拘縮や筋力低下、心肺機能低下、うつ状態など

10. 総合事業の紹介(介護予防・生活支援サービス)

【元気な高齢者が虚弱な高齢者を支える仕組み作り】

～多様なサービス～



①地域ケア会議(Ⅰ)



②パワーアップPLUS
(通所)



②パワーアップPLUS
(訪問)



③パワーアップ教室



④転倒予防教室



⑤会食サロン
ひまわりの集い



⑥生活支援サービス

11. 総合事業の紹介(一般介護予防事業)

【元気な高齢者が虚弱な高齢者を支える仕組みづくり】

集中Cの卒業後の受け皿として定着!



体操教室(元気高齢者がサポーターとして教室運営に協力)



機能訓練教室「わくわく教室」
(元気高齢者が教室運営)



脳の若返り教室(元気高齢者がサポーターとして教室運営に協力)



サロン
(元気高齢者がサロンを運営)



コグニサイズ(元気高齢者がサポーターとして教室運営に協力)

平成28年度は、介護予防・生活支援サポーター養成講座終了後のOBが、「コグニサイズ」を住民主体で実施できるよう人材育成中。多様なサービスで実施中のひまわりの集いも地域展開を既存ボランティアとコラボして実施を予定。

12. 平成27年度 介護予防・生活支援サービス 事業名	対象実人数 (実人数 見込)	予 算 (千円)	備 考
①地域ケア会議(自立支援型)	90人	744	多職種協働の専門職の謝礼分(月1開催・48回分の費用)
②パワーアップPLUS教室 ⇒集中C(通所型)	90人	11,472	理学療法士・作業療法士・看護師・運動実践指導者、介護福祉士等の専門職の人件費、車両・ガソリン・運転手代、事務費等
②パワーアップPLUS教室 ⇒集中C(訪問型)	90人	1,136	週に1回(3件) で予算化。年間48回延べ144名の対応を実施。セラピストの人件費及び保険料
③パワーアップ教室 ⇒集中C(通所型)	252人	18,414	週に1回送迎付きの口腔・栄養・運動の複合プログラムを実施。看護師、運動実践指導者、歯科衛生士、栄養士等の人件費
④転倒予防教室 ⇒集中C(通所型)	42人	1,360	週に1回、送迎無。理学療法士や運動実践指導者の人件費や消耗品等
⑤ひまわりの集い ⇒緩和B(通いの場)	60人	2,689	週に1回の教室と隔週1回の教室で、レクリエーションや会食が中心。活動費一人あたり1回1,400円と研修費・消耗品等
⑥生活支援サービス ⇒緩和B(訪問サービス)	110人	5,491	シルバー人材センターに生活支援サービスを委託。交通費込で1時間1,000円を担い手に、他、事務費200円をシルバー。
⑦現行相当 ⇒通所型(デイサービス)	2,652人 (延べ)	70,923	
⑧現行相当 ⇒訪問型(訪問介護)	2,424人 (延べ)	34,346	

13. 介護予防・生活支援サービス利用者について

要支援認定者数 1,285人

サービス未利用者 469人

現行相当サービス利用者

- ・デイサービス: 245人
- ・訪問介護: 216人

介護予防・生活支援
サービス利用者

- ・パワーアップPLUS教室: 51人(3M卒業30人)
- ・パワーアップ教室: 134人(3M卒業95人)
- ・転倒予防教室: 26人(3M卒業18人)
- ・ひまわりの集い: 56人
- ・生活支援サービス: 20人

事業対象者数
⇒191人

○介護予防支援件数 340件
○第1号介護予防ケア
マネジメント件数 476件
合計 816件

14. 集中介入期の「短期集中予防サービス(パワーアップPLUS教室)」の流れ

目的

日常生活に支障がある要支援者等の生活機能の低下要因を探り、ADLやIADL、健康管理、日常生活、移動や活動等を評価し、個人・環境因子を明確にする中で、多職種が協同し個々人に必要な支援を模索し、個別具体的な目標と支援内容・役割分担を明確化し、自立を促す支援を図る。

Step1 事業対象者のピックアップ(各地域包括支援センターがサービス利用が好ましい候補者を選定⇒一次アセスメント)

Step2 通所・訪問事業担当者が事前訪問(二次アセスメントの実施)

Step3 初回 地域ケア会議 (サービス内容・支援方針・目標の妥当性を検討)

Step4 モニタリング
中間 地域ケア会議
心身の状態像に応じて目標や支援内容のすり合わせ

予防サービス(通所と訪問を組み合わせる実施)

通所C
社協等に委託



訪問C
市が直営で実施

ポイント

本人の「〇〇を再開したい。」
「〇〇ができるようになりたい。」
* 主体的な目標を掲げられるよう側面的な支援を行うことが重要!

Step5 終了前 地域ケア会議 (最終の出口の検討)

ボランティア・体操教室・食事会・サロン・自主学習等への参加や趣味の再開など

“卒業”後は、ボランティアOR住民運営の“居場所”に移行

15. 集中介入期に必要なリハ職活用に関する流れ



リハ職を探すところからスタート

地域リハへの理解と関心が高いセラピストの関与を求め、県内の回復期リハ病院に協力依頼
⇒効果的・効率的な事業展開を市・包括・事業者・セラピストと共に検討

教室内での工夫

セラピストが前面に出ない。あくまでも黒子スタイル。リハ依存者を生まない工夫。高齢者ボランティアを全面的に活用することで、新たな参加者の不安を軽減する役割を担う⇒ピアカウンセリングを期待！プロとアマのコラボ事業としての運営スタイルが特徴。

リハ職への引き継ぎ ～療法士マニュアルの作成と現場での引き継ぎ～

理学療法士や作業療法士が中心となり、生駒市内の病院リハ職に事業を引き継ぐことができるよう、事業運営マニュアルを作成。半年、現場を共にして事業を丁寧に県内リハから市内リハに伝達し、事業の継承を図る。

地域包括ケアの構築を目指して

県内セラピストから市内セラピストに教室の担い手を移行し、急性期リハ病院のセラピスト及び回復期リハ病院のセラピストに関与いただいているため、生駒市における急性期リハ・回復期リハ・地域リハの一連の流れができ、地域に帰る「高齢者を支えるリハ」を深く病院リハスタッフに理解してもらえるようになった。

16. サービス内容の工夫（集中C：通所型）



1. 教室制へのこだわり

デイサービスは随時、必要な人がエントリーしてくる流れで、既存の仲間に入っていくには勇気が必要。短期集中予防サービスでは、開始時期と終了時期を定め、教室制にすることにより、仲間意識が生まれやすく、卒業後の付き合いを含め馴染みの関係性が後の生活行動の拡大につながりやすいメリットがある。教室継続希望依存者を生まないためにも同じ時期に「入学・卒業」を明確化する動悸づけを行うメリットは大きい。

2. 卒業生がボランティア（担い手に代わるメリット）

卒業生のボランティアは、マシン活用時や卒業に関する不安などを既に体験している先輩であるため、新しい参加者の不安や期待感などが想像でき、分かち合える気持ちがピアカウンセリングの役割を果たしている。また、マシンの設定や準備・片づけを行う中で、ボランティア自身の身体機能を更に高め、介護予防につながっており、相乗効果が生まれている。

3. 役割分担の明確化

セラピストは痛みや可動域、運動量や認知面の評価や個別プログラムの提案と最終の出口の査定。看護師は、体調管理を含めたリスクアセスメントとメンタルフォローの実施。運動実践指導者は準備運動や整理運動、セラバンド等の指導。管理者は、全体のマネジメントを実施。ボランティアは全体の準備や水分補給の促し、マシン設定とRPE等の聞き取りと普段の生活の変化を会話から聴取。

17. サービス内容の工夫（集中C：訪問型）



1. 自宅内・自宅周囲の動作及び環境評価

自宅内での動作確認後に不具合があれば、道具の工夫で自ら家事を行うことができないか？入浴補助具等を活用することで安心して一人でお風呂に入ることができないか？或いは筋力アップにより、不安なく浴槽を跨げるようにならないか？近隣の坂やバス停までの距離等を勘案し、歩行能力アップをどの程度上げることができるだろうか？「できない」ことを「できるようにする」ための心身の機能と環境評価を行い必要な支援を提案。

2. 通所型と訪問型の事業連動が鍵！

訪問型で確認した不具合のある動作を「できるようにするため」、通所型でも入浴の「跨ぎ」に必要な動作練習や、バスの乗り降りに必要な段差の昇降練習など個別プログラムを導入。通所型でアップした機能が、自宅での日常生活にうまく反映されるように、「できそう」になった動作を訪問型にて「できるようになった」と本人と共に確認。「できるようになった」後も、その状況を通所型で確認しながら、日常生活の中に定着化できるようにフォロー。最終的には、本人の活動・参加が継続できる居場所等につなぐ（つなぎきることを重要視！）

3. 役割分担の明確化

セラピストは、本人がし辛さを感じている動作や環境を専門的視点で評価。改善するための動作指導・機能訓練、環境調整を考案し、支援。通所型と訪問型のセラピスト間同士の情報伝達・共有は必須。市保健師は、目標の達成に向け、通所型と訪問型全体の進捗状況を確認しながら、双方がうまく連動するように全体を調整。他、本人への保健指導や家族支援を実施。包括担当者は、本人の状態・気持ちに寄り添いバックアップしながら、ケアプランのモニタリングを行い、卒業後の生活をイメージしながらコーディネート。

地域包括ケアシステムへの実現

18. 生駒市における地域ケア会議の構成

政策形成
社会基盤整備・介護保険事業計画等の
行政計画への位置づけなど

地域づくり・資源開発の検討

地域課題の発見・把握

地域ケア会議Ⅱ

個別レベル

地域包括支援センター

地域ケア会議Ⅲ

日常生活圏域レベル

地域包括支援センター

地域ケア会議Ⅳ

日常生活圏域レベル
(自治体レベル)

地域包括支援センター

地域包括支援ネットワーク

地域ケア会議Ⅰ

市町村レベル
保険者

個別レベル

支援困難ケースの
解決

日常生活圏域レベル

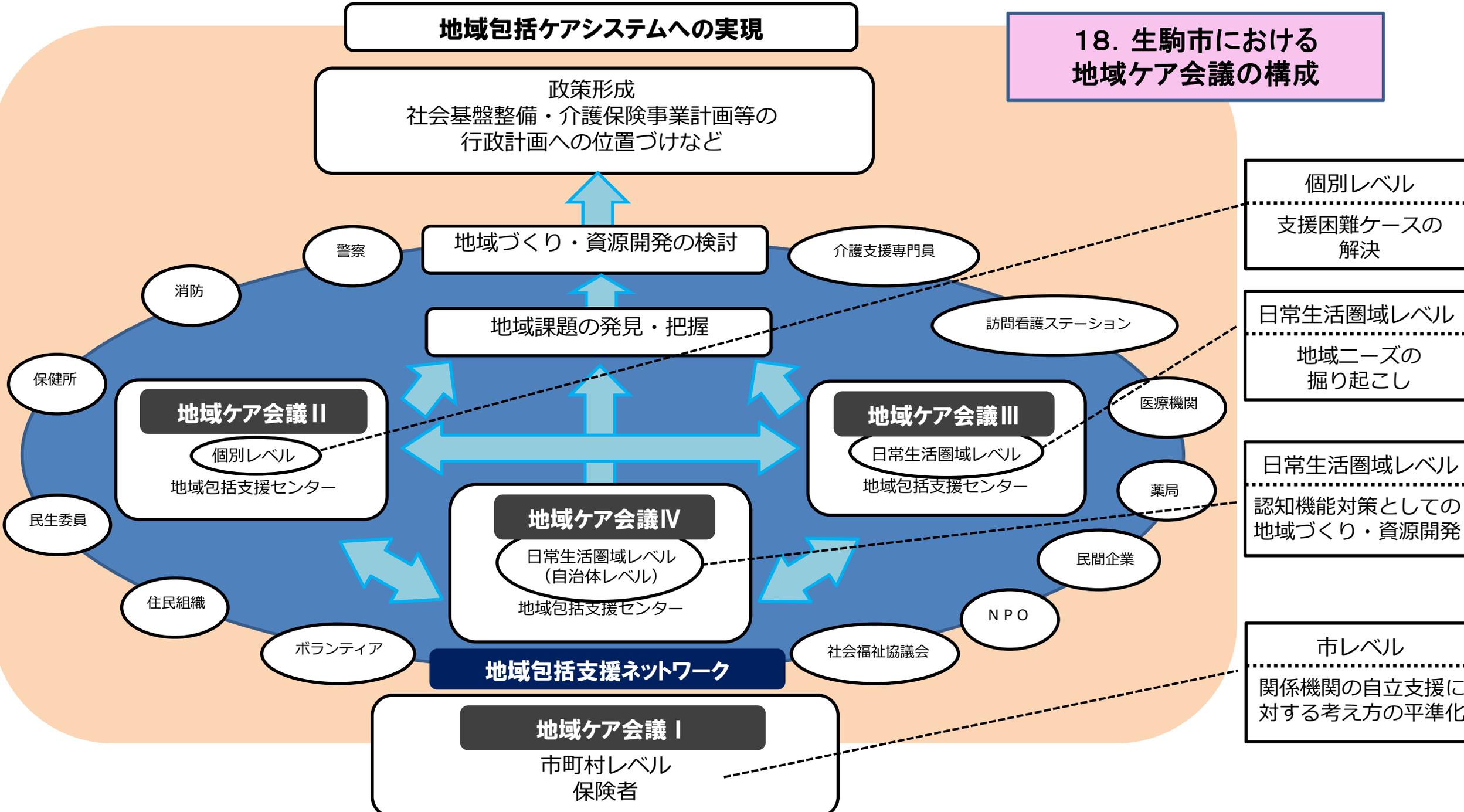
地域ニーズの
掘り起こし

日常生活圏域レベル

認知機能対策としての
地域づくり・資源開発

市レベル

関係機関の自立支援に
対する考え方の平準化



19. 生駒市における地域ケア会議の概要

「課題を解決する方法のひとつとして「地域ケア会議」を活用」

パワーアップPLUS教室に
「地域ケア会議Ⅰ」は必須！
関係者のスキルアップ⇒利
用者の自立支援！

レベル	会議名	会議の概要・特徴	主催者・進行役	参加者	事例選定	開催時期
市	地域ケア会議Ⅰ	生駒市における自立支援の方法論の構築を目的とした検討	市(保険者)	市(保険者) 地域包括支援センター サービス提供事業所 リハ職(PT/OT)、Ns 歯科衛生士、管理栄養士、 運動指導者 医師(書面)	【総合事業利用者が中心】 ○「集中介入期」の事業参加者を毎月25事例程度 ○「移行期」の事業参加者を隔月50事例程度	【定例】 * 集中介入期 (初回・中間時点・終了時開催) * 移行期 (初回・終了前開催)
日常生活圏域	地域ケア会議Ⅳ	認知症についての知識の周知、課題の検討を通じ、認知症の方や家族を排除しないまちづくりを推進	市(保険者) 地域包括支援センター	市(保険者) 地域包括支援センター 自治会、民生委員、警察等	総合相談や包括的・継続的ケアマネジメントにおいて、認知症などによる苦情や、地域で実働するケアマネジャーより相談があがったケース等	非定例 (随時開催)
	地域ケア会議Ⅲ	地域住民と集まり、地域の実情やニーズを掘り起こす	地域包括支援センター	地域包括支援センター 民生委員等 その他関係機関・関係者	「地域支援体制整備」において、地域包括支援センター職員が地域に赴き、その地区の住民と直接話し合う場を設定し、地域の状況把握に努めており、その中で、明らかになった地域の課題を選定	非定例 (随時開催)
個別	地域ケア会議Ⅱ	支援困難ケースの課題解決、地域の支援体制の構築	地域包括支援センター ※進行は、担当ケアマネが担う場合あり。	地域包括支援センター ケアマネジャー 必要に応じ、市(保険者)、 医師、弁護士	生活圏域ごとに行っている支援困難ケースの事象に関し、地域住民や警察、ケアマネからの相談があったものについて、関係者と話し合いを重ねながら、支援方針を定めていく必要性のあるケース	非定例 (随時開催)

20. 地域ケア会議の活用（事例紹介 Hさん・83歳・男性）

① 【初回会議】

★具体的な生活目標の設定とそれを叶えるために必要な取り組みの明確化

病名：アルツハイマー型認知症・前立腺がん、（事業対象者）

課題：妻を亡くしたことによる喪失感から鬱症状が強くなり、認知機能及び意欲の低下が進行。他者との交流を図り、喪失感にとらわれる時間が低減していき、自身や他者への関心が高まり、新たな役割を模索し、再獲得することが課題

目標：パワーアップPLUS教室（集中C）でボランティアができるようになる。



② 【中間会議】

★モニタリングの上、①で立てた目標、計画の再検討・修正、残された課題の明確化とその解決策の検討

教室への参加を楽しみにされるようになってはいるが、ボランティアの役割獲得への動機づけには至っておらず、家族や主治医への働きかけをまず行い、本人へのアプローチの方法として、先輩ボランティアに協力願い、「共にボランティア活動しよう」と適切な時期に誘っていただくことに！



③ 【終了前会議】

★終了後（卒業後）の生活の具体的な支援方針の検討・確認

終了前1カ月の訪問型で、自力でバス利用して教室への通所が可能なことを確認。5ヵ月継続参加したことにより、すっかり集中Cが居場所として定着。ボランティアという言葉に抵抗があるため、「ここに遊びに来てよ」の言葉で統一し、卒後の通いの場として「できる」ことから始めてもらう形で終了。

2 1. 地域ケア会議の活用（事例紹介 Fさん・78歳・女性）

①【初回会議】

★具体的な生活目標の設定とそれを叶えるために必要な取り組みの明確化

病名：両末期変形性膝関節症、高血圧症（要支援1）ヘルパー週に1回（風呂・トイレ・床掃除）
まごころ収集利用（ゴミの収集）

課題：全人工膝関節術後、廃用性の下肢筋力低下が進行。石段40ある玄関から外へのアプローチが困難で全身の体力及び意欲の低下

目標：パワーアップPLUS教室のボランティアを行うことができるようになる。



家事援助

②【中間会議】

★モニタリングの上、①で立てた目標、計画の再検討・修正、残された課題の明確化とその解決策の検討
セルフケアも真面目に取り組む、徐々に筋力・体力の向上を実感。訪問型Cにおいて家事支援の具体的な方法をヘルパーにも助言、本人にも道具を使って行える家事動作を指導したことにより、徐々に自身でできる範囲を拡大。終了に向け、移行期の「転倒予防教室」を検討中。その後、体力に自信がついてきたらパワーアップPLUS教室でのボランティアを考慮。

③【終了前会議】

★終了後（卒業後）の生活の具体的な支援方針の検討・確認

自身で行える家事動作が拡大し、パワーアップPLUS教室終了月を持ってヘルパーサービス終了。

ヘルパー利用がなくなると「まごころ収集」が使えなくなるため、高齢施策課が環境事業課と協議し利用可。

*やりたいこと、したいと思えるものを共に探し、徐々に行動変容を図り定着陸できるよう意欲の喚起が重要！



2 2. 自立支援を目指した会議や研修会の開催



- 居宅介護支援事業者協会で開催
⇒総合事業の趣旨説明・総合事業における介護予防ケアマネジメント研修
- 通所C事業担当者向け研修会の開催
⇒自立支援を目指した動機づけ、支援方針、サービス内容の検討
- 地域包括支援センター内で事例検討
⇒意欲を高める支援の在り方、基本チェックリストから読み取る内容と補足するアセスメントの方法、家族支援を含めた動機づけの方法等
- 医療・介護連携会議
⇒アセスメントツール作成会議を通して、二次アセスメントツールの開発