

|                                    |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| 介護予防・日常生活支援総合事業の<br>充実に向けた検討会（第1回） | 構成員<br>提出<br>資料 |
| 令和5年4月10日                          |                 |

# 多様なサービス創出に向けて

生駒市役所 特命監 田中明美

# 生駒市の概況

- ◆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53.15km<sup>2</sup>。
- ◆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。
- ◆豊かな自然や歴史、伝統産業（茶せん）と最先端技術を備えた利便性の高い住宅都市



生駒市高山町  
日本の生産量90%以上



日本最古のケーブルカー



生駒聖天・宝山寺

# 総合事業推進に向けて

## 地域包括ケア推進課（課長1名、主幹兼係長1名、係長2名）

|               |                                         |
|---------------|-----------------------------------------|
| 基幹型地域包括支援センター | 保健師、主任ケアマネジャー、<br>社会福祉士（各1名）            |
| 予防推進係         | 事務職2名、保健師1名                             |
| 包括ケア推進係       | 事務職4名、保健師3名                             |
| 地域共生サミット推進室   | 室長(1名)、事務職1名<br>（*特命監総括1名<br>福祉健康部次長1名） |

## 業務内容

### 地域包括ケアの深化・推進を目指した取組を推進！ 地域支援事業全般

総合事業の推進、生活支援体制整備の促進、地域包括支援センターの統括、医療介護連携の促進（認知症部会のみを担当）、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、介護者家族への支援等、高齢者虐待防止に関する取組と対応、困難事例の対応、やむを得ない措置等の権限行使を含む

### 基本情報（R5.4.1）

|          |          |
|----------|----------|
| 人口       | 117,629人 |
| 第1号被保険者数 | 34,366人  |
| 65～74歳   | 15,468人  |
| 75歳以上    | 18,898人  |
| 高齢化率     | 29.2%    |

- \* 後期高齢者の急速な伸びとともに  
要介護認定率は微増傾向
- \* 年齢調整済認定率については、  
経年的に低減傾向

|      |        |
|------|--------|
| 要支援1 | 416人   |
| 要支援2 | 689人   |
| 要介護1 | 1,137人 |
| 要介護2 | 1,058人 |
| 要介護3 | 863人   |
| 要介護4 | 684人   |
| 要介護5 | 446人   |
| 計    | 5,293人 |
| 認定率  | 15.4%  |

令和5年1月  
\* 調整済認定率でない  
ことに留意

| 年度   | 調整済認定率（%） |
|------|-----------|
| H25年 | 17.8%     |
| 26年  | 18.0%     |
| 27年  | 16.8%     |
| 28年  | 16.1%     |
| 29年  | 15.5%     |
| 30年  | 15.0%     |
| R1年  | 14.7%     |
| R2年  | 14.3%     |
| R3年  | 14.1%     |

\* 見える化システム  
調整済認定率

# 介護予防・日常生活支援総合事業の充実・発展

平成  
27  
年度

## 介護予防・生活支援サービス事業

- パワーアップPLUS教室  
(通所C：1教室→4クール)
- パワーアップ教室 (通所C：3教室→9クール)
- 転倒予防教室 (通所C：1教室→4クール)
- ひまわりの集い (通所B：1教室)
- 従前相当介護予防通所介護
- 生活支援サービス (訪問B：委託1ヶ所)
- 従前相当介護予防訪問介護

## 一般介護予防事業

- わくわく教室 (9教室)
- のびのび教室 (9教室)
- 地域型のびのび教室 (23教室)
- 脳の若返り教室 (7教室)
- 高齢者サロン (40教室)
- いきいき百歳体操 (2教室)
- 地域リハビリテーション活動支援事業

住民主体の  
通いの場 (3軽)

手軽・気軽・身軽

178教室を  
目指すことを共有

戦略を変える

関係者全員で、先進地へ視察

担当課職員全員、地域包括支援センター全員、自治会長、民生委員、老人クラブ連合会等

令和  
4  
年度

- パワーアップPLUS教室  
(通所C：2教室→8クール)
- パワーアップ教室 (通所C：2教室→8クール)
- 転倒予防教室 (通所C：1教室→4クール)
- ひまわりの集い (通所B：2教室)
- 通所型サービスA (通所A：指定4ヶ所)
- 従前相当介護予防通所介護 (指定63ヶ所)
- 訪問型サービスA (訪問A：指定21ヶ所)
- 従前相当介護予防訪問介護 (指定63ヶ所)

- わくわく教室 (9教室)
- のびのび教室 (20教室)
- 地域型のびのび教室 (28教室)
- 脳の若返り教室 (6教室)
- 高齢者サロン (45教室)
- いきいき百歳教室 (103教室)
- コグニサイズ教室 (2教室)
- エイジレスエクササイズ教室 (2教室)
- 送迎付き一般介護予防教室 (4教室)
- 地域リハビリテーション活動支援事業 (拡充)

要支援 1・2 や二次予防事業対象者のADL・IADLの分析を実施し、  
総合事業の事業内容に反映できるよう検証

多様なサービスの創出に向けて、地域包括支援センターが  
ケアプランの分析を行い、必要な事業や総合事業への移行割合を算定

総合事業に関する事業対象者の選定にかかる  
窓口でのふり分けの実施

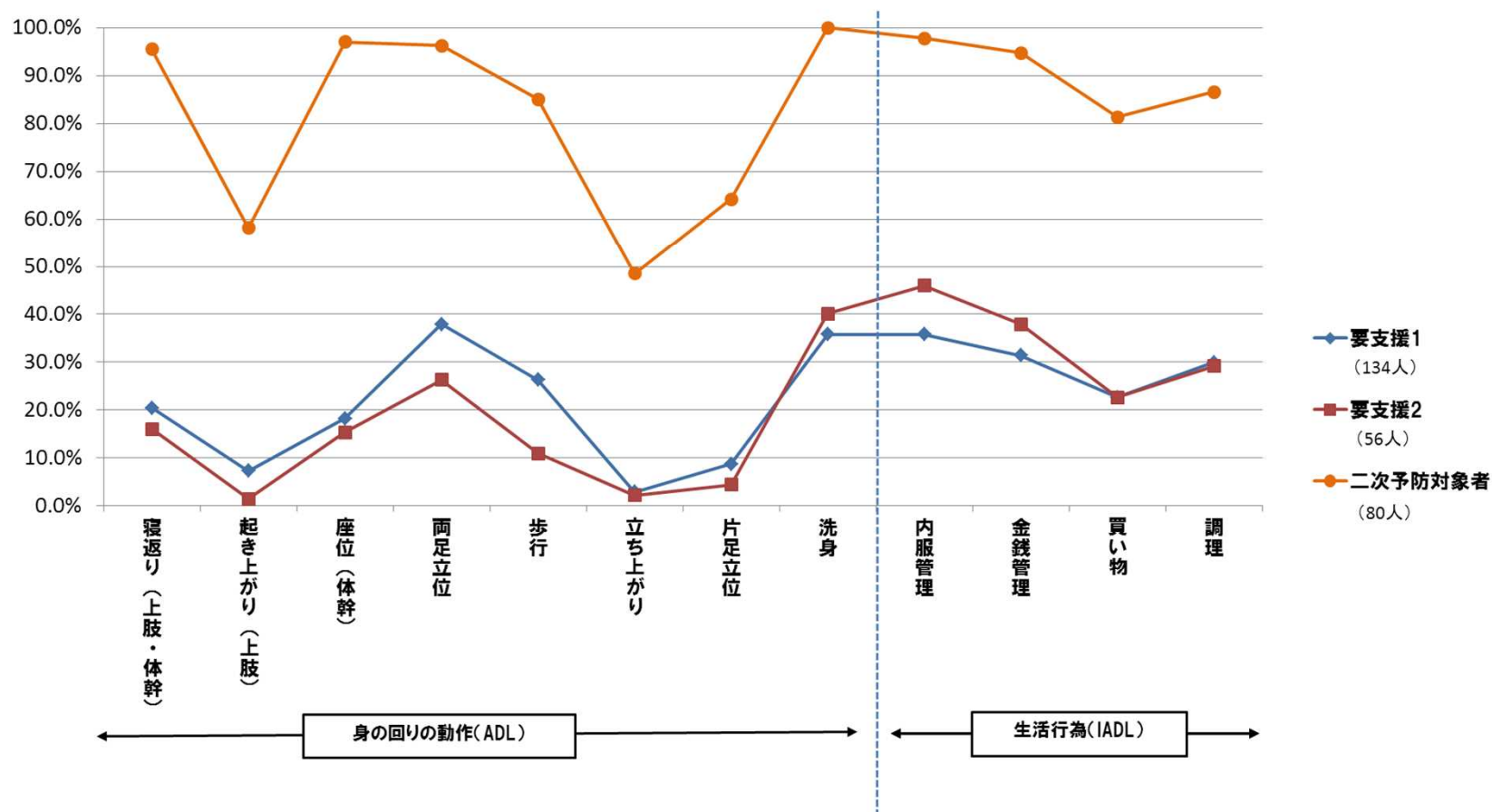
基本チェックリスト後のアセスメントツールを作成する会議の場となる  
「医療介護連携」の場を設け、独自ツールの開発に取り組む

介護予防ケアマネジメントの適正化・効率化を目指し、ケアプラン  
点検（確認）支援マニュアルの作成・運用

要支援 1・2 や二次予防事業対象者のADL・IADLの分析を実施し、総合事業の事業内容に反映できるよう検証

多様なサービスの創出に向けて、要支援1・2に加え、  
事業対象者（想定：二次予防事業対象者）のADL・IADLを分析

要支援者及び二次予防対象者の心身の状況(自立者の割合)



※二次予防対象者は、H26の二次予防教室参加者(Ⅰ～Ⅲ期)  
※平成26年5月分の介護保険認定審査会における「認定調査票」より

多様なサービスの創出に向けて、地域包括支援センターとともに  
ケアプランの分析を行い、必要な事業や総合事業への移行割合を算定

これらの検証を基に介護保険運営協議会にて議論を重ね、総合事業の早期移行につながった



# 軽度認定者の実態把握(市と地域包括支援センター)

市と包括との双方向の関わり⇒二人三脚で歩いていく姿勢（市と包括は対象者の実態把握に努めた）  
総合事業担当課は決して逃げない姿勢⇒わからないことは県や国に都度確認し、包括にフィードバック！

## 要支援者のケアマネジメントの特徴

- 要支援者は、ADLは自立し、わずかにIADLの一部に援助を要する程度。このため、日常生活上の不自由さを援助し、あるがままの状態を支えるサービス提供が行われてきた。
- 二次的に生じる生活上の問題を予測して、不自由さを最大限軽減する「自立支援型ケアマネジメント」の発想をもたなければ、重度化を食い止めることは困難。



【出典】平成23年度要介護認定における認定調査結果（認定支援センターと介護保険課の両方から集計時点）

生駒市における軽度認定者の特徴や、こういった疾病やきっかけから、生活機能の低下を招く状態像の人が多いかを整理し、必要な事業の展開を再考。



## 要支援者の実態把握（認定調査結果や包括からの情報収集）

- ADLでは、起き上がり・立ち上がり・片足立ち・歩行に一部介助が多く、一部の人に洗身・爪切りにも一部介助が必要な人がある。  
 整形外科的疾患による痛みやしびれの影響、喪失体験等による意欲の低下から閉じこもりがちになり、廃用性の進行による下肢筋力や体幹機能の低下⇒短期集中で専門プログラムを提供することで改善の見込みが高い！
- IADLでは、世帯の状況や性別、家族の介護力による影響もあり、身体能力的には可能な動作であっても、生活行為による習慣性がなく、一部介助となっている人も一定数いる。
- 精神疾患（認知症やうつ病、統合失調症等）、難病や癌などの急性増悪疾患ではなく、認定直後のADLは高くても、体調との兼ね合いで、生活行為としては、「声掛けや見守り、一部の手助け」が必要な人も要支援者に一定数、存在する。（現行相当が一定数必要）

包括に予防部会を設置⇒介護保険課・予防推進係と協働して、要支援者の状態像や必要なサービスの選定に関する模索をスタート（モデル事業開始後）

国の要支援者のケアマネジメントの特徴資料を参考に、生駒市における要支援者の実態把握に努めた。新規申請の理由についても、各包括でとりまとめてもらい、どのようなニーズが多いかを改めて把握し、再整理した。

# 要支援者に真に必要な事業を再検討（H26）

包括・利用者等にヒヤリング

## 【現 状】

## 【新しいサービスの検討】

理学・作業療法士等の専門職介入が必須と確信！

### （介護予防通所介護）

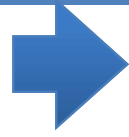
利用者の大半が、人との交流を求めるなど、社会参加のニーズが高い。



- ◆ 短期間・集中的に専門職が関与し、ADLやIADLの向上が果せたら、介護予防通所介護以外の通いの場に参加できるのではないか？  
**（短期集中予防のサービスにより、自立の可能性を探る）**
- ◆ 交流目的とした会食サロンで閉じこもり予防が図れるのではないか？  
**（健康づくり推進員の活用で住民主体のB型：ミニデイサービスの構築）**

### （介護予防通所介護）

自宅での入浴が不安、または一人では困難という理由から、サービス利用を希望する本人・家族が多い。



- ◆ 入浴できる動作改善の指導や環境の整備が出来れば、自宅での入浴が再び可能になる人もいないか？  
自分の好きな時間に自由に入れる自宅入浴の可能性を探る。  
**（短期集中Cのサービスにより、動作改善・環境調整の可能性を探る）**

### （介護予防訪問介護）

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で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、サービス利用できないのが一般的である。



介護予防ケアマネジメントが「カギ」となる！  
そしてヘルパーに代わる「住民力」も必要！

- 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？  
**（シルバー人材センターに一定の研修を市が行い、道理を理解した会員でサービスを提供できるか検討！）**  
**同年代の高齢者の「受け手」「担い手」がwin-winの関係構築）**

# 多様なサービスの創出に向けて、地域包括支援センターが ケアプランの分析を行い、必要な事業や総合事業への移行割合を算定

## 通所型・訪問型サービスの試算方法例（第6期計画時）



多様なサービスについて  
必要量を算定

### 《通所型》

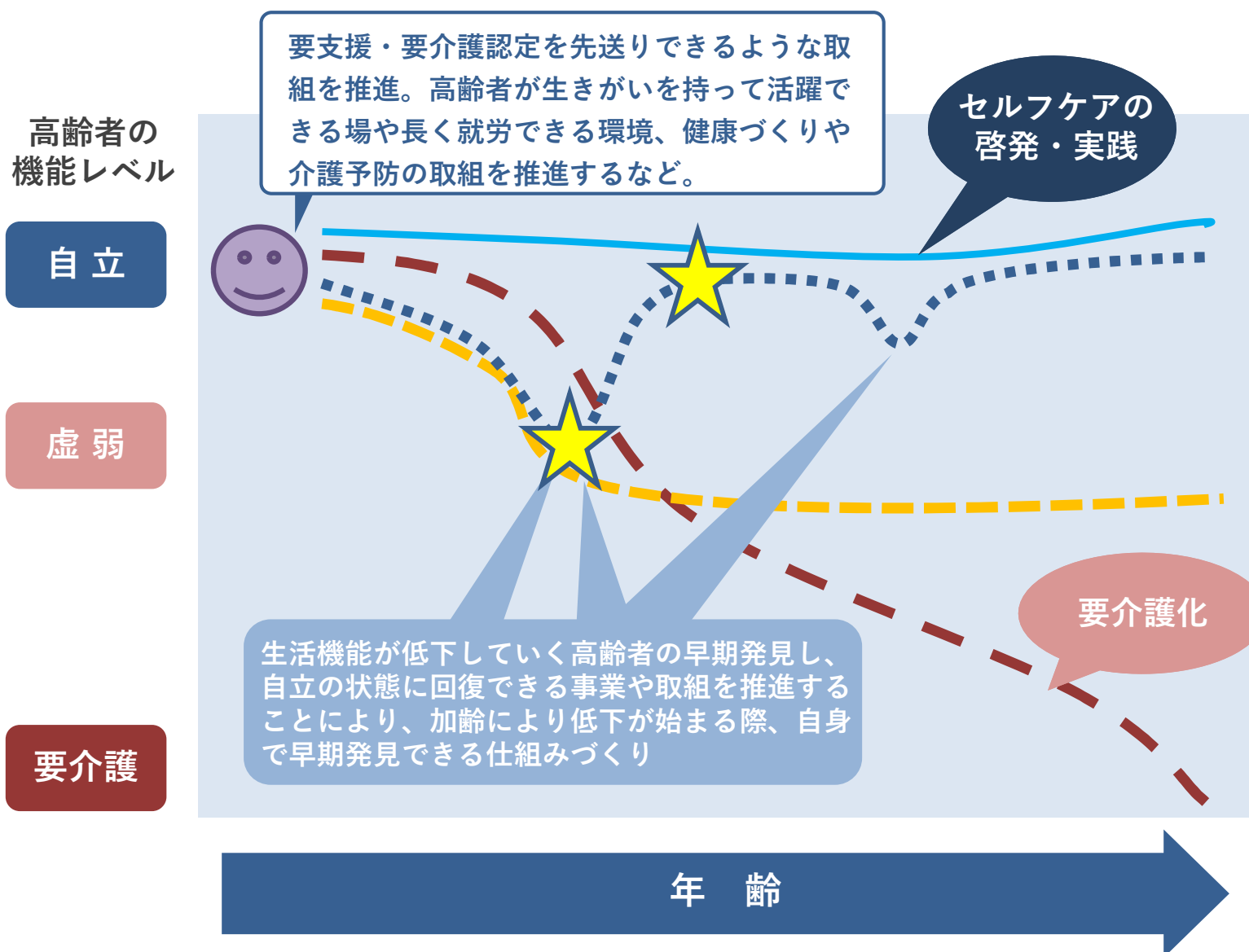
- ・通所型サービスC
- ・従前相当相当サービス
- ・通所型サービスB

### 《訪問型》

- ・基準緩和型サービスA
- ・従前相当サービス

\* 当時、通所介護・訪問介護を利用していた人の中から、  
多様なサービスに移行できる  
人たちの数を割り出し、新  
規認定者数から必要量算定

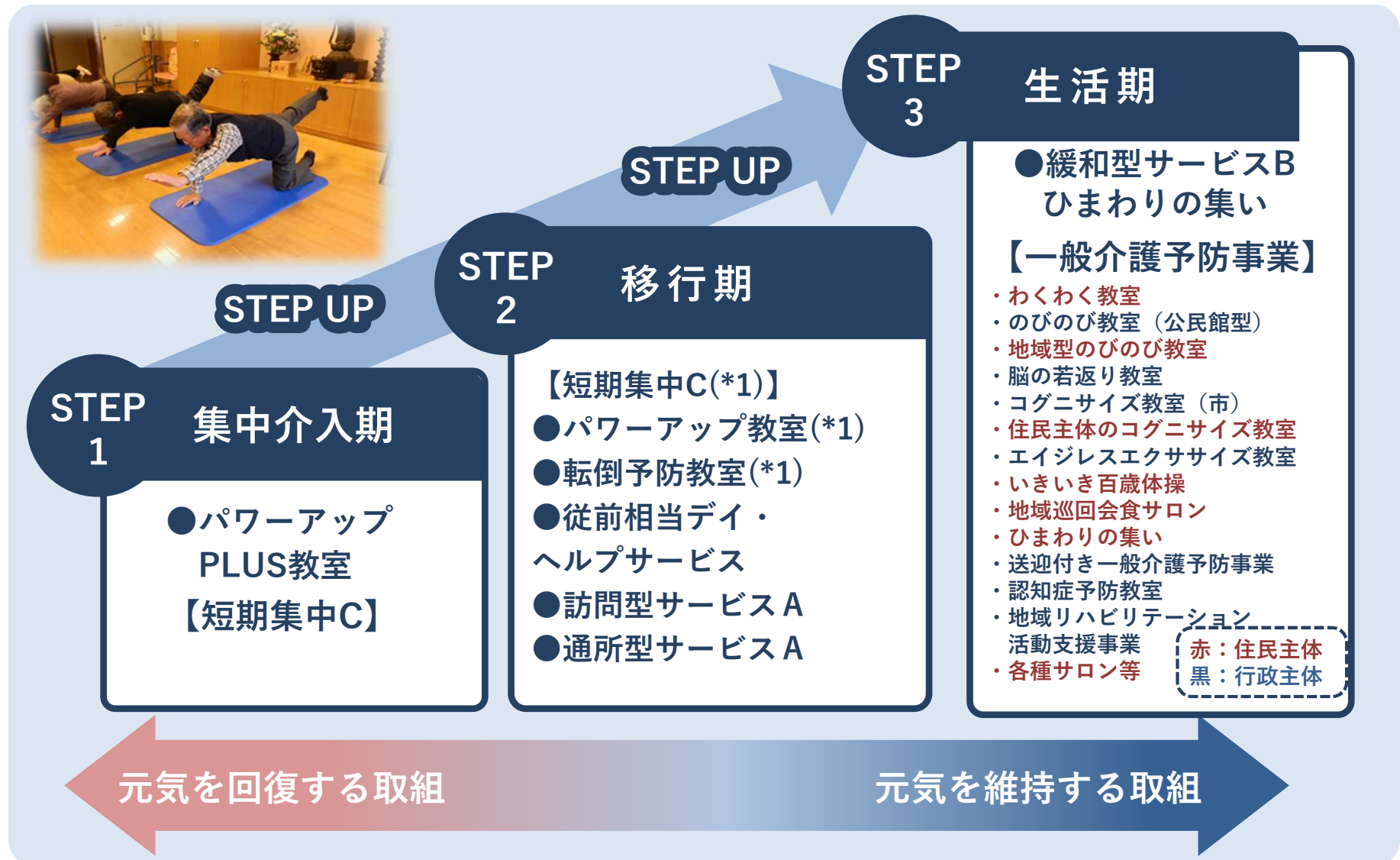
## 高齢者の機能レベルと介護予防の必要性



参照；地域包括支援センター運営マニュアル2訂（平成30年6月一般財団法人長寿社会開発センター）P239 一部改変



## 総合事業をデザイン



# 短期集中予防サービス ～通所型サービスCの例

## 転倒予防教室と訪問型サービスC:直営 他、委託事業



- 通所型サービスCについては、3種類
- 状態像に応じて、効果のある事業へご案内
- 通所型サービスCが順調に進むコツ
  - ・ 適切な対象者の選定
  - ・ 的確な介護予防ケアマネジメント
  - ・ 状態に応じた効果的な事業運営
  - ・ 規範的統合（住民、介護事業所、ケアマネ、地域包括支援センター、医療機関等）

パワーアップPLUS教室は、通所型Cと一般介護予防事業を一体化して実施

### パワーアップPLUS教室(訪問型)の様子

訪問の様子



### 要支援2、相当者

#### パワーアップPLUS教室(通所型)の様子



### 要支援1、相当者

#### パワーアップ教室

#### 転倒予防教室



週に2回 3ヶ月 送迎付き

開始月は決まっている

週に1回 送迎付き(左) 送迎無し(右)

# 介護予防ケアマネジメント・地域ケア会議・短期集中予防サービスは連動 (短期集中予防サービス 通所型C + 訪問型Cの様子)

## 通所型 C

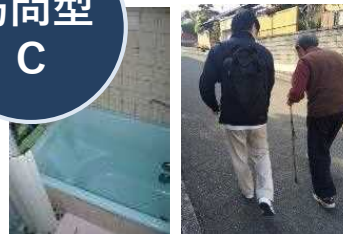


①集団プログラム  
筋力増強運動  
(マシン・セラバンド)  
持久力・バランスアップ  
(ステップ運動等)



②個別プログラム  
坂道歩行の確認、  
セルフケアの提言、  
階段昇降の確認の他、  
個別課題に沿う支援  
※体力測定等実施

## 訪問型 C



生駒市ではパワー  
アップPLUS教室に  
通われる方には必ず  
訪問型も実施



活動性を上げるため  
には、家庭内の環境  
整備や近隣の環境を  
把握した外出方法の  
検討が必要である。

モニタリングの徹底

## 地域ケア会議 (I)

■自立支援型ケアマネジメントの検討



通所型サービスCの  
利用者は地域ケア会議  
に  
必ずエントリー！

動機付け

体力・気力向上

社会参加する場  
のイメージ作り

## 初回会議

課題や目標設定、  
支援内容について  
の妥当性を  
多職種で検討！

POINT

自立支援に必要な要素について確認。  
本人・家族の強みを活かす支援。  
リスク管理の徹底。

## 中間会議

3ヵ月後の目標に向けてどの程度、  
達成できているか？  
残りの課題に対して、目標設定  
の見直しや具体的な取り組み  
内容の是非について検討！

## 終了会議

目標達成状況の確認！  
上手くいったケースは共有！  
未達成については、未達成に  
なったそのプロセスを振り返り、  
今後に生かす。支援の再検討。

POINT

終了した人々の追跡を  
地域包括支援センターで展開！

# 生駒市：総合事業【通所型サービスC】の成果

令和3年度

|              | 実人数  | 卒業     | 一般介護予防事業 | ボランティア | セルフケア | 多様なサービス | 給付    | 中断     |
|--------------|------|--------|----------|--------|-------|---------|-------|--------|
| パワーアップPLUS教室 | 68人  | 52人    | 28人      | 3人     | 31人   | 8人      | 4人    | 4人     |
| パワーアップ教室     | 79人  | 52人    | 28人      | 1人     | 33人   | 14人     | 3人    | 10人    |
| 転倒予防教室       | 32人  | 19人    | 13人      | 0人     | 9人    | 6人      | 0人    | 7人     |
| 合 計          | 179人 | 123人   | 69人      | 4人     | 73人   | 28人     | 7人    | 21人    |
| 割 合          | 100% | 68.72% | —        | -      | —     | 15.64%  | 3.91% | 11.73% |

【卒業】は3ヶ月で終了した人である。【多様なサービス】は通所型サービスA、通所型サービスBへ参加、もしくは通所型サービスCの継続（残り3ヶ月利用）  
いきいき百歳体操は【一般介護予防事業】に含む。サロン、認知症カフェは【セルフケア】に含む。

\* 例年より中断者が多いのは、新型コロナウイルス感染症拡大に伴う利用控えがあったため。

約 7 割弱の方が一般介護予防事業やセルフケアへ

令和2年度

|              | 実人数  | 卒業     | 一般介護予防事業 | ボランティア | セルフケア | 多様なサービス | 給付    | 中断    |
|--------------|------|--------|----------|--------|-------|---------|-------|-------|
| パワーアップPLUS教室 | 70人  | 53人    | 30人      | 1人     | 45人   | 11人     | 2人    | 4人    |
| パワーアップ教室     | 65人  | 47人    | 28人      | 1人     | 21人   | 14人     | 2人    | 2人    |
| 転倒予防教室       | 27人  | 23人    | 14人      | 2人     | 10人   | 4人      | 0人    | 0人    |
| 合 計          | 162人 | 123人   | 72人      | 4人     | 59人   | 29人     | 4人    | 6人    |
| 割 合          | 100% | 75.93% | —        | -      | —     | 17.90%  | 2.47% | 3.70% |

約7.5割の方が一般介護予防事業やセルフケアへ

参加者実人数内訳（令和2年度）参加実人数162人中

基本チェックリストAリスト: 22名 Bリスト: 9名

新規要支援認定: 48名

その他総合相談など: 58名 ※ 25名継続（3～6ヶ月分）



# 通所型サービスB:住民主体のミニデイサービス

## ひまわりの集い【会食サロン】～住民主体の通いの場：通所型サービスB

生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託して事業実施

認知症の人が「デイ」は拒否しても  
「ひまわりの集い」は通いたいと意思表示！  
最高年齢104歳！ 主に要支援1・2、  
事業対象者の参加



～地域巡回型ひまわりの集い～  
地域のサロンとのコラボにより鍋一つ抱えて出前で料理！

### 【スケジュール】



10時～ 受付  
10時半～ レクリエーション、脳トレ、軽体操など  
12時～ 出来立ての料理を皆で会食  
13時～ 川柳紹介、歌、誕生日会など

現在、出前巡回型サービスにも発展！



地域のサロンと協力することで  
よりたくさんの人が参加可能に！

総合事業に関する事業対象者の選定にかかる  
窓口でのふるい分けの実施

# 介護予防把握事業や介護予防ケアマネジメントを通して総合事業のサービスを検討

## 介護予防把握事業 元気度チェック

介護保険の認定申請をしていない75歳以上の方に  
年一回届くアンケート調査です。

結果に関して

- ① 生活機能低下の無い方には返信せず  
(あらかじめ、該当無しの方には返信しない旨通知、役務費を押さえる！)
- ② Bリスト(生活機能低下の項目1or2項目該当者)には  
一般介護予防事業等の案内通知(関心高い層はひろう！)
- ③ Aリスト(生活機能全般10/20以上該当+運動器3/5以上該当+他項目等、  
3項目以上の重複者)には 介護予防・生活支援サービス事業を積極的に  
利用勧奨(A4封筒にパンフレット挿入・個別訪問等実施) 水際作戦！

返信のない方、

未返送者実態把握により  
早期にセルフネグレクトや  
健康課題のある高齢者、  
8050世帯や高齢者虐待  
などを発見することができ  
早期介入できるメリット！

未返送者の実態把握として  
個別訪問

- ・健康状態に問題はないか？
- ・何か、お困り事はないか？

高齢者の実態把握へ



地域包括支援センター  
がアウトリーチ

基本チェックリスト  
の検証

要支援認定者の基本チェックリストを検証

- 介護予防支援において、活用している基本チェックリストの  
内容を検証
- 予防給付を利用している者のうち、半数程度がAリストに該当  
OAリストは要支援相当者に類似すると考え、多様なサービスの  
創出時に総量創出する際、検討事項に
- OBリストについては、一般介護予防事業の多様な場の創出時に  
総数の検討を実施

介護予防把握事業の効率化

- 生活機能低下の項目に該当しない場合、返信はせず。  
返信がないことをもって、該当なしと理解いただくよう徹底
- 介護認定と同様、80歳を超える頃から急速に生活機能低下者が増加
- 一般介護予防事業も前期(健康づくり)、後期高齢者(介護予防)に分けて展開

75歳以上で要介護、要支援認定を受けていない人を  
対象に、基本チェックリストを実施

R3

|    | 発送数    | 回答数    | 未回答数  | 回答率   |
|----|--------|--------|-------|-------|
| 男性 | 5,855  | 5,251  | 604   | 89.7% |
| 女性 | 6,489  | 5,864  | 625   | 90.4% |
| 全体 | 12,334 | 11,115 | 1,219 | 90.1% |

Aリスト 667人 Bリスト 2,956人

個別訪問等により、介護予防・生活支援  
サービス事業や一般介護予防事業への  
利用勧奨のほか、必要に応じて介護保険  
申請や医療機関の受診勧奨など実施

一般介護予防  
事業や通いの場  
等を案内

未返送実態把握事業(地域包括支援センターに委託)

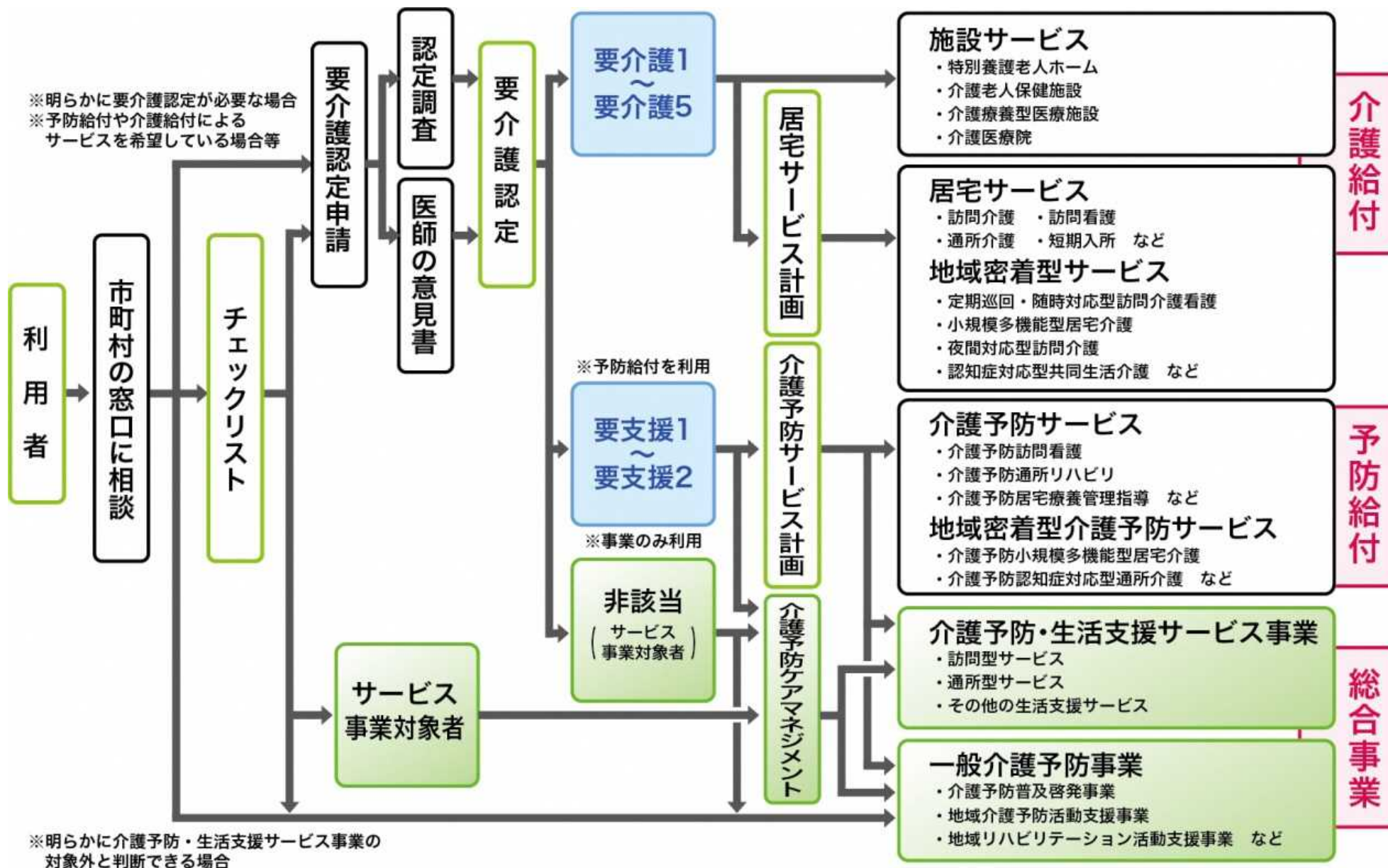
- 75歳以上で高齢者世帯に属する方のうち、未返送の方(75歳から79歳までは夫婦ともに未返送者)
- 80歳以上で単身世帯に属する方のうち、未返送の方(民生委員把握者を除く)

|            |     |
|------------|-----|
| 未返送実態把握者数  | 290 |
| 未返送実態把握実人数 | 290 |

元気度チェックにより支援の必要な人を掘り起こしています！  
孤独・孤立、セルフネグレクト、高齢者虐待(疑)、認知症高齢  
者など、未返送者の実態把握から掴むことができています。



## 介護サービスの利用の手続き（緑の部分が介護予防ケアマネジメント部分）



# 窓口対応のあり方について

## ●窓口 市町村の実情によって設置

◆市町村の介護保険部門の窓口、支所、市民センター等

◆地域包括支援センター ※地域包括支援センターのランチorサブセンター

総合事業は、簡易な方法(基本チェックリスト)で事業対象者と判断することが可能となっている。窓口においては、総合事業等の説明を行い、利用者の意向や抱えている課題等を総合的に判断し、基本チェックリストにより総合事業を利用するか、要介護(要支援)認定の申請が望ましいか、**的確な判断が求められる。**

## 基本チェックリストを使用した場合の例

基本チェックリスト

| 項目                                 | 回答 | 該当 |
|------------------------------------|----|----|
| 1. 1人で歩行が安定しているか                   | はい | ○  |
| 2. 1人で歩行が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか   | はい | ○  |
| 3. 歩行時の足元が安定しているか                  | はい | ○  |
| 4. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか  | はい | ○  |
| 5. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか  | はい | ○  |
| 6. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか  | はい | ○  |
| 7. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか  | はい | ○  |
| 8. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか  | はい | ○  |
| 9. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか  | はい | ○  |
| 10. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 11. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 12. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 13. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 14. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 15. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 16. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 17. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 18. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 19. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |
| 20. 歩行時の足元が不安定な場合は、杖や歩行補助具を使用しているか | はい | ○  |

A: 基本チェックリストで、15分続けて歩ける(○)、1年間に転倒歴はない(○)、階段は手すりを使う(○)、転倒に不安を感じる(○)、立ち上がり時に手すり等を使う(○)の運動器が3/5のみ該当している方

B: 複数の生活機能低下の項目が重複該当した方

同じ、デイサービス利用の意向を示されたとしても心身の状態像はずいぶん異なります。  
Aの方の場合は、もしかすると通いの場や一般介護予防事業でも対応可能な方かもしれません。



基本チェックリストをとったとしても、最終的には介護予防ケアマネジメントで適切なサービスや事業、セルフケアなどを進めていくことが大切です！

二次予防事業時代の生活機能低下の該当者数を思い出してください！



# 要介護認定or基本チェックリストの活用について

## 《窓口ふるい分け表》

まず、お尋ねします。

下記の①～⑥で該当する項目はありますか？該当するところのチェック欄に○印を付けてください。

|   | 項目                              | 該当に○ |
|---|---------------------------------|------|
| ① | 杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない    |      |
| ② | 認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている         |      |
| ③ | 入浴や体を洗う行為が一人でできない               |      |
| ④ | 服薬や病気の管理のために訪問看護サービス利用を考えている    |      |
| ⑤ | 住宅改修や手すり等の設置や福祉用具のレンタルや購入の希望がある |      |
| ⑥ | 家族の介護力に問題があり、特に長時間の預かりの場を求めている  |      |

(注意)40歳～64歳の第2号被保険者は、総合事業を利用する場合でも必ず認定が必要です。

上記項目に該当する場合には、要支援・要介護認定の申請をおすすめします。

上記項目に該当しない場合には、総合事業の利用対象者である可能性があります。

①総合事業のみの利用であれば、要支援・要介護認定の申請を行わなくても、サービスを利用することができます。

②基本チェックリストに回答いただき、事業対象者と判定され、介護予防ケアマネジメントによって、総合事業のサービス利用が必要だと判断されれば、通常的要介護・要支援認定(約1ヶ月程度)の申請より短い期間でサービス利用ができます。

基本チェックリストへの回答および地域包括支援センターに情報提供することに同意される方は、氏名欄に記入の上、基本チェックリストにご記入ください。

住民への説明方法、制度理解をしてもらうために動画の作成、広報紙の活用等市・包括・事業所で話し合いを行い、色々なものを作ってきました。



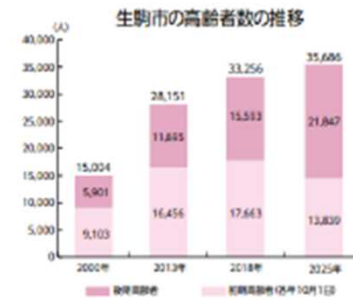
今も使ってます

## 介護保険制度が変わります

4月1日開始

～要支援者サービスの一部が広がります～

問介護保険課(☎0743-74-1111,内線487)



本市の今後10年間の後期高齢者数(75歳以上)の増加率は1.7倍と、全国平均増加率の1.3倍を大きく超えると推計されています。市の介護給付費も間違いなく爆発的に増える見込みです。

「高齢者の介護を社会全体で支える」を理念に始まった介護保険制度、高齢化が進み、国全体の介護給付費は制度スタート時から3倍近く増加しました。10年後の2025年には、団塊の世代が75歳を迎えるため、介護サービスの利用者はますます増加する見込みです。このままの形を継続すれば、介護保険財政はいずれ破綻します。

パンフ寸前の介護保険制度  
生駒市の介護給付費も大幅に増加

4月から予防給付を残したまま総合事業をスタート

移行後、市町村は地域の実情・課題に応じて、要支援者へのサービス内容や基準を決めることができます。例えば、「生駒市は坂が多いので、膝の筋力を鍛える体操教室を開く」など、地域の特性を生かしたサービスを自由に組み立てることが出来ます。一部新聞などでこの制度改正が「要支援切り」と報道されています。これは、市町村がボランテニアなどの新たな介護の担い手を確保できるかどうかで、サービスの質や量が違ってくるからです。しかし、制度移行後も利用中のサービスが使えるようホームヘルプやデイサービスを確保していく予定です。

移行後、市町村は地域の実情・課題に応じて、要支援者へのサービス内容や基準を決めることができます。

この問題を乗り切るため、4月から介護保険制度が見直されています。見直して一番注目されているのは、国の「要支援者」への介護予防サービスのうち、「訪問介護(ホームヘルプ)」と「通所介護(デイサービス)」を、平成29年度までに市町村の「介護予防・日常生活支援総合事業」(総合事業)へ段階的に移行することです。

要支援者サービスが市町村に移行地域の特性を生かした取組が可能



# 行政窓口、地域包括支援センターでの総合事業説明資料(1)

## 教室参加者やご家族の声

### パワーアップPLUSから スポーツクラブ



脳梗塞になり、教室に参加しました。健康についてアドバイスをもらいながら定期的に受診するようになり、しっかりと歩けるようになりました。今は近くのスポーツクラブに通っています。(60代男性)

病気になる仕事も辞めてしまったので、落ち込んでいましたが、教室に通う事で生活にメリハリがつき本人の表情が明るくなり家族も喜んでいました。

(妻)



### パワーアップ教室から いきいき百歳体操



体調崩してから食欲がなくなり、主治医より市の運動を勧められました。一人暮らしなので、特に栄養について考えていませんでしたが、教室に参加する事で栄養について教えてもらい食べる事が好きになりました。今は地域のいきいき百歳体操に歩いて参加出来るようになりました。(80代女性)



### ひまわりの集い



自宅でぼんやりと過ごしていた母のことを心配して、どこか定期的に行けるところへ通い人と交流することを勧めました。ひまわりの集いは母に合っていたようで、生活リズムにもよい影響があるようです。(家族)

週1回集まって話などできるのが楽しいです。ひまわりの集いが生活の一部になっています。(80代女性)



### 転倒予防教室



病気を患っていたので自分ではあまり気が進まなかったのですが、教室に参加して歩く距離が長くなり、あきらめていた釣り仲間との会合も参加できました。(80代男性)

1日を寝て過ごす事が多くなり包括に相談しました。教室に参加してからは外へ出歩くようにもなり、元気になったと家族も喜んでいました。(妻)



## 介護保険制度とは・・・

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳を持って自分らしい暮らしができるよう、社会全体で支えあう仕組みです。

## 生駒市は今後どうなる？

| 2021年度 (2021. 4. 1時点) |          |
|-----------------------|----------|
| ●総人口                  | 118,621人 |
| 65～74歳                | 17,100人  |
| 75歳以上                 | 16,844人  |
| ●要介護認定者数              | 4,928人   |
| ●介護給付費見込み             | 約84億円    |
| ●介護保険料 (基準月額)         | 5,300円   |



| 2040年度 (第8期介護保険事業計画より算定) |                |
|--------------------------|----------------|
| ●総人口                     | 106,200人       |
| 65～74歳                   | 17,046人        |
| 75歳以上                    | 20,621人【1.2倍】↑ |
| ●要介護認定者数                 | 7,659人【1.6倍】↑  |
| ●介護給付費見込み                | 約130億円【1.5倍】↑  |
| ●介護保険料 (基準月額)            | 8,229円↑        |

そこで

## 生駒市の総合事業は・・・

- 高齢者が自ら介護予防に取り組み、その人らしい自立した生活を続けていけるよう、支援します。
- 新たな担い手の確保や、多様な生活支援のある地域づくりに取り組んでいます。

## 介護保険法の理念

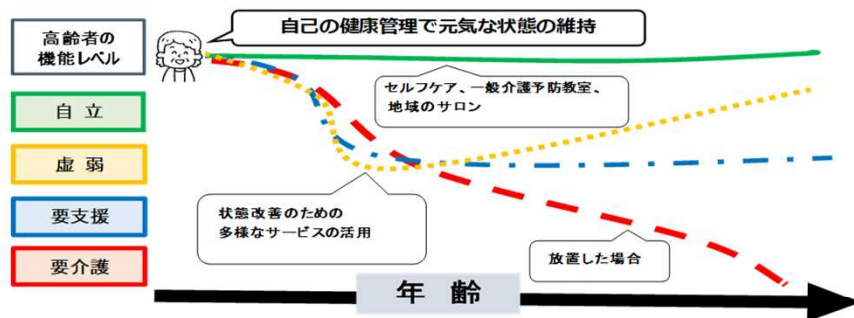
### 第1条 (目的)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### 第4条第1項 (国民の努力及び義務)

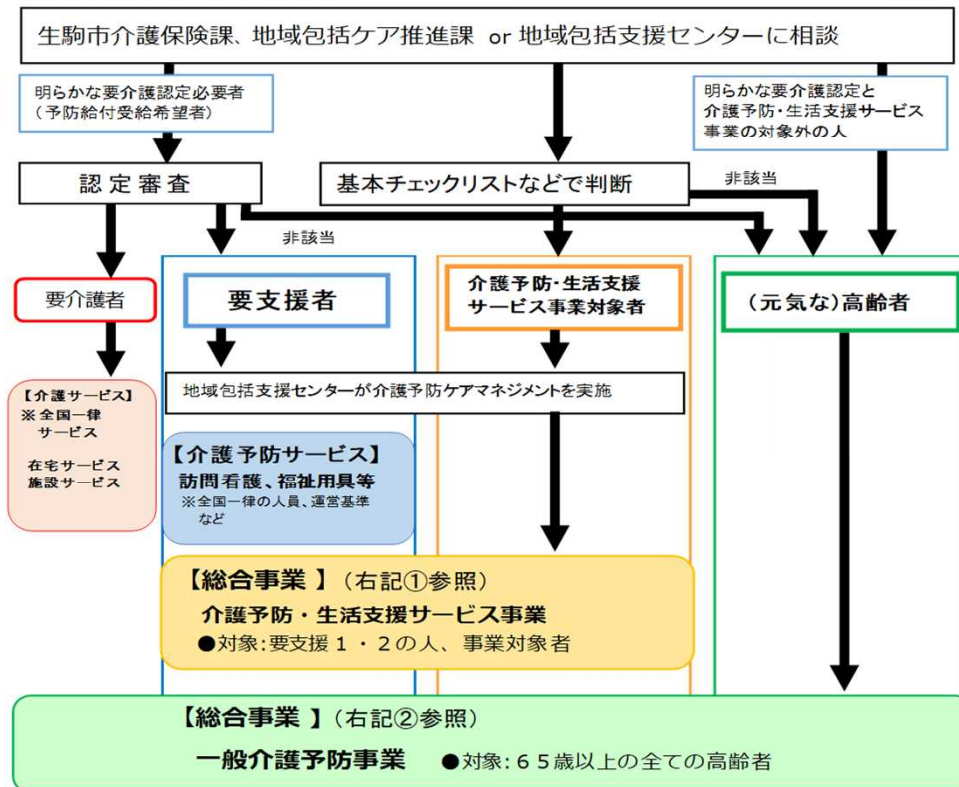
国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

# 行政窓口、地域包括支援センターでの総合事業説明資料(2)



高齢者を地域全体で支える生駒市介護予防・日常生活支援総合事業  
要支援者のサービスの選択肢が広がりました！

## 新規でご利用の流れ



## ① 介護予防・生活支援サービス事業

### ◆パワーアップPLUS教室(通所型+訪問型)

マシンを使った筋力増強運動を中心に、身体・動作能力の改善を目指します。また、理学療法士等がご家庭を訪問して、環境調整やトレーニング方法を助言します。

### ◆パワーアップ教室(通所型)

①運動②口腔③栄養の3つのプログラムにより、身体機能・動作能力、口腔機能や栄養状態の改善を目指します。

### ◆転倒予防教室(通所型)

転倒を予防する運動や、家屋内の環境調整に関する学習を通じて、転ばないための身体づくりを目指します。

### ◆ひまわりの集い

閉じこもりがちな高齢者に、レクリエーションや手作りの食事を提供します。

### ◆通所型サービスA

デイサービスセンターで機能訓練を行い、自立支援を促します。

### ◆訪問型サービスA

ご自宅内の掃除、買い物、調理などの生活支援を行います。

### ◆介護予防通所介護相当サービス

デイサービスセンターで、食事、入浴などの生活上の支援や機能訓練を行います。

### ◆介護予防訪問介護相当サービス

ホームヘルパーが訪問して入浴、食事等の介護や掃除、洗濯等の家事を行います。



## ② 一般介護予防事業

### ◇のびのび教室

転倒予防のための体操やいすに座ってできる体操を運動指導士が紹介します。

### ◇地域型ののびのび教室

近隣の仲間と身体を動かす習慣を作り、元気な地域づくりを目指す体操教室です。

### ◇わくわく教室

外出の少ない高齢者や1人暮らしの方に、楽しい時間を過ごしていただいています。

### ◇脳の若返り教室

認知症予防のために、学習サポーターの支援を受けながら行います。

### ◇コグニサイズ教室

身体を動かしながら頭を使い、脳の活動を活発にして認知症を予防します。

### ◇いきいき百歳体操

おもいを使った筋力運動の体操で、DVDに合わせて運動します。

地域の仲間、3人以上と継続的にいきいき、筋力アップを目指します。

### ◇エイジレスエクササイズ教室

65歳～75歳未満の人を対象とした、有酸素運動と筋力トレーニングを組み合わせたアンチエイジング教室です。

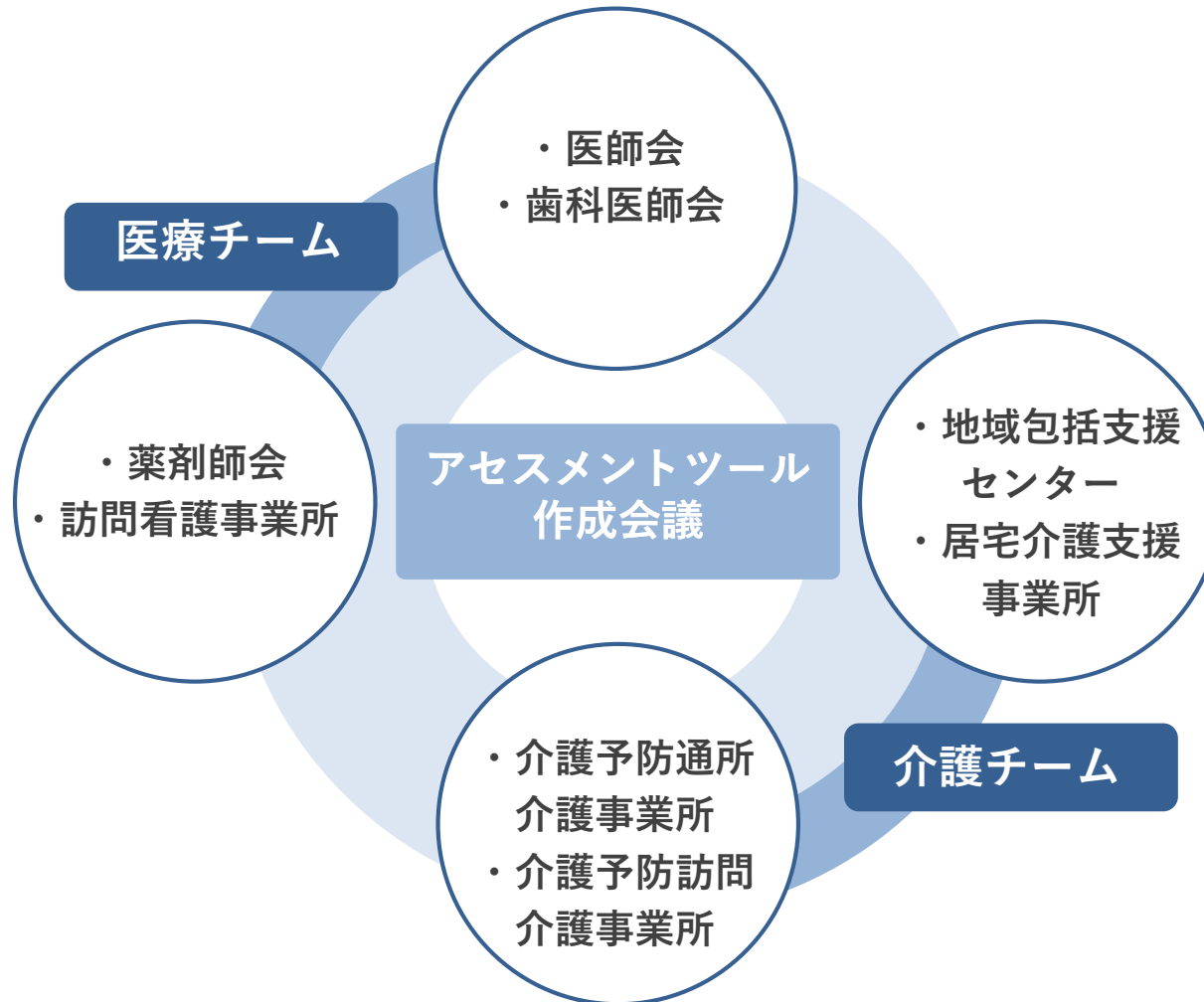
### ◇さわやか運動教室

地理的な条件によって閉じこもりになっている高齢者等の外出機会の確保をして生活機能の維持を図る教室です。

基本チェックリスト後のアセスメントツールを作成する  
会議の場となる「医療介護連携」の場を設け、  
独自ツールの開発に取り組む



# 新しい総合事業の導入に向けて 介護予防アセスメントツール作成会議の開催



## スケジュール

H26.11月迄

- ・アセスメントツール案の作成
- ・ご協力いただける医師を医師会から推薦（2名）
- ・他に医療チーム、介護チームから推薦いただき合計12名程度の構成

12月22日

- ・第1回 作成会議

H27.1月22日

- ・第2回 作成会議

2月

- ・第3回 作成会議

3月～

- ・試行的にツールを使用

6月

- ・第4回 ツールの検証及び修正等

9月

- ・広報等において周知

H28.4月

- ・総合事業の本格的な開始
- ・本格的にツールの使用開始
- ・内規の作成等

# 介護予防ケアマネジメントの平準化と効率化を図る

医療介護連携の場を活用：市内のどこに暮らそうと、ケアマネジメントに差がない仕組みづくり

- ① 基本チェックリストの有効活用・独自の運用方法を検討
- ② 二次アセスメントシートの作成・活用
- ③ 総合事業選定ルール（内規）の作成
- ④ 市（介護保険課・地域包括ケア推進課）窓口対応マニュアルの作成・運用
- ⑤ 介護予防ケアマネジメントマニュアルの作成・運用（Q&A含む）
- ⑥ 介護予防ケアプラン点検・支援マニュアルの作成・運用
- ⑦ 地域包括支援センター会議の開催（市との定例会）
- ⑧ 地域包括支援センター代表者会議（理事者・センター長・市）開催
- ⑨ 地域包括支援センター予防部会の開催

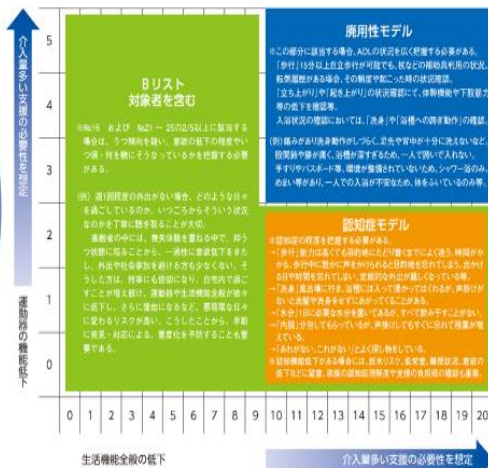
医療・介護関係者や  
市職員ともに検討

新人もベテランも専門職も管理職もみんなみんな一緒に！

①

生駒市独自の  
考え方

- ・廃用性モデル
- ・認知症モデル
  - ・Aリスト
  - ・Bリスト



2

[illegible][illegible]

③

【総合事業のサービスを考える場合の例】

1. 集中介入期：パワーアップPLUS教室②③①
2. 移行期：パワーアップ教室・転倒予防教室①②③
3. 生活期：ひまわりの集い①②③
4. 移行期：訪問型サービスA①②③
5. 移行期：介護予防通所介護・訪問介護相当②①③

\*上記カッコ内は受け入れ事業所等と要検討

|      |    |                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |
|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| M    |    |                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |
| IV   |    |                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |
| IIIb | ④  |                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |
| IIIa |    |                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |
| IIb  | ③  |                                                                                       |    | ⑥  |    |    |    |    |    |
| IIa  |    |                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |
| I    | ①  |                                                                                       |    | ②  | ⑤  |    |    |    |    |
| 自立   |    |  |    |    |    |    |    |    |    |
|      | 自立 | J1                                                                                    | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |

障害高齢者の日常生活自立度 28

# サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準(例)

資料:生駒市

## 通所型サービス

|          | 従前相当                                  | A                         | B                         | C                                           |
|----------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| 日常生活自立度  | J1～A2<br>自立～Ⅱ                         | J1～A1<br>自立～Ⅰ             | J1～J2<br>自立～Ⅰ             | J1～A2<br>自立～Ⅱ                               |
| 疾病の安定度   | 病態が不安定                                | 病態が安定                     | 病態が安定                     | 病態が安定                                       |
| 運動・活動制限  | 無OR有                                  | 無                         | 無                         | 無                                           |
| 改善・維持・悪化 | 改善・維持・悪化                              | 維持                        | 維持                        | 改善                                          |
| 疾患例      | 急性期疾患<br>進行癌<br>進行性難病<br>認知症<br>精神疾患等 | 骨・関節疾患<br>生活習慣病<br>廃用症候群等 | 骨・関節疾患<br>生活習慣病<br>廃用症候群等 | 骨・関節疾患<br>生活習慣病<br>軽度認知症<br>廃用症候群<br>脳血管疾患等 |

## 訪問型サービス

|         | 従前相当          | 緩和型A           | 緩和型B          | サービスC         |
|---------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| 日常生活自立度 | 自立～A2<br>自立～Ⅱ | 自立～A1<br>自立～Ⅰ  | 自立～J2<br>自立～Ⅰ | 自立～A2<br>自立～Ⅱ |
| 状態像・意向等 | プロの対応必要       | 基準緩和や住民主体で対応可能 |               | 通所型と同様        |

## サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準(訪問型の例)

|                      | 従前相当                                     | A                                   | B                                   | C                                               |
|----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 日常生活自立度<br>(寝たきり度)Q6 | J1～A2                                    | J1～A1                               | J1～J2                               | J1～A2                                           |
| 日常生活自立度<br>(認知機能)Q6  | 自立～Ⅱ                                     | 自立～Ⅰ                                | 自立～Ⅰ                                | 自立～Ⅱ                                            |
| 疾病の安定度<br>Q10        | 病態が不安定<br>・急性増悪疾患<br>・ADLの急激な低下<br>・退院直後 | 病態が安定<br>・慢性疾患<br>・廃用症候群<br>・骨・関節疾患 | 病態が安定<br>・慢性疾患<br>・廃用症候群<br>・骨・関節疾患 | 病態が安定<br>・慢性疾患<br>・廃用症候群<br>・ADLの急激な低下<br>・退院直後 |
| 改善・維持・悪化             | 改善・維持・悪化                                 | 維持                                  | 維持                                  | 改善                                              |
| 疾患例<br>Q9            | 全疾患対応                                    | 全疾患対応                               | 認知症・精神疾患等を<br>除く                    | 急性増悪疾患及び、認知<br>症・精神疾患等除く                        |
| 身体介護の必要性Q15          | 必要                                       | 不要                                  | 不要                                  | 必要に応じて(徐々に減)                                    |
| 疾患に配慮した調理<br>Q15     | 必要                                       | 不要                                  | 無                                   | 無                                               |
| 専門職関与の有無Q15          | 必要                                       | 概ね不要                                | 不要                                  | 必須                                              |
| 意欲<br>Q11            | まあ意欲的である<br>あまり意欲的でない<br>まったく意欲的でない      | まあ意欲的である<br>あまり意欲的でない<br>まったく意欲的でない | とても意欲的である<br>まあ意欲的である               | とても意欲的である<br>まあ意欲的である                           |

### 仮説

- #1 従前相当の利用がベターと思える状態像⇒身体介護や疾患に配慮した調理など、専門職の関わりが必要な者  
すなわち、急性増悪疾患や病態が不安定、虐待などのリスク有りの人と判断可能  
1年前にこういった対象者を選定し、従前相当を利用し、維持・改善ができていたらOKと言えるのでは？
- #2 緩和型Aの利用がベターと思える状態像⇒身体介護や疾患に配慮した調理が不要。専門職の関与も必須ではなく、病態安定者  
1年前にこういった対象者を選定し、緩和型Aを利用し、維持・改善ができていたらOKと言えるのでは？
- #3 通所型Bの利用がベターと思える状態像⇒身体介護や疾患に配慮した調理が不要。専門職関与も不要で日常生活自立度がJ1～J2  
自立～Ⅰの範囲で、意欲的な対象者。1年前にこういった対象者を選定し、訪問型Bを利用し、維持・改善ができていたらOK？



## サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準(通所型の例)

|                      | 従前相当                                     | A                                   | B                                   | C                                               |
|----------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 日常生活自立度<br>(寝たきり度)Q6 | J1～A2                                    | J1～A1                               | J1～J2                               | J1～A2                                           |
| 日常生活自立度<br>(認知機能)Q6  | 自立～Ⅱ                                     | 自立～Ⅰ                                | 自立～Ⅰ                                | 自立～Ⅱ                                            |
| 疾病の安定度<br>Q10        | 病態が不安定<br>・急性増悪疾患<br>・ADLの急激な低下<br>・退院直後 | 病態が安定<br>・慢性疾患<br>・廃用症候群<br>・骨・関節疾患 | 病態が安定<br>・慢性疾患<br>・廃用症候群<br>・骨・関節疾患 | 病態が安定<br>・慢性疾患<br>・廃用症候群<br>・ADLの急激な低下<br>・退院直後 |
| 運動・活動制限              | 無or有                                     | 無                                   | 無                                   | 無                                               |
| 改善・維持・悪化             | 改善・維持・悪化                                 | 維持                                  | 維持                                  | 改善                                              |
| 疾患例<br>Q9            | 全疾患対応                                    | 全疾患対応                               | 認知症・精神疾患等を<br>除く                    | 急性増悪疾患及び、認知<br>症・精神疾患等除く                        |
| 入浴・食事・送迎 Q15         | いずれも必要                                   | 送迎は必要                               | 必須ではない                              | 送迎必要・入浴・食事不要                                    |
| 専門職の関与の有無<br>Q15     | 必要                                       | 概ね不要                                | 不要                                  | 必須                                              |
| 意欲<br>Q11            | まあ意欲的である<br>あまり意欲的でない<br>まったく意欲的でない      | まあ意欲的である<br>あまり意欲的でない<br>まったく意欲的でない | とても意欲的である<br>まあ意欲的である               | とても意欲的である<br>まあ意欲的である                           |

仮説

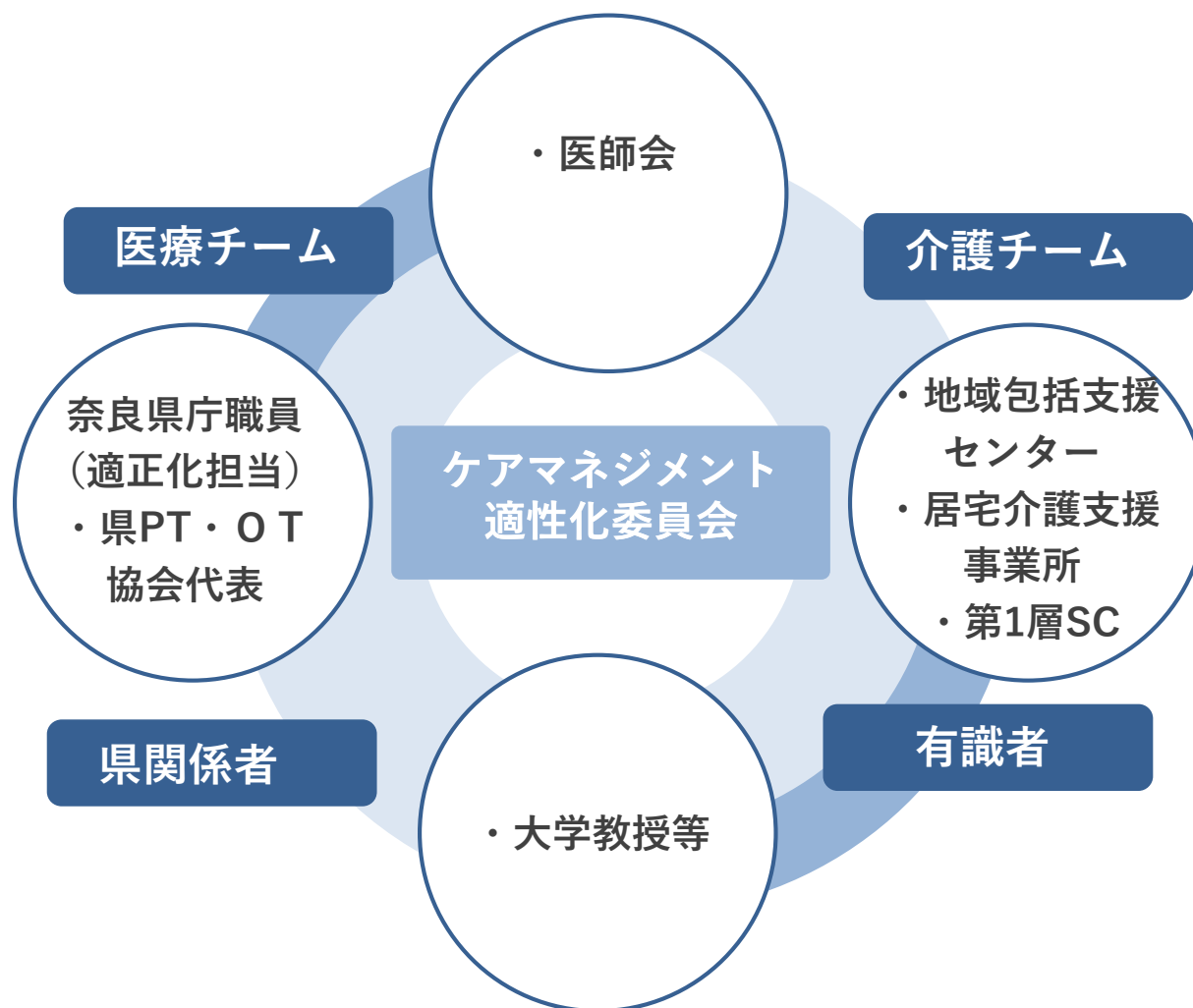
#1 従前相当の利用がベターと思える状態像⇒入浴・食事・送迎及び専門職の関わりが必要な者  
すなわち、急性増悪疾患や病態が不安定、虐待などのリスク有りの人と判断可能  
1年前にこういった対象者を選定し、従前相当を利用し、維持・改善が望めていたらOKと言えるのでは？

#2 緩和型Aの利用がベターと思える状態像⇒入浴・食事は不要で、専門職の関与は必須ではなく、病態安定者

#3 通所型Bの利用がベターと思える状態像⇒入浴・食事・送迎は不要で、専門職関与は不要、意欲的な対象者  
ここに認知症や精神疾患等も含めて対応し、状態が維持・改善できていたら、通所Bも多様なサービスとしての価値大であるこ  
とが言えるのでは？

介護予防ケアマネジメントの適正化・効率化を目指し、  
ケアプラン点検（確認）支援マニュアルの作成・運用

# 生駒市ケアマネジメント適正化委員会 ～ケアプラン点検（確認）支援～



## スケジュール

平成28年12月26日

ケアマネジメント適正化委員会委員依頼(11名)  
・医師会、有識者、介護関係、SC、県関係者等

平成29年1月18日

第1回ケアマネジメント適正化委員会  
・適正化推進事業の進め方  
・介護予防ケアマネジメント点検(確認)支援  
マニュアル案

平成29年1月30日

・ケアマネジメント支援員業務説明会

平成29年1月31日

・事項点検(確認)シート作成依頼

平成29年2月13日～27日

・ケアマネジメント適正化推進事業支援員面談  
(実際にプラン点検・確認・面談・フォロー等)

平成29年3月6日

・介護予防に関するアセスメントシート作成会議

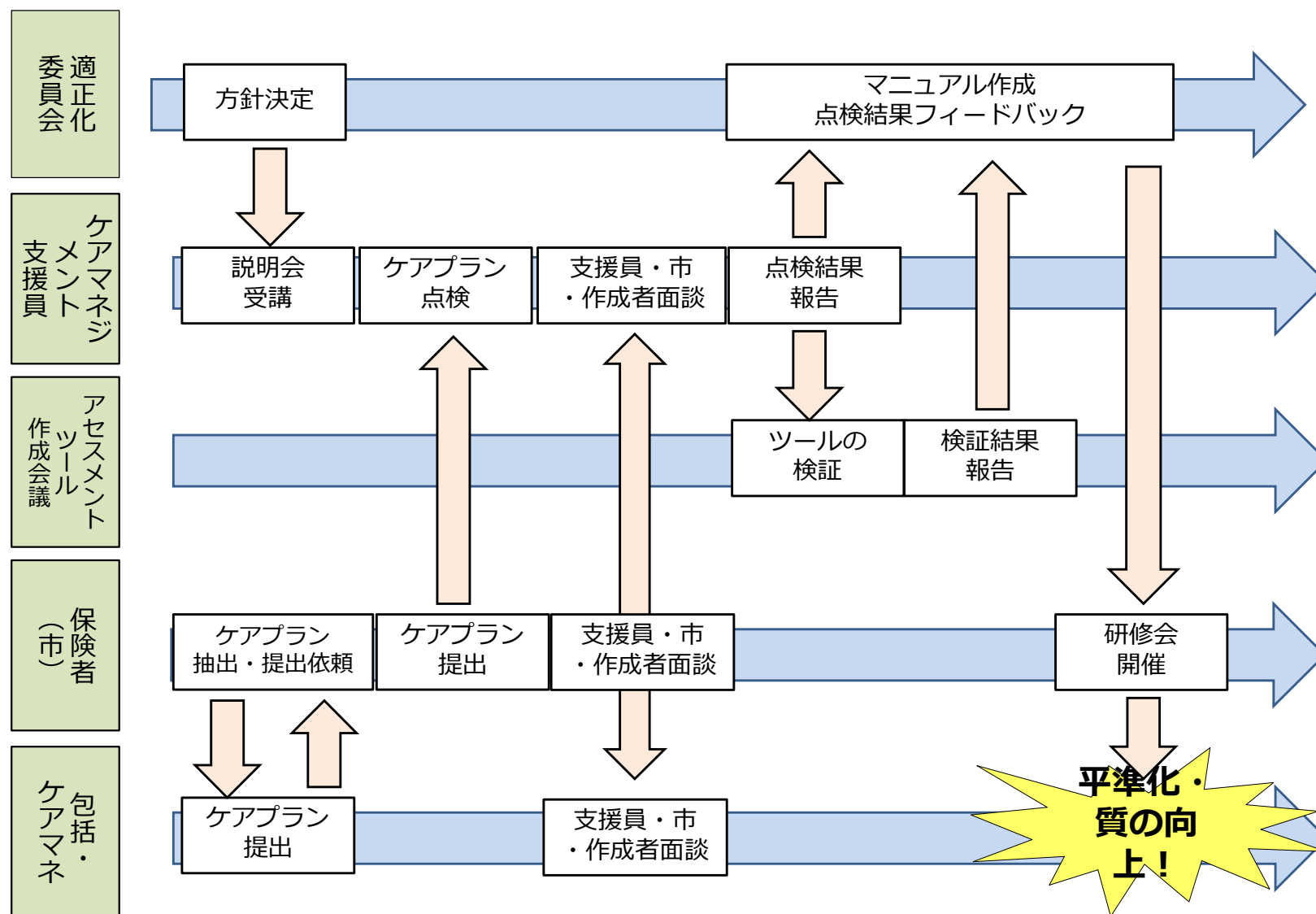
平成29年3月8日

・ヒアリング 振り返りシート回収

平成29年3月21日

第2回 ケアマネジメント適正化委員会  
(実証含めて、点検(確認)マニュアルの確定)

# ○生駒市ケアマネジメント適正化推進事業（ケアプラン点検）の流れ



\* 委託先包括6カ所が、同じ目線で介護予防ケアマネジメントが徹底できているかを検証  
平成28年度から継続して外部講師を招き、実施！



生駒市は、後期高齢者の伸びは著しいものの、介護予防ケアマネジメント件数は、年々下がっています。多様なサービスに合致する対象者像が明確なため、事業も創出しやすく、結果も現れやすいのだと思います。

平成26年頃は、全国より要介護認定率も高いものでしたが、要支援者や虚弱高齢者（旧二次予防事業対象者等）の分析やケアマネジメントの適正化を進めたことにより、事態は改善していきました。

要支援者等における心身の状態像に応じたサービスや事業の案内を委託先の地域包括支援センターが効果的・効率的に実施できるようになり、ケアマネジメントの平準化できるようになったことから、急激に認定率の低下及び介護予防ケアマネジメント件数が低減するようになりました。

総合事業の上限額に比べ、少ない費用で元気を取り戻していく高齢者も増えています。

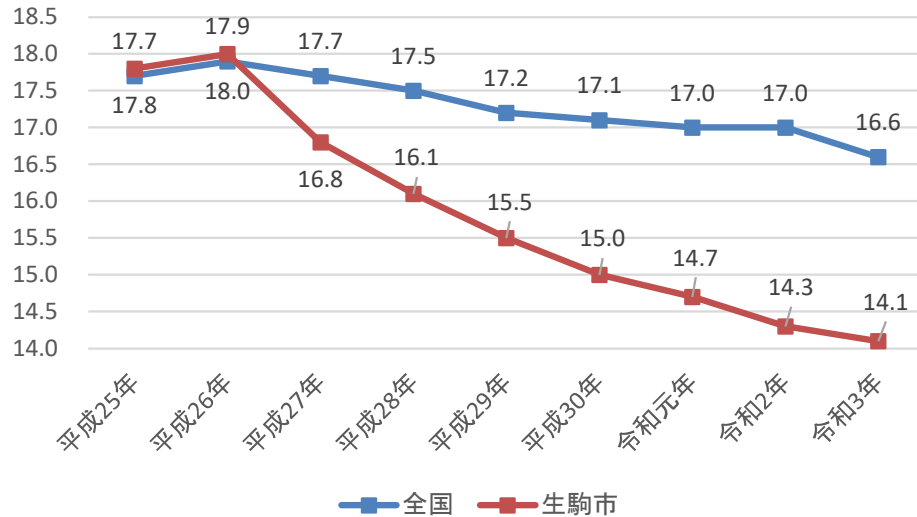
ここに至るには、医療介護連携ネットワーク推進協議会を始め、関係者の皆様の多大なるご協力があったことです。



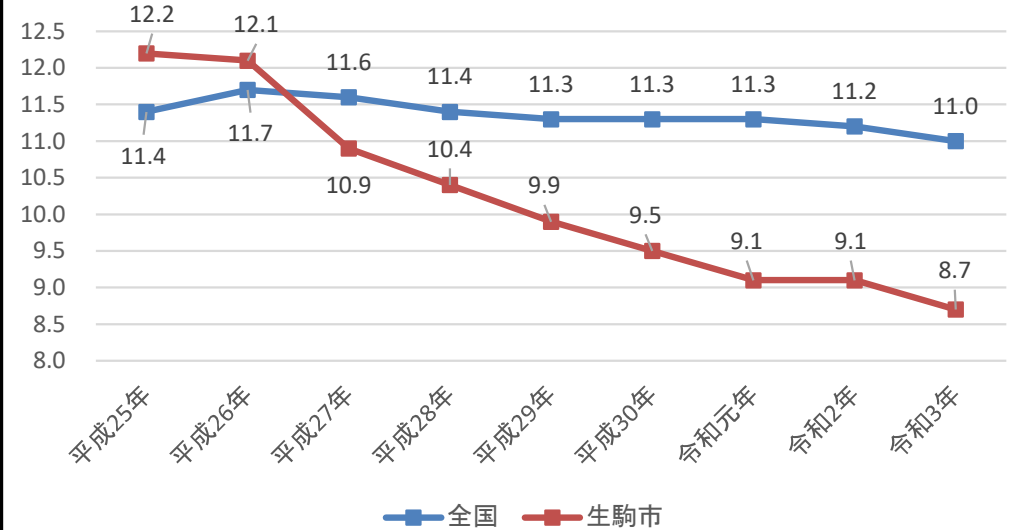
## 参考資料

# 生駒市の現況

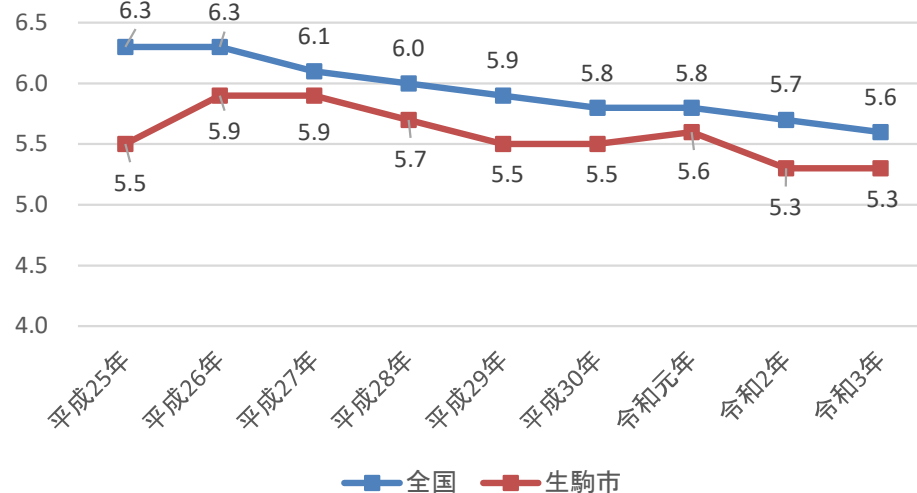
## 調整済み認定率(%)



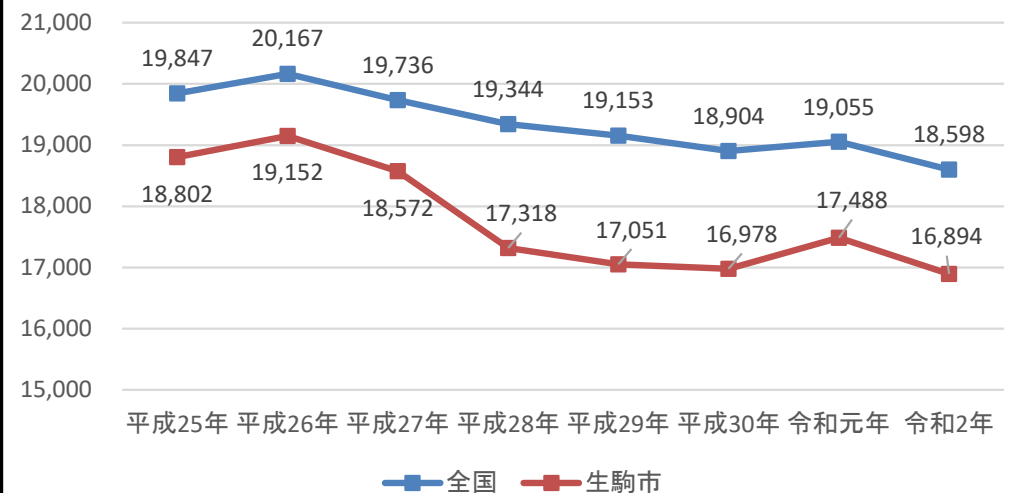
## 調整済み認定率(軽度)(%)



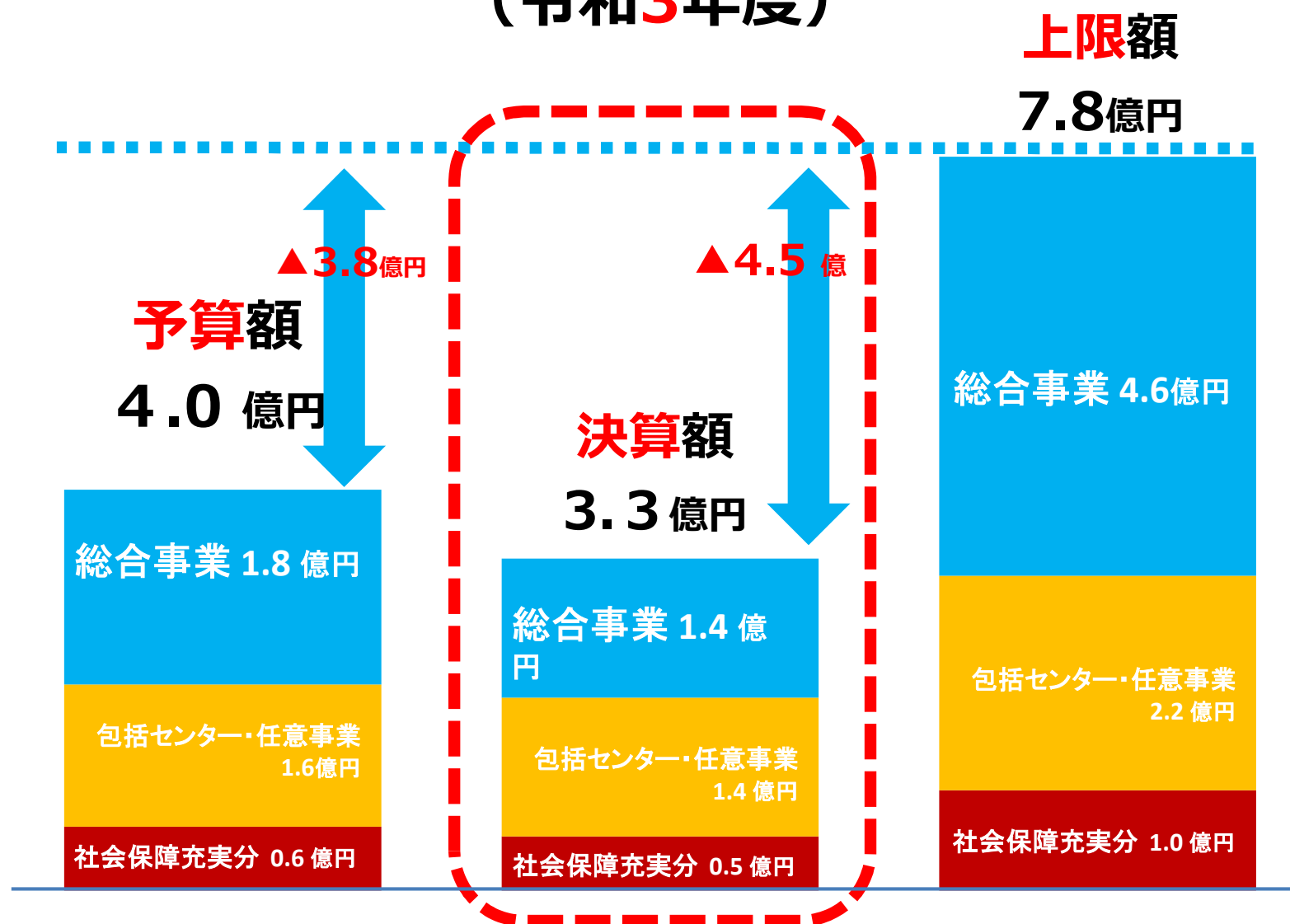
## 調整済み認定率(重度)(%)



## 調整済み一人当たり給付月額(円)



# 生駒市における地域支援事業の執行状況 (令和3年度)

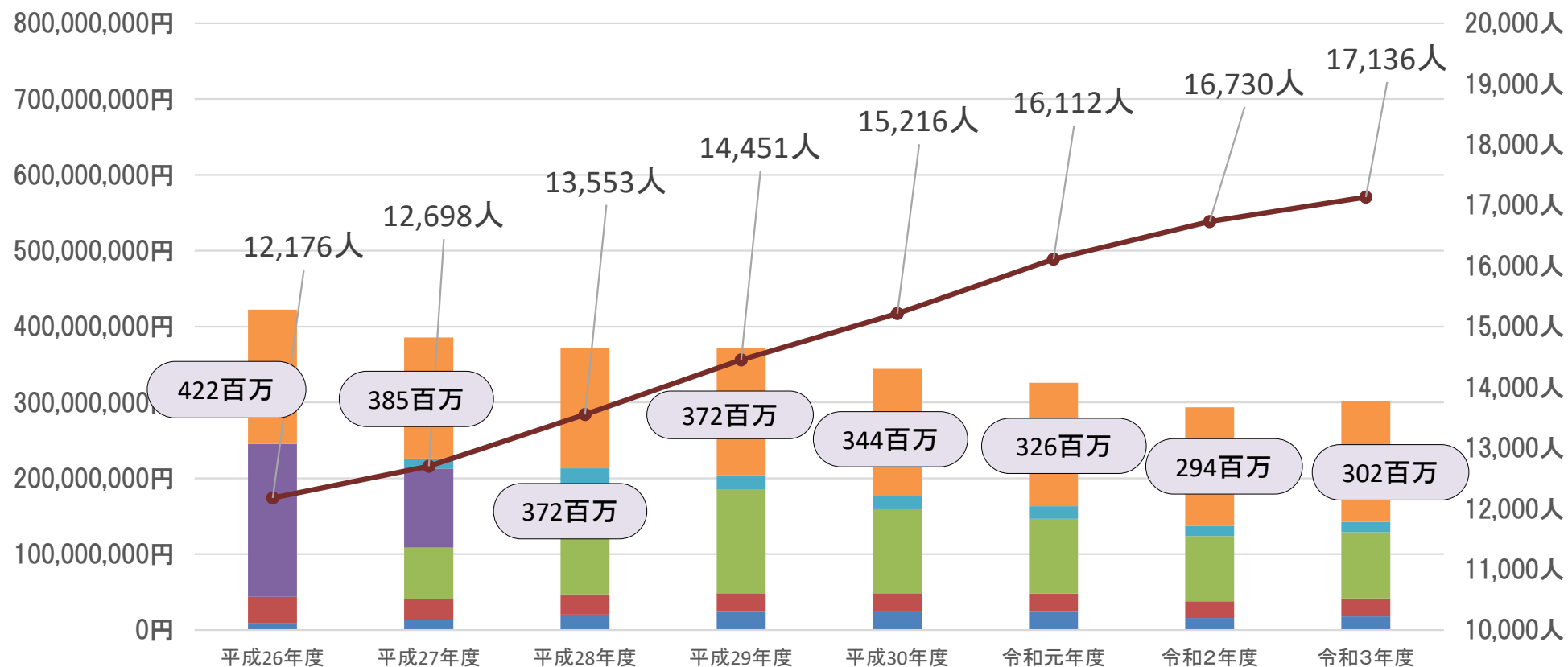


- ・ 総合事業：介護予防・日常生活支援総合事業
- ・ 包括センター・任意事業：包括的支援事業（地域包括支援センター運営費・任意事業）
- ・ 社会保障充実分：包括的支援事業（社会保障充実分※）※生活支援体制整備、医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議

# 予防給付、総合事業決算額と後期高齢者数

決算額 (円)

後期高齢者人口(人)



■ 一般介護予防事業  
■ 介護予防・生活支援サービス事業 (従前・A)  
■ 介護予防ケアマネジメント  
● 後期高齢者数 (各年10月1日)

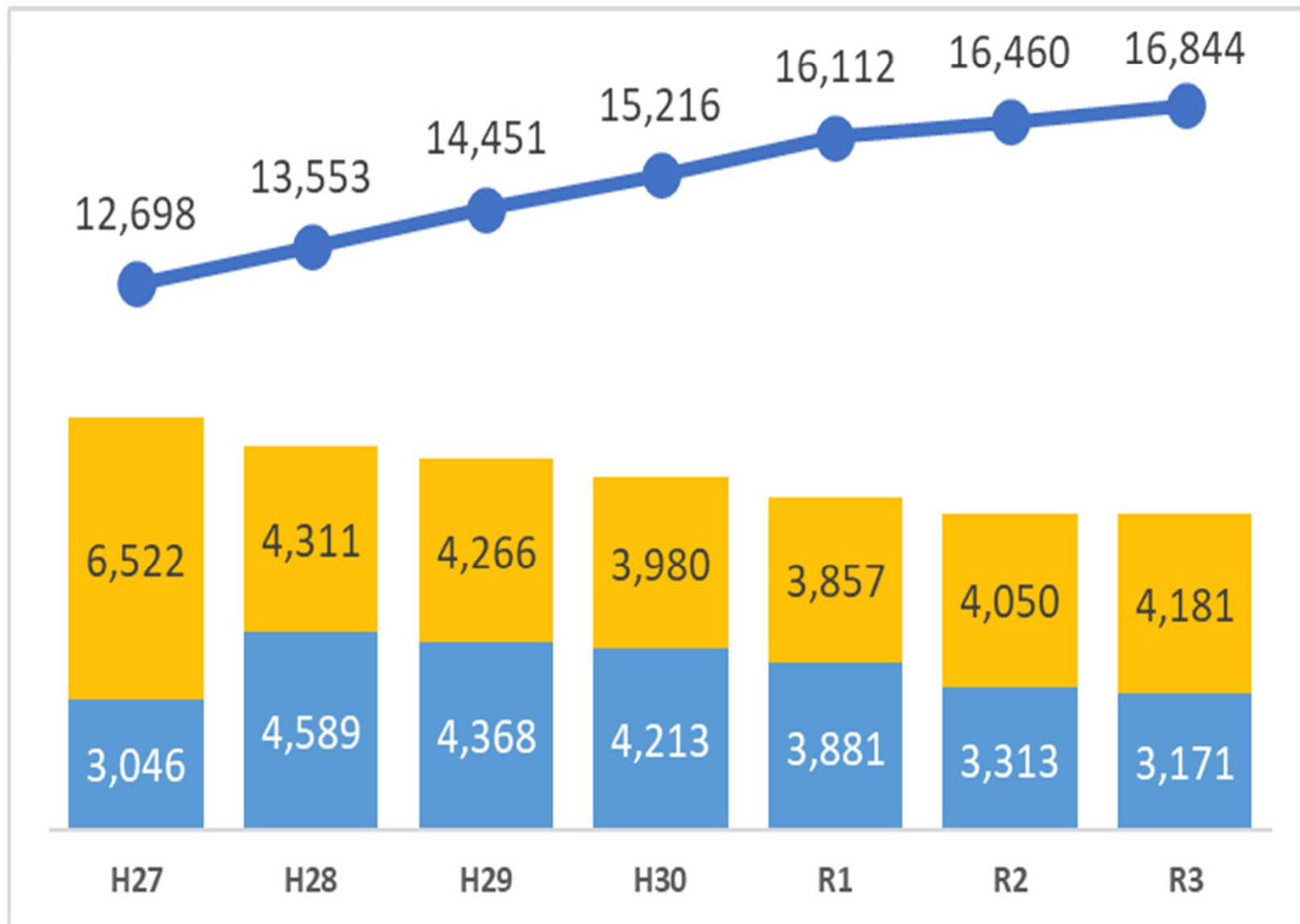
■ 介護予防・生活支援サービス事業 (従前・A以外)  
■ 予防給付費 (通所訪問)  
■ 予防給付費 (通所訪問以外)

※平成28年度以降は通所介護・訪問介護含む

各年度決算額



# 介護予防ケアマネジメント件数と後期高齢者数の推移（生駒市）



後期高齢者数  
(人)

介護予防支援  
プラン作成数(件)

第1号介護予防支  
援プラン作成数  
(件)

スクリーニング・ケアマネジメント  
継続した住民への啓発

たくさんの市民に知ってもらうために、、、

元気になった人を掲載する冊子を発行  
配布第4版



生駒市の  
ホームページに  
掲載してあります



「あなたのおかげでこんなに元気になれた！」と  
笑顔の感謝が続出、進めていく自信につながる



同じ境遇の人に、こう声かけた。  
「なんとかなるよ」

よしかわ かずお  
吉川 一雄さん（79歳）

「まさか家内が先に…」。10年前、妻に先立たれて以来、ふさぎ込んでいた吉川さんの兆候を、地域包括支援センターの大西淑子さんがいち早く見つけた。介護保険を未使用の人に送るチェックリストから、気持ちの沈みが見て取れた。大西さんから連絡で、パワーアッププラス教室に参加することに。知らない世界によう入らん、と思ったが家においても仕方ない。行ってみると人付きあいもなかなか楽

しく、みるみる元気になっていき、そんな父親に娘たちも喜んで…と、いいことづくし。

卒業後に始めたボランティアでは「経験をいかし、同じように落ち込んでいる人の励みになれば」と、常にアンテナを張り巡らせている。実際、同じ境遇

で落ち込んでいた男性と、どちらからともなく話をしたことも…。「今は辛い。けど、なんとかなるよ」どんなアドバイスより、心に届いたはずだ。



「本当にあの頃は、憂鬱な日々でした。大西さんに救われた」という吉川さんに「ボランティアですっかりお世話になっています。もはや私たちは同志です」と大西さん。



**一般介護予防事業の風景 ～ 地域での取組加速化 ～**  
**後期高齢者向け事業の展開（座って、みんなと楽しく！継続生を大切に永続的！）**



**1. 住民主体    2. 講師派遣    3. 直営事業    4. 委託事業**

目的・対象・高齢化率・地域環境・地域力など勘案し、課題別に事業を立案  
普及啓発、人口減少問題、後期高齢者増、地域づくりを情報発信・ワークショップ

**前期高齢者向け事業の展開（自重をかけて筋トレ・脳トレ！動機付けを大切に有期限！）**



前期高齢者向けエイジレス  
エクササイズを開始



コグニサイズ教室  
身体と頭を使ってアクティブに

## 介護保険分野にとどまらない高齢者の生きがいがづくり 活躍の場の創出

### 食育を通じて、市の関係各課との協働！



環境保全課  
エコクッキング教室



生涯学習課  
チャレンジ室



生涯学習課  
寿大学



こども課  
おさかな教室



防災安全課やまびこ  
ネットワーク防災訓練

### 1年365日、ほぼ食育に 関して活動！

- 活動が担い手自身の介護予防！
- 出発は男の料理教室の受講者
- 気づけば、地域を支える人に変身！



## 東生駒地域包括支援センター コロナ禍での活動紹介



地域づくりの勉強会



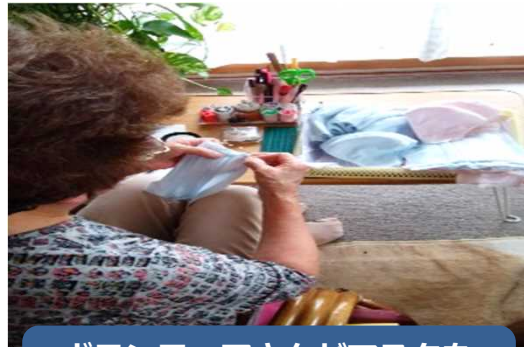
オレンジカフェ開催



～会えないみんなへの  
メッセージ～



市内事業所のスタッフが  
サロンのお手伝い



ボランティアさんがマスクを  
作って皆にプレゼント



病院のガレージでの  
お食事サロン

さらに

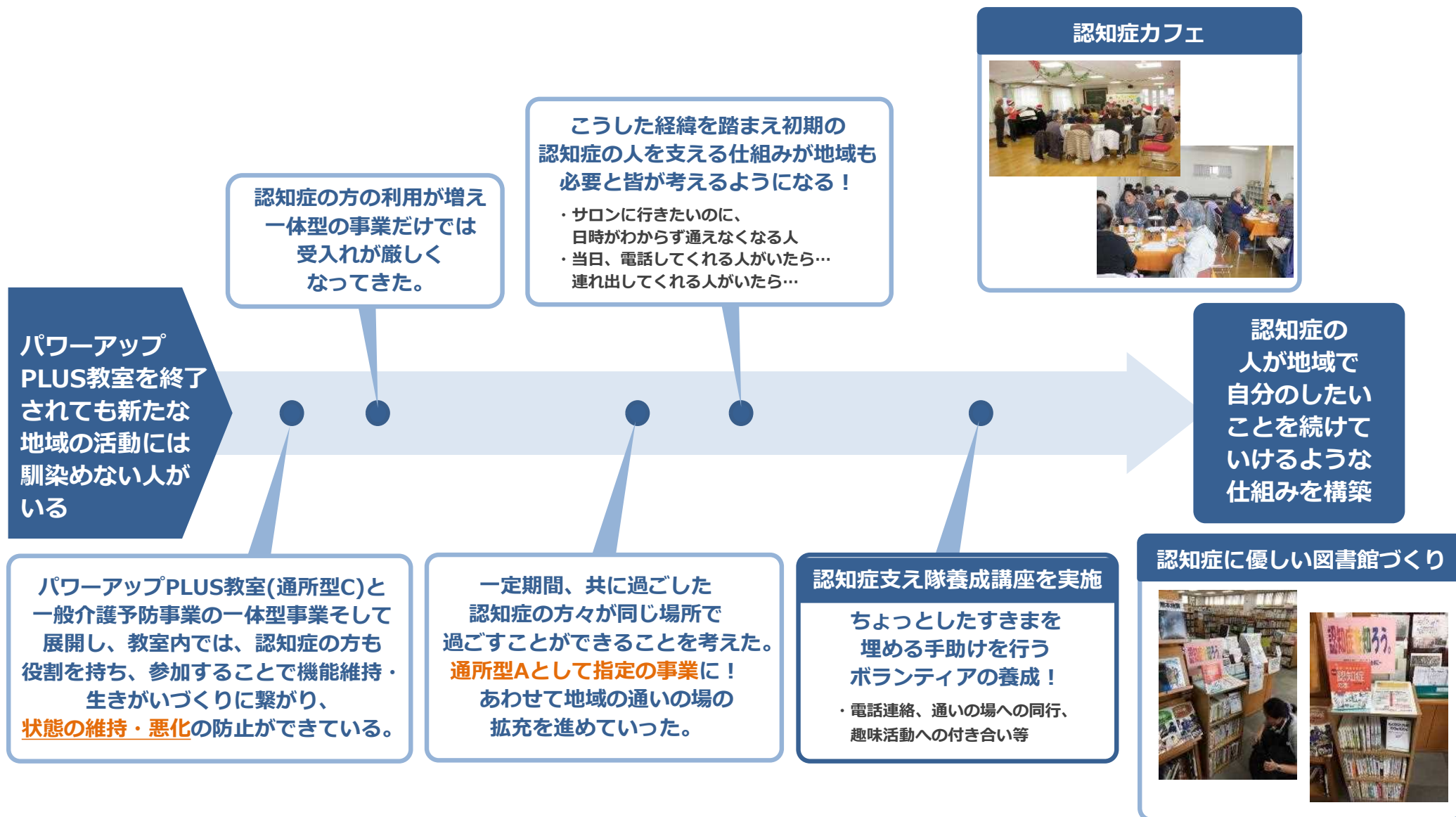
コロナ禍において、往復ハガキのやりとりや  
ユーチューブの配信など新しい取り組みも始めてみました。



少人数の参加だけど、事業所の方や、ボランティアさんが  
お手伝いしてくれるので、地域の皆とつながり続けています。



## 認知症の当事者及び家族支援の充実



## 地域共生社会の構築に向けた課題と対応

認知症総合支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業

認知症の方、家族を支える通いの場が必要

地域の方が通える場が必要

始めのアプローチが違うが、  
目的は地域で通える場が必要なのは共通

**地域で支えあう仕組みが必要だ！**

**生活支援体制整備事業**



### 【生駒市の課題】

- ・坂道が多く、通院、買い物へは送迎が必要
- ・通いの場を創出しても、自力では行けず、送迎付きの通いの場が必要

通所Bや訪問Dを活用して  
課題を解決できないか検討中

### 大切なこと

- ・課題を解決するために総合事業を活用する  
(決して類型に当てはめるだけの事業を作らない)
- ・地域と話し合い、できることを一緒に模索する

### 今、地域との話し合いの中での課題

- ・送迎について、法に抵触しないか、  
また担い手を増やすか  
(運輸局とも調整)
- ・事業をどのように展開するか  
(内容、対象者の把握、エリア、  
補助の範囲等)



## 地域力の向上 ～介護予防・見守りから支え合い～



### 【あすか野の土曜日】

高齢化率が高い自治会が  
自らの手で土曜市を開催！



### 【鹿ノ台いきいき街づくり会】

いきいき百歳体操、買い物支援、喫茶サロンなどを実施。  
厚労省健康寿命伸ばそうアワード受賞

## 地域ボランティア講座

老人クラブ連合会向けに地域における  
助け合い・支え合いを進めるための  
連続講座を開講。

- 1回目 地域包括ケアってどんなこと？
- 2回目 とともに安心できる見守り活動
- 3回目 何ができる？生活支援
- 4回目 百歳体操で転ばない体づくり！



### 助け合い・支え合いに 関するワークショップ

既に助け合い等の取組を始めている  
地域の方々にお集まりいただき、地  
域課題を抽出し、何ができるかにつ  
いて話し合い。



### 生駒市の高齢者福祉施策に 関するワークショップ

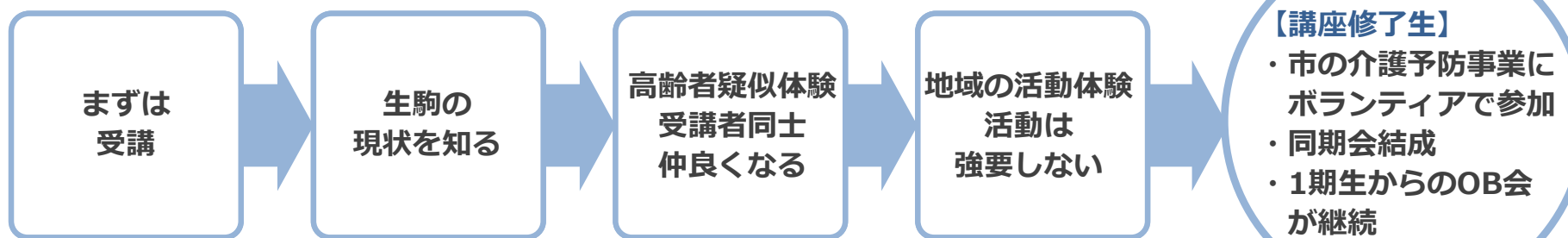
今後の高齢者福祉施策のあり方につ  
いて、ワークショップを開催  
(全4回、延べ参加者数145人)

他の地域でも様々な取組が進むよう市政研修等を通して啓発！

## 地域ボランティア講座（H15年度より継続開催）

※介護予防ボランティア講座は平成11年度から開始

- ◆ 地域福祉活動や介護予防の活動を始めのきっかけとなる講座として継続開催。
- ◆ 対象者：高齢者や地域福祉、介護予防や認知症予防に関する活動に興味がある人。



地域ボランティア講座のOB会が(1期生から15期生)定期的に会合を持ち、年に1度ボランティア交流会を企画して運営！



地域ねっこのつどい  
～ボランティア交流会～

100人程のボランティアグループの代表者が集まり互いの交流を深め新たな取組を紹介しあい刺激を受け合う集い（市若手職員も交わり刺激を受ける）



※令和4年1月より生活支援サポーター養成講座を始めました！



# 市民との協働（ワークショップ）

「地域の課題＝まちづくりの課題」と捉えて  
各担当課が開催する「ワークショップ」に  
関係課が連携しています

専門  
機関

協働

庁内

## 従来のワークショップ

助け合い・支え合いを  
進めるための意見交換会



開催形式

地域包括  
ケア推進課  
(単独)

地域住民

高齢者の支援を中心にワークショップ  
を開催しても地域全体の課題となると  
担当課だけでは、進行が厳しかった。

## 各課連携したワークショップ

### あすか野ミライ会議



開催形式

住宅政策室

地域住民

いこまの魅力  
創造課

地域包括  
ケア推進課

関係各課

### 中地区ワークショップ



開催形式

市民活動  
推進課

地域住民

いこまの  
魅力  
創造課

地域包括  
ケア推進課

関係各課

専門  
機関

各地域が直面している課題を市役所の各部局も連携・協力し合うことにより、市民との協働・協創がさらに進むのでは？

いきいき100才体操がきっかけとなり、自治会を拠点に  
介護予防や生活支援を進めていくことになる！

## 政策形成→100のコミュニティ事業の展開



最大の移動・生活支援を市民・事業者・市の協創で実現！





# 生活支援体制整備事業を通して地域の通いの場の創出

## 畑活サロン (ごちゃまぜサロン)

地域で話し合い

誰もが参加できる  
仕組みづくり



老若男女、こどもも認知症高齢者も  
誰でも参加可能なサロン

## 健康マージャンの開催



## 図書室カフェの開催



## 出張サロン



## たわわ食堂



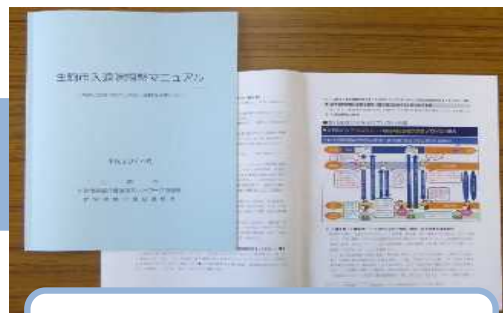
## 心カフェ（認知症カフェ）



## 医療介護連携 医療機関・医療従事者等に地域の暮らしを知ってもらう



入退院調整マニュアル  
ワーキンググループ



入退院調整マニュアル  
作成・運用



認知症初期対応マニュアル  
作成・運用

### 医療機関と地域との橋渡し



各病院の協力

- ・市が病院に出向き、医療スタッフに向け出前講座を実施
- ・総合事業の仕組みや認知症施策について説明



出前講座開催

- ・開催後の反応（アンケート結果）
- ・生駒市における地域包括ケアシステム構築への理解up
- ・医療介護連携体制の理解up
- ・地域包括ケアシステムや生駒市の人口推計への関心を深めた等

認知症の方が安心して地域で暮らせるための  
社会資源を知りたい

発展



- ・医療機関向け、認知症サポーター養成講座開催
- ・認知症の方への意思決定支援等（病院スタッフ向け）

次につなげる

地域の暮らしを知ってもらう



# 認知症理解に関する課題と対応

専門職も認知症に対する理解が  
十分とは言えない

専門職の認知症に対する質の向上を目指し

- ・ 認知症時期別対応マニュアルの作成
- ・ 認知症初期対応事例集の作成



初期～終末期まで

本人 家族 事業所 ケアマネ  
包括 病院 地域に分類

|    | 初期 | 中末期 | 重症 | 終末期 |
|----|----|-----|----|-----|
| 医療 |    |     |    |     |
| 介護 |    |     |    |     |
| 包括 |    |     |    |     |
| 行政 |    |     |    |     |
| 住民 |    |     |    |     |

包括の権利擁護部会による作成

- ◆ 医療介護連携の場を活用し、認知症対策部会に対応事例集を作成！
- ◆ 地域包括支援センター・権利擁護部会を活用し、症状別対応マニュアル作成！

認知症時期別対応マニュアル

## 認知症初期対応事例集

| 事例集のテーマ |                                                                                                                                            |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療      | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 定期受診・疾病管理に上手くつなげることができたケース</li> <li>◆ 認知症の症状を理解し、居宅療養管理指導や服薬の工夫など、疾病管理に工夫ができたケース</li> </ul>       |
| 介護      | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ サービス利用拒否からサービス利用にうまくつなげたケース</li> <li>◆ 地域ケア会議の活用により、インフォーマルサポート支援が得られたケース</li> </ul>              |
| 包括      | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 受診拒否から認知症の確定診断につなげたケース</li> <li>◆ 認知症の理解の促進や見守りネットワークを強化するため、地域住民を触発し、認知症カフェ設立につなげたケース</li> </ul> |
| 行政      | ◆ 家族支援を通じて、社会交流の場に参加できるよう動悸付けした結果、認知症状及びうつ症状の改善につながったケース                                                                                   |
| 住民      | ◆ 認知症であることを地域・関係者に告げたことにより、多数の応援者が得られたケース                                                                                                  |

**事例 疾病管理が上手いかなかったケース**

問題と考える原因

- 認知症の症状が、医師・薬剤師・看護師など専門職に伝わり、適切な対応がとれなかった。
- 認知症の症状が、医師・薬剤師・看護師など専門職に伝わり、適切な対応がとれなかった。

解決策

- 認知症の症状が、医師・薬剤師・看護師など専門職に伝わり、適切な対応がとれなかった。
- 認知症の症状が、医師・薬剤師・看護師など専門職に伝わり、適切な対応がとれなかった。

事例集のテーマ

- ◆ 定期受診・疾病管理に上手くつなげることができたケース
- ◆ 認知症の症状を理解し、居宅療養管理指導や服薬の工夫など、疾病管理に工夫ができたケース

事例集のテーマ

- ◆ サービス利用拒否からサービス利用にうまくつなげたケース
- ◆ 地域ケア会議の活用により、インフォーマルサポート支援が得られたケース

事例集のテーマ

- ◆ 受診拒否から認知症の確定診断につなげたケース
- ◆ 認知症の理解の促進や見守りネットワークを強化するため、地域住民を触発し、認知症カフェ設立につなげたケース

事例集のテーマ

- ◆ 家族支援を通じて、社会交流の場に参加できるよう動悸付けした結果、認知症状及びうつ症状の改善につながったケース
- ◆ 認知症であることを地域・関係者に告げたことにより、多数の応援者が得られたケース

認知症対策部会により、医師・歯科医師・薬剤師・セラピスト・訪問看護・訪問介護・通所事業・地域包括支援センター、介護支援専門員など様々な専門職が関与して、作成中。