



花巻市における地域づくりによる 介護予防推進支援事業の取り組み について

～平成26年度モデル事業終了後の進捗状況について～



花巻市健康福祉部長寿福祉課



岩手県花巻市の概要 (H27.3月末)

- 面積：908.390km²
- 人口：99,230人
- 高齢化率：31.3%
- 要介護認定率：19.6%
- 第6期介護保険料：5,506円
- 高齢者だけの世帯：24.9%
(うち単身高齢世帯：14.4%)



宮澤賢治 生誕の地



現在の通いの場の数 (H28.2月末時点)

- 元気でまっせ体操（大阪府大東市）
- 週1回から2週に1回程度住民主体で実施

●当初の立ち上げ計画

H26モデル実績	H27	H28	H29
3	5	15	25



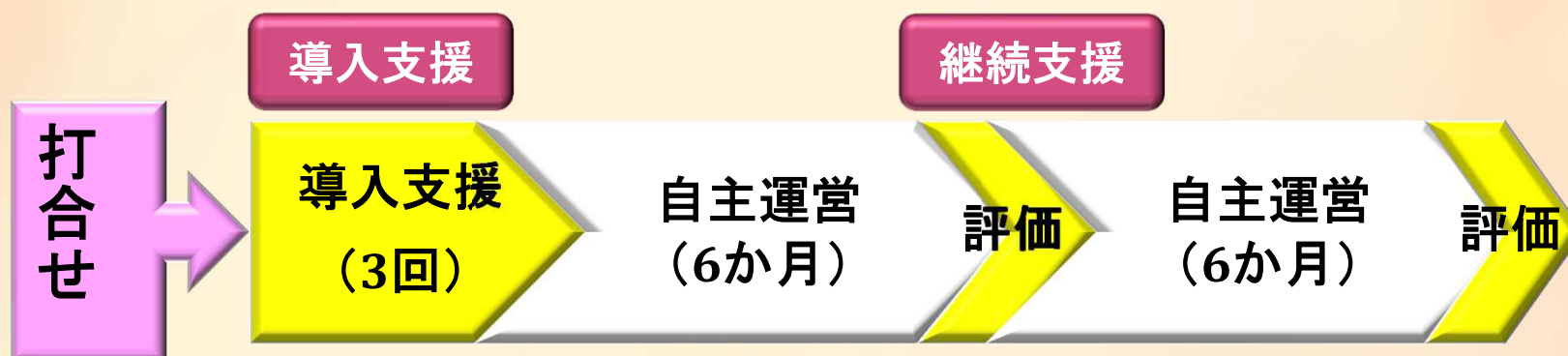
46団体、758名参加！

※二次予防事業の参加者(例年約200名)より多い

既存の介護予防事業との違い

- 虚弱な方も、お世話する方も一緒に会を運営している
- 指導者やリーダーがいなくても実施することができる
- 代表者が参加できなくなっても、会が消滅することなく継続している
- 地域の困っていることや、地域の様子を知ることができる

事業の流れ



地域診断

- ・地域の課題を探る
- ・地域のキーパーソンに参加していただけるよう手配する
- ・体操を継続するための必要物品を準備していただく

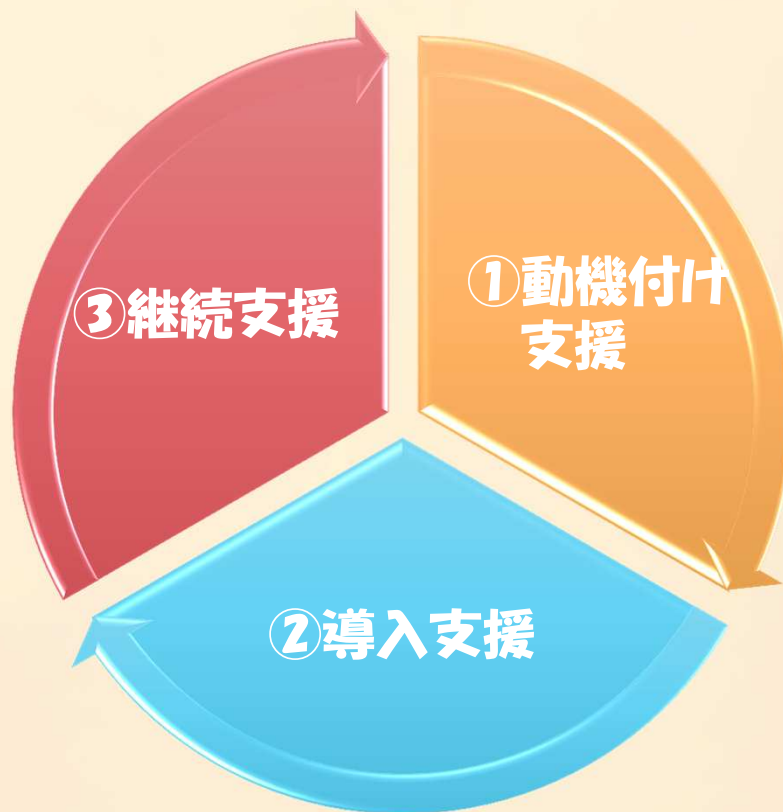
いきいき講座
(3回)

包括による
個別のケース
対応

立ち上げから継続までの3つの取組



普及・継続のための戦略



取り組み 1 動機づけ支援

■ 動機付け（住民説明会等）の地道な継続

- ・ 民生委員等リーダー的な立場の方の研修等の機会に合わせた普及啓発
- ・ 事業に取り組む背景、目的を伝える（高齢化率、介護保険料等について）
- ・ 体操の紹介
- ・ 動画等により効果を伝える



■ 住民団体主催の健康講座での体操の紹介

■ 中学校区単位の高齢者大学の講座に位置づけ

■ 開催決定の地区へのチラシの全戸配布

取り組み2 導入支援（3回）

～導入が決定した団体への支援～

1回目	2回目	3回目
・体力測定 ・体操指導 ・講話(動機付け) ・体力測定結果説明 ・同意書記入 ・基本CL記入 	・講話 (血圧測定方法、 脳卒中予防) ・血圧測定 ・DVDによる体操 ・DVD等操作方法指導 ・住民運営にあたっての役割分担	住民による実施の見守り ・導入支援が上手くいかなかった箇所は失敗している ・継続するには導入支援が重要！ ・失敗経験を踏まえ、試行錯誤を繰り返し、平成27年8月頃にこの仕組みが完成

取り組み3 継続支援

- 1か月後のコール支援
- 困ったときの見守り支援
- 6か月後の体力測定
- 介護予防講演会での活動発表
- 様々な情報発信と取組内容の工夫
 - ・ 低栄養改善・脱脳卒中对策
 - ・ 口腔機能向上
 - ・ 認知症施策
 - ・ 生活支援サービスの検討の場
 - ・ 行政からのお知らせ
(マイナンバー制度の普及、特殊詐欺防止 等)



→脱マンネリ化、モチベーションのアップ

普及・継続に向けた行政と住民の役割

行 政	住 民
・地域資源の情報を住民と共有 ・通いの場を実施したい住民と一緒に、開催のためのコーディネート →物品が足りなければ公民館長の参加を促す、リーダーがいなければ民生委員へ開催の相談をさせる等相談者を通じてキーパーソンを招集する ・住民に対し、体操に取り組むきっかけを提供（効果の提示） ・住民一人一人が持っているパワーを引き出す	・会場予約、かぎ開け、いす等の会場準備、テレビ・DVDの操作を、当番を決めて順番に行うことをルールとしている  それぞれの住民が主体的に、気になる方に声をかけたい、誘い合ったり、食事会を企画したり、認知症予防の体操をしたいと役割を持ち始めている。

“住民の気持ち”の変化

⇒成功・継続のポイント！

- 支援を重ねるうちに、リーダーに頼りきりだった団体も、自分から何か手伝おう、会に主体的に参加しようという気持ちに変化
- 当番の日を楽しみにしている
- 行政の知らないうちに、体操以外の活動が増加
- 体力測定を6カ月ごとに行うことにより、前回よりもよい結果を出そうという意欲の発生
- 区長や公民館長等も、普段は会に参加するわけではないが、椅子の用意に活躍したり、暖房が壊れた際かけつけたり、住民に頼りにされ感謝されることで、達成感を得ている
- 民生委員の中でも、地域のつながりを感じる方がいる
- 本人や地域がもともと持っていたが、途絶えてしまっていたネットワークを再構築することにつながっている

“職場”の変化

⇒成功・継続のポイント！

(1) 体制について

- ・長寿福祉課、健康づくり課に分かれて実施していた介護予防事業を、長寿福祉課に職員を集約し体制を整えたこと
- ・担当者が介護予防事業に集中できるよう、係内で協力

(2) 発生した課題への迅速な対応の仕組みの構築

- ・週1回スタッフによる打ち合わせ及び反省と次回の戦略
→その週に支援に入った地域の状況と今後の方向性の確認、次週支援に入る地区の方針と役割分担
- ・スタッフ全員が問題点を情報共有
→住民から相談があっても全員が対応できるようにしている
→問題については全員がアイディアを出し、様々な選択肢の中から解決策を住民へ提案

(3) スタッフの気持ちの変化

- ・住民の気持ちの変化→スタッフの意欲向上→スタッフ自身も楽しい

取り組みの失敗とその解決策

①立ち上げの失敗

- ・ 会場の環境を整えることができない（テレビ、DVDプレーヤー、椅子）
- ・ “やりたい”という方はいたが“やろう”という方がいなかった。リーダーの不在。
- ・ 行政区の事業として、きちんとした形を作ってからはじめようとする男性役員主導で行うと、開始までにかなりの時間を要する
- ・ リーダーの負担をおそれて開始できない

キーパーソン の召集の失敗

- ・ 公民館長、区長の巻き込み
- ・ CDで対応
- ・ サロン登録による補助金の活用
- ・ 各家庭での不用品の活用
- ・ 使用しなくなったゲーム機の活用

取り組みの失敗とその解決策

②運営の失敗

- ・ 役割分担を中途半端にした場合、代表者にだけ負担がかかってしまう
- ・ 導入に3回の支援ができなかった会場では、運営のシステムを伝えきれず、体操前の健康チェックや役割分担を行っていない団体もあり、何度もリーダーから連絡がくるようになった
- ・ 何かあったらどうしよう、と、冬場の実施を休んでいる団体もある。

導入支援 の失敗

- ・ 6カ月後評価の際、軌道修正を行う

継続に向けた各種取組内容について

◇脱脳卒中対策（導入支援時に実施）

- 団体への血圧計の貸与
（健康づくり課；自動血圧計貸出事業）
- 家庭血圧測定の普及
- 血圧に関する講話
- 減塩指導

※自宅に血圧計がある方が約8割だが、使用していない方がほとんどだった。体操実施日には、血圧を測定してから体操するよう指導。
→半年後には、血圧を自宅で測定する習慣が全員についたのと、血圧計を返却する団体もあった。

◇いきいき講座（6か月後評価の後実施）

①低栄養改善：栄養士による講話

- 食事摂取の多様性チェックシート
- 低栄養について
- 減塩、高血圧予防（脳卒中对策）



◇いきいき講座（6か月後評価の後実施）

②口腔機能改善

- 口腔機能についての理解
- セルフチェック（反復唾液嚥下テスト、口腔内視診、発声持続時間 等）
- 口腔体操（顔面体操・舌体操・唾液腺マッサージ・パタカラ体操）

※DVDの提供



◇いきいき講座（6か月後評価の後実施）

③認知症対策

認知症サポーター養成講座の開催

- 認知症の正しい理解
- 認知症の方への対応の仕方
- 受診や相談先



認知症地域支援推進員

◇いきいき講座（6か月後評価の後実施）

③認知症対策

物忘れ相談プログラムによる簡易スクリーニング



もの忘れ相談プログラム 参加者用 申込用紙(印刷用紙)

氏名: _____ 性別: _____
電話番号: _____ 住所: _____

申込用紙

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	

アドバイス

物忘れが始まっている可能性があります。

物忘れ相談プログラムの説明

1. 物忘れ相談プログラムの目的は、物忘れの程度を把握し、適切な対応策を提案することです。

2. 物忘れ相談プログラムの対象者は、物忘れの程度が軽度から中等程度の方です。

3. 物忘れ相談プログラムの実施場所は、物忘れ相談センターです。

4. 物忘れ相談プログラムの実施時間は、毎月第1、3、5の土曜日の午前10時から午後2時までです。

5. 物忘れ相談プログラムの実施費用は、無料です。

お問い合わせ先: 物忘れ相談センター 電話: 03-XXXX-XXXX

家庭訪問による実態把握

- 体力測定時に、認知機能の低下が疑われる方をチェック
- 講座の際、物忘れ相談プログラムを実施
- 結果および観察により詳しい相談が必要と思われる方には、後日包括支援センター職員とともに家庭訪問による実態把握や相談を行っている

◇いきいき講座（6か月後評価の後実施）

③認知症対策

◎通いの場における認知症施策の最終目標

- 認知症の診断を受けた方が、認知症であることを周囲に話すことができ、周りからのサポートを受けられるようになること



- ・ 正しい認知症の理解により、本人が早期受診を受け入れられる
- ・ 認知症の疑いに、早期に気がつく
- ・ 認知症の方への対応の仕方を正しく理解する
- ・ いざという時にサポートを受けられる人間関係を築く

◇生活支援サービスについて考える会 (実験的に実施)

身近な地域の中でもお互いの状況や気持ちを理解しあえていないということがわかった



「自分のこととしてイメージできない」と答える方が多かった一方、一人暮らしであることの不安、介護の負担を訴える方もいた

事前アンケート（前週までに実施）→制度についての説明→
事前アンケート結果報告 →グループワーク

生活支援サービスにおける通いの場の役割

- サービスの“受け手・担い手”両方の立場で制度の理解を深める
- サービス提供の場（食事の提供、移動販売など）
- ボランティアの担い手の発掘

今後の課題と展開方針

【課題】

- 環境が整わなくても、実施できると思わせる手法の確立
- より虚弱の高齢者の参加を促す
- 男性の参加率向上に向けた検討
- 高齢者が自分の足で通えるよう、さらなる実施箇所数の増加

【展開方針】

- リーダー交流会の開催による活動の広がり支援
- 既存の事業との統廃合
- 委託先の開拓
- 生活支援サービスとのマッチング 等