

生駒市における総合事業 の取組について

生駒市福祉健康部福祉事務所高齢施策課

地域包括ケア推進室 室長 田中明美

主任 齊藤 新吾



生駒市の概況



基本情報 (H28.4.1)	
人口	120,835人
第1号被保険者数	31,220人
65~74歳	18,040人
75歳以上	13,180人
高齢化率	25.8%
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	485人
要支援2	710人
要介護1	894人
要介護2	893人
要介護3	614人
要介護4	582人
要介護5	426人
計	4,604人
認定率	14.7%

要介護認定者数の推移 (第1号被保険者)

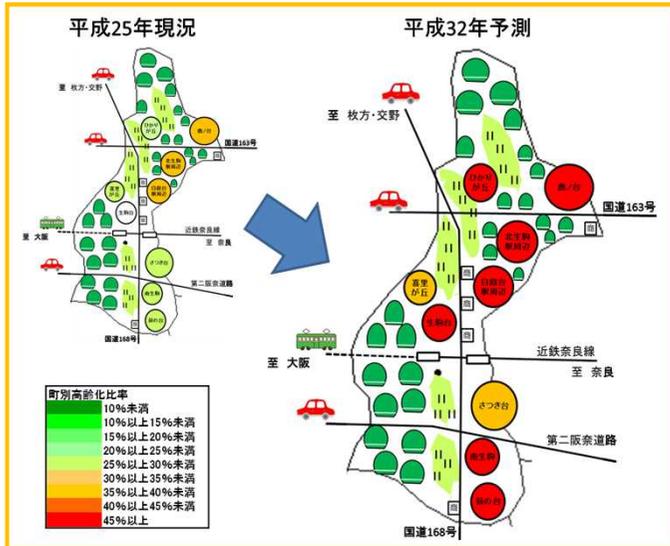
年度	要介護認定率 (%)
H24年	15.6
H25年	15.9
H26年	15.6
H27年	14.7



※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))

各年 3月末日現在

→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。



総合事業への移行準備について（H27.4 導入に向けて）

- ◆現状把握（要支援1・2の対象者数とサービス利用傾向の実態把握）
- ◆現行デイ・ヘルパー利用の要因分析（サービス利用のきっかけ）
- ◆主治医意見書・認定調査の結果分析（疾病と状態像の分析）
- ◆必要な事業の組み立て（独自の体系図）
- ◆予算の確保（必要な事業数及び量の算定）
- ◆議会・理事者・関係部局・事業所・市民との合意形成（説明会・研修会の実施）
- ◆実施要綱や必要帳票の作成及び総合事業のシステム構築
- ◆窓口フローチャートやサービス利用時の基準を関係機関と共に作成
- ◆居宅・事業者説明会の実施（具体的なイメージを抱くことができるような工夫）
- ◆市民啓発（フォーラム・出前講座・広報誌・手作りのリーフレット等の活用）
- ◆毎月の定例会議において地域包括支援センターと情報の共有
- ◆平成27年4月1日より多様なサービスのみ先行して実施（現行相当は下半期～）
- ◆総合事業を進める人員体制の確保（前年より3名増員「保健師2名増・事務1名増」）
- ◆介護予防・生活支援サポーター養成講座の実施（介護予防リーダーの発掘）



利用者
にヒヤ
リング

要支援者に真に必要なサービスを検討

理学療法士
等の専門家
の介入が必
須と確信！

【現 状】

【新しいサービスの検討】

（介護予防通所介護 1）

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ようになるのではないか？ **（短期集中C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ミニデイサービスの構築）**

（介護予防通所介護 2）

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 1）

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、サービス利用はできないのが通常である。



介護予防ケアマネジメントがカギとなる！
ヘルパーに変わる住民力が必要！

- 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」がウインウインの関係構築）**

総合事業の短期集中Cの事業には、地域リハに意識が高いリハビリ 専門職の関与が重要！ リハ職をどう巻き込むかが重要 !!!

1
H24.10月～
H26.3月

- 市外で回復期のリハビリに力を入れ、「地域リハ」に意識の高いN病院のリハ職に協力依頼し、生駒市の事業に参画してもらう。(ただし、H27.3月までとの期限付き)
- 事業協力期間の終盤には、今後、市内のセラピストへ事業参画を依頼していくことを見据え、「セラピスト療法士マニュアル」をN病院のリハビリ職に作成を依頼 ⇒ 半年かけて完成⇒今もそのマニュアルは引き継がれ活用されている。

2
H26.4月～
H27.3月

- 上半期、市内の回復期リハビリを実施しているH病院にH27.4月～事業参画を打診し、内諾をもらう。
- 下半期は、平成27.4月以降に引き継ぐ市内のH病院に市外のN病院と共に事業に参加してもらいながら、ノウハウを現場で引き継ぎ・継承(予算も倍見積もり、人材育成を先行投資)
- 半年間徹底して(旧)(新)の回復期病院のリハビリ職協働で研修会や勉強会を開催しながら、スキルアップを図る。

3
H27.4月～

- 市外N病院のリハビリ職の活用から、市内リハビリ職へ完全移行(事業継承してきたH病院のリハビリ職が活躍)
- 市内リハビリ職の活用の拡大(H27.10以降、教室数を増やし、市内急性期病院のリハビリ職の関与がスタート)
- 市内の「急性期・回復期・地域リハ」が1本のラインとなる(これこそ、まさしく地域包括ケア「医療介護連携」である)

4
H28. 4～

- 市と事業所・包括間の情報共有のため、メーリングリストを作成
- 定期的な勉強会を開催し、地域包括支援センター・事業者・市で質の向上
- 集中C以外に地域リハビリテーション活動支援事業を積極的活用し、市民ボランティアの質向上

短期集中Cの成功の鍵は、介護予防ケアマネジメント+地域ケア会議+事業所の質(セラピスト含む)の担保ができてこそ、初めて成果が生まれるもの

事業所への丸投げ委託やセラピスト任せでは失敗する恐れあり！！

総合事業の組み立て時の留意事項

【生駒市の方針⇔総合事業は、2事業で構成されていることに留意！】

1. 介護予防・生活支援サービス事業

虚弱高齢者を元気にする事業展開にとことんこだわり、短期集中予防事業（集中C）の事業を中心に緩和Bを創出。当面緩和Aは創らず、一般介護予防事業の展開を加速化することで、良循環な構図を構築。（集中C⇔一般介護予防事業）

2. 一般介護予防事業

短期集中予防事業（集中C）を卒業した人の受け皿づくり。地域活動に参加できなくなった人を集中Cの事業で短期間・専門家の手を借り、元の生活に導く。そこには、卒業した人々が事業の担い手（サポーター）になる仕組みが鍵！

- 生駒市では、平成27年4月より、**介護予防・生活支援サービス事業**（パワーアップPLUS教室・パワーアップ教室・転倒予防教室・ひまわりの集い・シルバー人材センターによる生活支援サービス）と**一般介護予防事業**のみを開始する形で「**総合事業**」をスタート。
- 平成27年10月より、予防給付の**訪問介護**と**通所介護**を新総合事業に移行。

総合事業の目標設定

通所型介護予防事業利用者数推計

＜参考資料1「要介護認定者数の推計」より＞

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
認定者(人)	要支援1	584	647	681	709	746
	要支援2	700	785	832	873	916
うち新規認定者(人)	要支援1	270	297	314	331	349
	要支援2	250	275	291	306	322

(認定者700人中、通所介護利用者数216人の割合) (認定者584人中、通所介護利用者数115人の割合)

＜参考資料2「平成25年度生駒市地域包括支援センター別サービス利用状況」による推計＞

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
通所介護(人)	要支援1	115	129	(a) 136	142	149
	要支援2	216	243	(b) 258	271	284
うち新規認定者(人)	要支援1	67	$\times 19.3\% * = 15$ 人	(c) 79	$\times 28.2\% * = 22$ 人	86
	要支援2	76	$\times 19.3\% * = 18$ 人	(d) 90	$\times 5.7\% * = 5$ 人	99

要支援1
 集中介入期利用者見込み 22人 ※1
 移行期利用者見込み 15人 ※2
 生活期利用者見込み 5人 ※3

要支援2
 集中介入期利用者見込み 25人 ※5
 移行期利用者見込み 18人 ※6
 生活期利用者見込み 5人 ※7

要支援1、2
 維持期利用者見込み 79人 ※4 (要支援1 79人+要支援2 90人=169人 169人×46.8%=79人)

*参考資料3「介護予防訪問介護・介護予防通所介護利用者の総合事業利用移行予測について」により、割合を利用

平成27年度通所型介護予防事業算定内訳

【利用者数】

- 新規申請者
 ①集中介入期 47人(支1 22人+支2 25人 ※1、5)・・・ア
 ②移行期 33人(支1 15人+支2 18人 ※2、6)
 ③生活期 10人(支1 5人+支2 5人 ※3、7)
 ④維持期 79人(※4)・・・イ

○二次予防事業対象者

- ①集中介入期(事業所Ⅰ) 13人×4クラス=52人・・・ウ
 ②移行期
 パワーアップ教室(事業所Ⅱ) 15人×4クラス×4クール×1.05=252人
 転倒予防教室 10人×4クラス×1.05=42人
 膝・関節教室 10人×4クラス=40人
 ③生活期 ひまわりの集い 60人×2クラス+地域型

【事業費】

- ①集中介入期
 事業所委託 47人+52人=99人(ア+ウ) 99人÷15人=6クラス
 12,606,000円・・・(1)
 ※平成26年度 4クラス 8,404,000円
- ②移行期
 33人+従前の二次予防事業対象者の1.05倍
 パワーアップ教室 252人×6,000円×10回=15,120,000円
 252人×3,000円×2回=1,512,000円
 転倒予防教室(健康運動指導士、看護師等への報償費) 4クラス
 委託料:2,368,000円
 腰痛・膝関節教室(セラピスト、看護師等への報償費) 4クラス
 委託料:2,628,000円
 計 21,628,000円・・・(2)
- ③生活期
 ひまわりの集い 2,800,000円・・・(3)
- ④維持期
 現行の通所介護への移行割合 要支援1:1/3 要支援2:2/3
 要支援1 136人(a)-79人(c)+(26人(※4×1/3)×0.9)=80人
 要支援2 258人(b)-90人(d)+(53人(※4×2/3)×0.9)=216人
 要支援1: 80人×12ヶ月×2099単位×10= 20,150,400円
 要支援2: 216人×12ヶ月×4205単位×10=108,993,600円
 計 129,144,000円・・・(4)
- (1)+(2)+(3)+(4)=166,178,000円

包括が予測したサービス利用の目安が第6期
 介護保険事業計画に反映

総合事業の目標設定

訪問型介護予防事業利用者数推計

≪参考資料1「要介護認定者数の推計」より≫

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
認定者(人)	要支援1	584	647	681	709	746
	要支援2	700	785	832	873	916
うち新規認定者(人)	要支援1	270	297	314	331	349
	要支援2	250	275	291	306	322

(認定者700人中、訪問介護利用者数212人の割合)

(認定者584人中、訪問介護利用者数170人の割合)

≪参考資料2「平成25年度生駒市地域包括支援センター別サービス利用状況」による推計≫

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
訪問介護(人)	要支援1	170	188	197 (a)	206	216
	要支援2	212	236	250 (b)	262	275
うち新規認定者(人)	要支援1	43	47	49 (c)	52	54
	要支援2	50	54	58 (d)	60	63

要支援1
シルバー人材センター利用者見込み 24人 ※1
現行訪問介護利用者見込み 25人 ※2

要支援2
シルバー人材センター利用者見込み 19人 ※3
現行訪問介護利用者見込み 39人 ※4

*参考資料3「介護予防訪問介護・介護予防通所介護利用者の総合事業利用移行予測について」により、割合を利用

平成27年度訪問型介護予防事業算定内訳

【利用対象者数】

○新規申請者

- ①シルバー人材センター 43人(支1 24人+支2 19人 ※1、3)
(生活支援サービス)
- ②訪問型介護予防事業(直営) 99人(通所型介護予防利用予定者と同数)
- ③現行訪問介護 64人(支1 25人+支2 39人 ※2、4)

○二次予防事業対象者

- ①シルバー人材センター 21人(20人×1.05)×48回=1,008人
(生活支援サービス)
- ※平成26年の生活支援の見込×1.05(H26~H27高齢者数の推計伸び率)で算定

【事業費】

①シルバー人材センター

- 二次予防事業 1,008人×1,200円=1,209,600円
- 要支援1 24人×8回×12ヶ月×1,200円=2,764,800円
- 要支援2 19人×12回×12ヶ月×1,200円=3,283,200円
- ※要支援1:週に2回1日あたり1時間利用見込み
- 要支援2:週に3回1日あたり1時間利用見込み

計 7,257,600円……ア

②訪問型介護予防事業(直営)

- 72回(48回(4クール)+24回(2クール))×30,000円=2,160,000円……イ
- ※週1回1日あたり3件の訪問を設定。通所介護との併用利用

③現行訪問介護

要支援1: 197人(a)-49人(c)=148人 148人+(25人(※2)×0.9)=171人

- 1回/週 171人×75%=128 128人×12,200円×12ヶ月=18,739,200円
- 2回/週 171人×25%=43 43人×24,400円×12ヶ月=12,590,400円
- ※※

要支援2: 250人(b)-58人(d)=192人 192人+(39人(※4)×0.9)=227人

- 1回/週 227人×54%=123 123人×12,200円×12ヶ月=18,007,200円
- 2回/週 227人×31%=70 70人×24,400円×12ヶ月=20,496,000円
- 3回/週 227人×15%=34 34人×38,700円×12ヶ月=15,789,600円
- ※※

※※ 平成25年度実績から割合算出 (参考資料4)

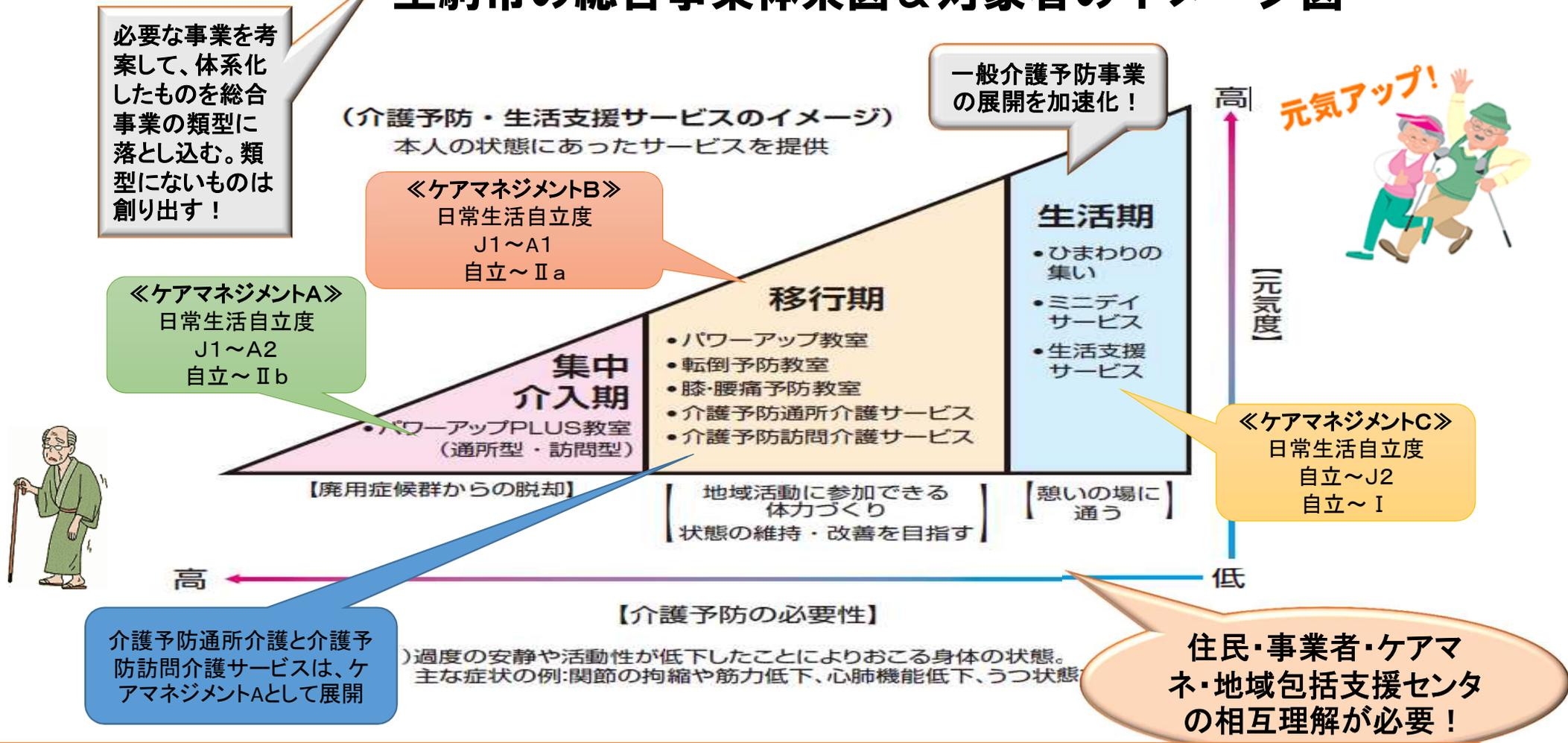
計 85,622,400円……ウ

ア+イ+ウ=95,040,000円

- (注)①シルバー人材センター、③現行訪問介護は、主に生活支援(家事援助)。
- ②訪問型介護予防事業は、ADL、IADLに関する動作、生活指導を行うものである。

包括が予測したサービス利用の目安が第6期
介護保険事業計画に反映

自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）を通して、政策形成した 生駒市の総合事業体系図 & 対象者のイメージ図



総合事業・成功の鍵の一つは、地区診断・地域のマネジメント & 個々のケアマネジメントを徹底していくことにある

診療情報提供書について(生駒市版医療連携)

総合事業を利用するときには、【診療情報提供書】を主治医の先生に記載いただき、安全に事業参加をいただくために医師会の先生方と協議し作成

1. 目的

要支援認定者や事業対象者が、自立を目指した取り組みを行うにあたり、留意する事項を主治医から情報提供いただき、利用者支援に反映することを目的としています。

2. 依頼の流れ

地域包括支援センターが、介護予防サービス利用予定表にサービス利用の予定を記載し、医師に指示依頼内容を記載した上で、診療情報提供書を添えて医療機関に提出します。

3. 書式上の必要事項

介護予防・生活支援サービスを利用するにあたり、必要な情報を記載いただきます。パワーアップPLUS教室・パワーアップ教室・転倒予防教室では、運動が必須ですので、運動時の留意事項や運動禁止の条件、その他の留意事項等があれば、必ず記載をしていただくようお願いしています。(総合事業の趣旨を理解いただき、医師会と提供書の内容を協議し作成)

生駒市版 診療情報提供書(医療・介護連携)

<input type="checkbox"/> 居宅介護・介護予防指示書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (どちらかにチェックして下さい。)		平成	年
【介護サービス・総合事業/利用目的(該当するものに○)】: 在宅 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 入所			
介護提供事業者・生駒市長	殿	医療機関名 担当医氏名	
利用者氏名		生年月日 M・T・S 年 月 日	性別 男・女
利用者住所		電話番号 (-)	
診療形態	1 外来 (定期・不定期) 3 入院 年 月 日より	2 訪問診療 4 その他 ()	(第 曜日・第 曜日・不定期)
病名 1		病名 2	
病名 3		病名 4	
治療内容(投薬内容含む)			
病態の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 悪化		
発生の可能性が高い病態	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 癌等による疼痛		
障がい高齢者の日常生活自立度(該当するものに○)		認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○)	
自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・M	
サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し		1 期待できる 2 期待できない	
医学的管理の必要性	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		
サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
内服治療薬及び外用薬について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 確認が必要 <input type="checkbox"/> 管理が必要		
血圧について	入浴可能な身体状況 血圧: / mmHg以下、 / mmHg以上 平常コントロール値 (/ mmHg) 体温 (°C)		
移動について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> 移動時見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動時介助が必要 <input type="checkbox"/> 移動時間に制限有り (分以内) <input type="checkbox"/> 施設の車両移送に耐えられる		
食事の形態について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> (流動食・きざみ食・軟食) <input type="checkbox"/> カロリー制限 無・有(kcal)		
水分摂取(嚥下)について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トロミ等が必要 <input type="checkbox"/> 水分制限 無・有(cc/日)		
認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項			
※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項			
<input type="checkbox"/> 安静時心電図	1. 正常範囲 2. 調律異常 3. 心肥大 4. 刺激伝導異常 5. 虚血性変化 6. その他()		
<input type="checkbox"/> 運動可能な血圧の上限 (/ mmHg)	<input type="checkbox"/> 運動可能な最大心拍数 回/分		
<input type="checkbox"/> 運動への参加	1. 可・否 ()		
<input type="checkbox"/> リハビリテーション施行について	(時間的制限 有・無 約 分まで) <input type="checkbox"/> リハビリテーションをすすめて良い		
実施内容	<input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> 可動域制限 無・有 () <input type="checkbox"/> 疼痛 無・有 (箇所:) <input type="checkbox"/> 他動運動は禁止 <input type="checkbox"/> 自動運動・他動運動 <input type="checkbox"/> メンタルリハビリ (音楽療法・作業療法)		
その他留意事項:			
その他、介護サービス・総合事業利用に関する意見(栄養機能改善や、口腔機能向上に関する事等も含む)			

赤色の部分が、今回の修正部分。これを修正することにより、医師会の先生方に総合事業を知っていただく機会となった。主治医の意見は高齢者にとって、とても大きな意味を持つため、かかりつけ医に総合事業の趣旨をご解いただき、対象となる方をご紹介いただくことは重要！

診療情報提供書(生駒市版)を医療介護連携の場で協議・修正する経過の中で、社会参加の場が「デイサービス」以外にもたくさんあることを知ってもらうことができた。また、対象者の選定方法やマネジメントの質の向上に向けた専門的助言をいただくことができた。

総合事業利用における二次アセスメントツールの作成 (アセスメントツール作成部会で作成⇒医療・介護連携)

生駒市版 二次アセスメントシート			
記入日	平成 年 月 日	担当:	
ふりがな		利用者氏名	生年月日 年 月 日
住所	生駒市	電話	
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他		
障がい高齢者の日常生活自立度:		認知症高齢者の日常生活自立度:	
●主訴		●家族の状況・意向	
I. 健康状態			
1	現病と既往歴・発症時期	医療機関名	受診頻度 服薬状況 (合計 種類)
<p>要支援者等に必要情報が収集でき、アセスメントが容易にできるように工夫!</p>			
2	医療リハ: 回/月	マッサージや整骨院:	回/月
3	お薬手帳を利用していますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
4	痛み	しびれ	
5	寝れない・困っていること	歩けない・困っていること	
6	肉類、魚介類のうち、いずれかを毎日、一つ以上食べていますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
7	1日にとる水分について	総摂取量	<input type="checkbox"/> 500cc未満・ <input type="checkbox"/> 500~1000cc・ <input type="checkbox"/> 1000cc以上
8	内訳	<input type="checkbox"/> お茶 cc、 <input type="checkbox"/> 水 cc、 <input type="checkbox"/> 汁物 cc、 <input type="checkbox"/> その他 cc	
9	排泄について: トイレに行くのが難に合わなくて、失敗することがありますか		<input type="checkbox"/> はい (お・ト・失禁) の使用・ <input type="checkbox"/> いいえ
10	排便: 日中 回、夜間 回、利尿剤服用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
11	排便: 日中 日1回、夜間 回、下剤服用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
12	眠れなくなることがある、または睡眠薬を内服している		<input type="checkbox"/> はい (週 回使用)・ <input type="checkbox"/> いいえ
13	歯磨きや歯垢の掃除を1日に1回以上していますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
II. ADL			
1	起き上がりはできますか		<input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> できない
2	歩行について	屋内	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない
3	片足立ちはできますか	屋外: 15分	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない
4	一人で洗身していますか		<input type="checkbox"/> できる・ <input type="checkbox"/> できない
5	一人で浴槽をまたぐことをしていますか		<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない
6	運動について、医師から制限されていますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
7	他に医師から注意を受けていることはありますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
日常生活について (IADL)			
1	炊事	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> カス (汁) 調理器具使用 <input type="checkbox"/> 皿洗 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い
2	掃除	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 自家のみ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 掃除機かけ <input type="checkbox"/> モップ
3	洗濯	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 洗濯機の手操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 整理する
4	ごみ出し	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 袋詰めまで運ぶ (<input type="checkbox"/> 一部・ <input type="checkbox"/> 全部)
5	買い物	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する <input type="checkbox"/> 注文配達
6	金銭管理	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こつこつ程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金
7	薬の管理	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 自己管理 (分袋・一包) <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ (有・無) <input type="checkbox"/> 口外 (有・無) <input type="checkbox"/> 拒否
8	外出手段	<input type="checkbox"/> バス 最寄バス停: <input type="checkbox"/> 電車 最寄駅: <input type="checkbox"/> 家族の送迎 (頻度)	バス停まで 分程度 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 回数 <input type="checkbox"/> その他
社会生活・環境			
1	現在、地域で参加しているものはありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	また、以前参加していたものはありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	元気になったら、再開したいこと、やってみたいこと等がありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	何かしらの役割がありますか	家庭内	地域
5	困ったときに助けてくれる人はいますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	自宅周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	<input type="checkbox"/> 急な坂道 <input type="checkbox"/> 買物できる場がない <input type="checkbox"/> 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> その他 ()		
認知			
1	もの忘れが気になりますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()
2	物の置き忘れが増えていると感じることはありますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ()
3	新しいこと (人や物の名前など) が覚えにくいですか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ()
4	3語テスト		様・猫・電車 ()
5	会話がまとまらないことがありますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ ()
その他			
1	今後、ご自身はどのようにになりたいですか		<input type="checkbox"/> 今より元気になる・ <input type="checkbox"/> 今を維持したい・ <input type="checkbox"/> わからない
2	また、ご自身のためにしていることや、心がけていることはありますか		<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
●特記事項			

医療・介護連携の会議で作成した帳票!

生駒市版 簡易プラン表(ケアマネジメントBに活用する帳票)

介護予防支援計画表および評価シート

様式5

No. _____ 利用者氏名 生駒 太郎 様 _____ 84歳(年度末時点での年齢記載)

把握経路:	①本人・家族からの相談 ②基本チェックリスト ③医療機関からの情報提供 ④民生委員からの情報提供 ⑤地域住民からの情報提供
	⑥要介護認定非該当 ⑦訪問活動による実態把握 ⑧要支援・要介護者からの移行 ⑧その他()

地域包括支援センター担当者 _____
 計画作成日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	目標	支援計画			評価
			本人のセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス	総合事業のサービス	利用先	評価日(年 月 日)
活動(運動・移動)について 室内は独歩。外出時は杖使用。3ヶ月前に自宅前で転んで以来、通院外は外出せず過ごしている。	以前のように外に気軽にでかけられるようになりたい。	パワーアップ教室に通い体力をつけながら、セルフケアを身に着け、3ヵ月後にはのびのび教室が再開できるようになる。	教室で覚えた体操を自宅でも実施する。	パワーアップ教室(週に1回参加)	延寿(火)	記載例
日常生活(家庭生活)について 身の回りのことは自身で行っている。買い物は宅配を利用。週に1回、娘の来訪時にスーパーと一緒に連れて行ってもらう。	体力をつけて、一人での買い物ができるようになりたい。					
社会参加・対人関係(コミュニケーションについて) 近隣とはあいさつ程度。3ヶ月前まではのびのび教室に通っていた。一人暮らしなので民生員の来訪が定期的にある。	また、のびのび教室に通えるように自信をつけたい。					
健康管理について 脊柱管狭窄症にて月に1度、K病院通院。娘が同行してくれている。時々薬をうっかり飲み忘れることはあるが、入浴等も一人で何とかできている。	痛みは、いつもあるわけでもないのですが、この病気とは一生つきあっていきます。					

基本チェックリスト結果(初回アセスメント時)								
全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感
18/25	10/20	4/5	0/2	1/3	2/2	0/3	1/5	



基本チェックリスト結果(評価時)								
全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感
/25	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	

総合事業への啓発

地域力の向上を目指して！

■ 普及啓発の徹底

【地域力向上を目指したフォーラム・講演会・研修会の企画】

市民フォーラム (市民公開講座) ～高齢社会を支えるのは「地域の底力」～

住み慣れた地域で生活するには、行政のサポートや介護保険サービスだけでなく、地域で互いに支え、助け合う地域づくりが必要です。「地域力」について、自ら出来る事を考えてみましょう。

日時 2015年(平成27年) 2月22日(日) 13:30~16:30

場所 生駒市コミュニティセンター文化ホール

参加費 無料 **定員** 260名

第一部 13:40~14:10 「介護保険制度改正の内容と方向性について」
厚生労働省 老健局振興課 課長補佐 服部 真治氏

第二部 14:20~15:20 「これからの介護保険」

堀田 力(ほった つとむ)
京都大学法学部を卒業後、検事として活躍。京都地検特捜部時はロッキード事件を担当。法務大臣官房長官を歴任後の現在は、さわやか福祉財団会長。現在、厚生労働省と連携・協働し共生型社会・地域支え合いづくりの活動を展開中。

公益財団法人 さわやか福祉財団 会長 **堀田 力氏**

第三部 15:30~16:30 「活動報告」 市内の活動実践報告

- ひまわりの集い** (さいのの) 健康づくり推進員連絡協議会 藤尾 真子さん
- 支えあう ばらづくりの会** 代表 岡村 信行さん
- あいざつ運動** 香分小学校区 やまびこネットワーク 清水 泰之さん

【主催】さわやか福祉財団 【後援】生駒市
問合せ:生駒市介護保険課 TEL(0743)74-1111(内線488) FAX(0743)72-1320

PICK UP 02
皆さんの生活に直結するニュースや情報を紹介します

市民公開講座 **これからの介護保険**
～支え合いのある、あたたかい地域を住民パワーとともに～

2/22日 【ところ】コミュニティセンター文化ホール
13:30~16:30 【費用】無料(申込不要) —公共交通機関を利用ください。

団塊世代が65歳を迎え、本邦も2年後には4人に1人が高齢になるといわれます。高齢者夫婦や単身の高齢者世帯が増え、近隣や介護施設での暮らしを必要とする人は増える見込みです。一方、介護人材の確保は難しく、在宅介護に支え合いの地域づくりが求められています。

堀田力さん
京都大学法学部卒業後、検事として活躍。東京地検特捜部時はロッキード事件を担当。法務大臣官房長官を歴任後の現在は、さわやか福祉財団会長として福祉活動に情熱を注ぐ。

生活・介護支援サポーター養成講座(基礎編)の日程

とき	ところ	内容
1 2月 24日(日)	たがすホール小ホール	市職員による本市の高齢者の現状と課題、生活・介護支援サポーターの役割
2 25日(月)	セラピーいこま	近畿大学総合社会学部教授の久藤浩さんによる地域づくり実践の紹介など
3 26日(火)	セラピーいこま	大田市ライフサポート事業事務局職員との話し合いから、大田市の介護リネ子さんによる取組事例の紹介、市職員によるワークショップ

◆時間は13:30~16:30です。

生活・介護支援サポーター養成講座(基礎編)の日程

「生きがい・支え合い・いきいきいこま」をテーマに、生活・介護支援サポーター養成講座(基礎編)を開催します。

対象：市内に住民・地域の福祉や支え合い活動に熱心な方

定員：50人(申込順)

費用：無料

申し込み・問合せ：1月27日(水) 15:00迄

6.電話が直線 介護保険課 TEL 0743-74-1111(内線488)

11 2015.1月8日 いにま

- 認知症フォーラムの開催
 - ・ 認知症施策について
 - ・ 地域ケア会議の実際
 - ・ 地域で認知症の方を支えるには・・・
- 市民フォーラムの開催
 - ・ 介護保険制度の改正について
 - ・ これからの介護保険
 - ・ 活動報告(市内の実践報告)
- 地域力向上研修
 - ・ 平塚市の町内福祉村の活動を通して
- 地域ケア会議の開催
 - ・ 地域課題を抽出

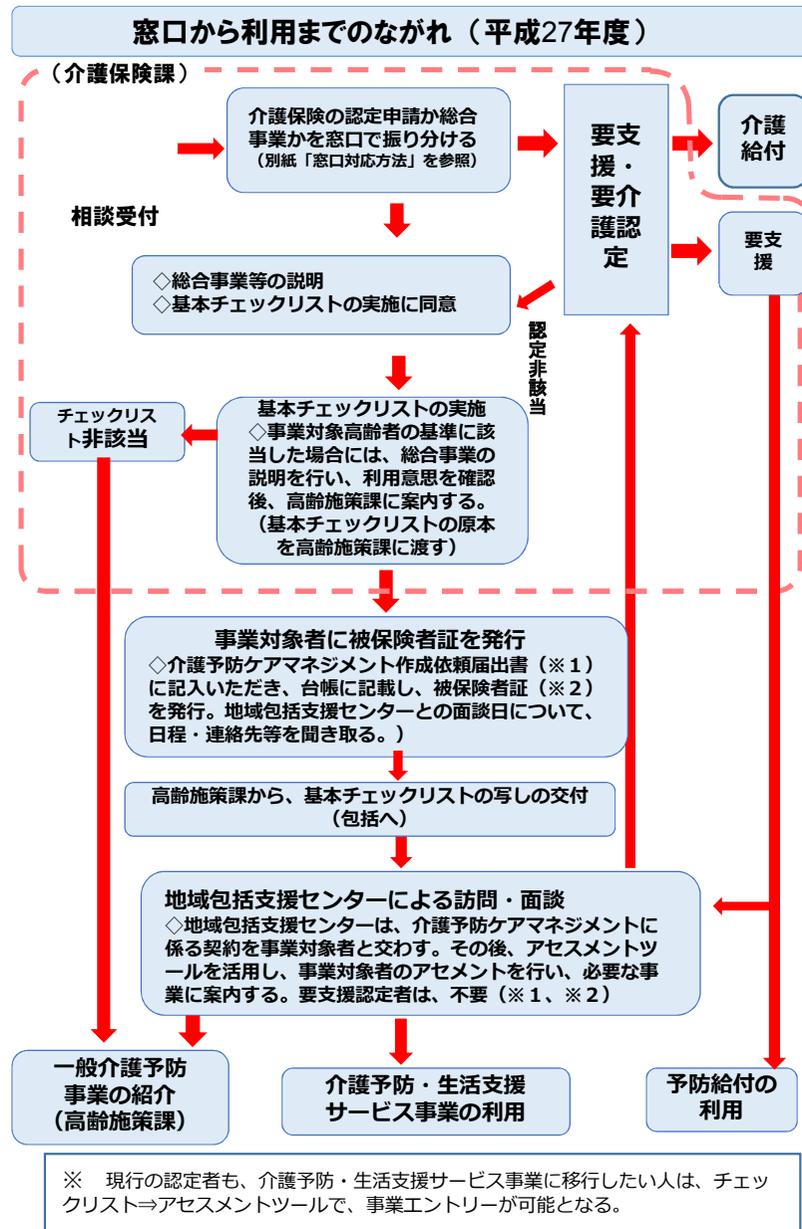
総合事業がスタート(H27.4. 1~)

- ◆ケアマネジメントA・B・Cの請求事務の徹底(独自で作成し、重複請求を避ける)
- ◆居宅介護支援事業所向け研修会の実施(介護予防ケアマネジメントの徹底)
- ◆第1号事業やケアマネジメントの契約書等、ひな形提示
- ◆国保連との調整
- ◆総合事業の重点啓発(DVDの作成や広報等の積極的活用や出前講座)
- ◆基本チェックリストや二次アセスメントツールの活用を徹底(包括への指導)
- ◆自立支援型地域ケア会議の定期開催を徹底
- ◆事業対象者の証発行or要支援認定へのスクリーニングを徹底
- ◆介護保険の認定における更新案内文章の変更(お守り認定更新を避ける)
- ◆システム会社とシステム構築のすり合わせ
- ◆一般介護予防事業の担い手(ボランティア)や民生児童員等に総合事業の説明(勉強会や説明会等の実施)
- ◆市政研修において「地域力向上」研修を5ブロックで展開



事業対象者の決定までの流れ

基本チェックリストは総合事業のリーフレットを参照



【対応窓口】

介護保険課・高齢施策課・地域包括支援センター

1. 来所者の主訴を尋ね、おおまかな状態像を聞き取り、あきらかに要介護認定が必要な人は、介護申請を案内。
2. 介護保険サービスや総合事業のサービス等の説明を行い、基本チェックリストの実施について同意いただいた人に実施。
3. 非該当者については、一般介護予防事業等のご案内
4. チェックリスト該当者については、介護予防ケアマネジメント依頼書を提出してもらい、被保険者証を発行。後日、担当の地域包括支援センターから連絡が入る旨伝え、情報提供に同意を得る。
5. 担当課より地域包括支援センターに情報提供し、再度、制度の説明を行った上、総合事業の利用希望者には、介護予防ケアマネジメントを始める。
6. センターは、速やかにサービス事業所に連絡を入れ、サービス利用を開始する。

基本チェックリストで事業対象候補者に該当する基準

(1)	No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	(複数の項目に支障)
(2)	No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)
(3)	No.11～12の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)
(4)	No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔機能の低下)
(5)	No.16～17の2項目のうちNo.16に該当	(閉じこもり)
(6)	No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(認知機能の低下)
(7)	No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)

要支援・要介護認定への申請案内基準(生駒市・例)

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場合

(車いすに乗っている。寝たきりである。)

②認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている場合

(買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができない。料理をする段取りを覚えられないため、料理が一人でできない。洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず、家事が遂行できない。)

③入浴や体を洗う行為が一人でできないために、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合

④服薬や病気の管理のために訪問看護サービスの利用目的がある場合

⑤自宅内での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から住宅改修や手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合

⑥家族の介護力の問題で、長時間の預かりの場を求めている場合

(不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、定期的に家族との分離として、ショートステイの利用が必要な場合)

⑦その他

(ぜひにでも認定を受けたいと窓口で主張される方)

被保険者NO.										受付者 介護・高齢・包括										
住所: 生駒市										電話: () () () () () () () () () ()										
氏名: () () () () () () () () () ()										(続柄) () () () () () () () () () ()										
基本チェックリスト										日										
No.	質問項目										○をい									
1	バスや電車で1人で外出していますか										いいえ									
2	日用品の買い物をしていますか										いいえ									
3	預貯金の出し入れをしていますか										いいえ									
4	友人の家を訪ねていますか										いいえ									
5	家族や友人の相談にのっていますか										いいえ /20									
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか										いいえ									
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちますか										いいえ									
8	15分位続けて歩いていますか										いいえ									
9	この1年間に転んだことがありますか										いいえ									
10	転倒に対する不安はおおきいですか										いいえ /5									
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか										いいえ									
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)										/2									
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか										いいえ									
14	お茶や汁物等でむせることがありますか										いいえ									
15	口の渇きが気になりますか										いいえ /3									
16	週に1回以上は外出していますか										いいえ									
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか										いいえ /2									
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れが										いいえ									
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをして										いいえ									
20	今日が何月何日かわからない時がありますか										いいえ /3									
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない										いいえ									
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽し										いいえ									
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではお										いいえ									
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない										いいえ									
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする										いいえ /5									
健康状態について										1. よい 2. まあよい 3. やや悪い 4. かなり悪い 5. とても悪い										
(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合																				
社会生活		運動		低栄養		口腔		閉じこもり		認知機能		うつ		主観的健康感						
総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。																				
被保険者氏名																				

チェックリストの中身をしっかりと読み取ることが重要！
 要支援認定者や虚弱高齢者には意味がある帳票です。
 生活全般の機能が低下している人は、IADLの低下がみえます。うつや認知症の項目と閉じこもりの項目も相関関係がありそうです。

総合事業の導入が始まると、入り口の押さえは重要です。簡単に基本チェックリストで事業対象者の候補者は生まれます。

スクリーニングする力や介護予防ケアマネジメント力が問われてきます。

生駒市では事業対象者の証発行時には、どのようなサービスを案内したか、全数プランチェックをしながら、都度、疑義を解消していくスタンスを取り続けています。

基本チェックリストについて！
 事業対象者の証を発行時、必ずチェック項目の内容を吟味するよう保健師・事務職等に指導を徹底。

参考:チェックリストの活用方法(例)
 NO5~10の「運動機能」の5項目の捉え方。3つに機能低下があったとしてもその3つの内容に着目！

6. 階段を手すり・・・
 7. 椅子に座った状態・・・
 8. 15分位続けて歩いて・・・
 9. この1年間に転んだ・・・
 10. 転倒に対する不安・・・

6・7・10のチェックでの該当者は、他のチェック項目で該当していなければ、習慣的な動作及び一般介護予防事業で対応できる人が多い。
 8. 9. チェックが課題ありの要素が高いため、他の項目と照らし、総数の把握を行い、リスク度を判定。

総合事業への完全移行（H27.10～）

- ◆ 医師会に総合事業の説明会を実施（厚労省担当者を招いて展開）
- ◆ 全面移行に向け事業所やケアマネ向け説明会を実施
- ◆ 指定申請書等の書式をホームページ上にアップ
- ◆ 一般介護予防事業の更なる拡大に向けた取組を促進
- ◆ 介護予防・生活支援サポーター養成講座のOBによるコグニサイズ教室の自主運営の準備（定期的な研修会を実施）
- ◆ 緩和A事業の創出or送迎付き一般介護予防事業の展開を検討開始
- ◆ 総合事業用のシステムの整備
- ◆ 生駒市基準の順守を都度、地域包括支援センターに確認
- ◆ 事業対象者の考え方について複数回、地域包括支援センターに指導（事業対象者は有効期限なし、従前の二次予防事業対象者とは異なることへの理解を促進することが重要。要支援1相当者という理解をどのように委託先包括にもってもらったかが大事だった）



生駒市におけるサービスの類型(ピンクの事業を実施しています)

①訪問型サービス

- ①訪問介護(現行相当)の事業者の請求は予防給付と同様、1割・2割の負担は利用者に直接請求。残りの事業費は国保連に請求。
 ②シルバー人材センターの利用料は、シルバーが直接1割・2割負担を利用者に直接請求。残りは市に請求。
 ③訪問型サービスCについては、利用期間の制限があるため、利用者負担はなし。セラピストの費用は市が支払い。

基準	現行の訪問介護相当(H27.10～)		多様なサービス(H27.4～)		
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	理学療法士・保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 *生駒市では、シルバー人材センターを活用して実施		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う ★パワーアップPLUS教室	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	22

②通所型サービス

- ①通所介護(現行相当)の利用者の負担(1割・2割)は、事業者が直接本人に請求し、残りは国保連に請求。
 ②通所型サービスB(ひまわりの集い)に関しては、食材料費300円は直接会場で利用者が支払い。事業費は市が団体に支払う。
 ③通所型サービスC(パワーアップPLUS・パワーアップ・転倒予防教室)については、利用期間の限定と卒業を目標に展開するため、利用者の相当の努力も必要であることから、費用負担は無し。事業者への支払いは直接市が支払う。

基準	現行の通所介護相当(H27.10～)	多様なサービス(H27.4～)		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 *生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託をして「ひまわりの集い」を実施。 レクリエーションと会食を提供している。ミニデイサービスに類似		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施 理学療法士や作業療法士、看護師が配置されている。 パワーアップPLUS教室、パワーアップ教室、転倒予防教室の展開
実施方法	事業者指定	委託	補助(助成)	委託・転倒のみ直営
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職

介護予防・生活支援サービス(通所型)



高齢者の「できるようになる」を徹底的に支援することが目的

**自立支援型地域ケア会議
評価会議の開催
多職種連携会議**



**集中介入期(ケアマネジメントA)
通所型サービスC
【パワーアップPLUS教室】**

卒業生が教室の担い手になる！
自分たちの経験を活かしたサポーター活動が生きがい！



**移行期(ケアマネジメントB)
通所型サービスC
【パワーアップ教室】**



転倒予防教室のボランティアが増大し、そのボランティアでいきいき100歳体操をスタート！
多様なサービスから一般介護予防事業や居場所づくりに発展

**移行期(ケアマネジメントB)
通所型サービスC
【転倒予防教室】**



**移行期(ケアマネジメントB)
現行相当 通所介護**

緩和Bのスタンスから、地域型ひまわりの集いが広がり、巡回型の会食サロンを市内展開！
「待ってるだけじゃ、だめ」地域に出向かないと！



**生活期(ケアマネジメントC)
通所型サービスB
会食サロン ひまわりの集い**

短期集中予防事業(集中C:通所型)の特徴を比較

	パワーアップPLUS教室(集中介入期)	パワーアップ教室(移行期)	転倒予防教室(移行期)
実施エリア	中央部	北部・南部	中央部
対象者のレベル	J1～A2、自立～Ⅱb	J1～A1、自立～Ⅱa	J1～A1、自立～Ⅱa
教室の特徴	パワーリハビリのマシンを活用し、集団と個別訓練を併用。自重のかかる運動とかからない運動に種分けでき、可動域制限にも対応でき、リスクの高い人の参加が可能。パワーアップPLUS教室の訪問型利用が必須で、通所・訪問の連動事業が特徴。理学療法士・作業療法士が介入するため、廃用・疼痛管理・可動域制限・認知症等にも対応可能。個別訓練では住環境を勘案した個別トレーニングや環境調整が特徴。教室の時間は2時間程度で、社協に委託。	自重の運動が中心であることから、可動域制限等のかかる人には慎重に対応。自宅でもできる運動が多いため、セルフケアの定着を目指すのが特徴。口腔・栄養のプログラムもあり、複合型として廃用性の高齢者が主だった対象。運営を社福法人2ヶ所に委託し、座学と運動で3時間～3時間半の時間で実施。	理学療法士と運動実践指導者からなる教室で、転倒しないための体づくりと転ばないための環境づくりなどを主に、座学と運動を実施。卒業生がボランティアに移行することが多く、OBからなるボランティアだけで次週ネイティブしている「いきいき100歳体操」などもあり、駅前の利便性を活かし、膝の悪い人や腰の悪い人も通いやすい特性がある。教室は90分で直営事業。
スタッフ数	理学療法士or作業療法士1名、看護師1名、介護士1名、運動実践指導者1名の合計4名+ボランティア6名程	運動実践指導者1名、管理栄養士1名、歯科衛生士1名、看護師1名の合計4名	理学療法士1名、運動実践指導者1名の合計2名とボランティア10名程
送迎の有無・直営or委託	送迎(有)・社協に委託	送迎(有)・社福(2)に委託	送迎(無)・直営
1回 一人の単価・時間	5,400円程度・2時間	5,500円・3時間	1,600円程度・1時間半
教室数	2教室(年間8教室)	3教室(年間12教室)	1教室(年間4教室)
頻度と利用者数	2回/週、15名/教室	1回/週、15名/教室	1回/週、15名/教室

パワーアップPLUS教室の様子(集中介入期:短期集中C)

全体の様子



パワーリハビリの機器を活用したマシントレーニングを実施!

サポーター



看護師

マシントレーニング

マシンの傍には卒業生のボランティアが、カウントと一緒に数えています。

セラバンド運動



自宅でもできるセラバンドを活用した運動。個々人にテキストを渡し、セルフケアの点検を毎回実施!

理学療法士



スタッフ

ステップ運動

持久力アップやバランス力向上のために、ステップ運動を実施!

介護予防・生活支援サービス(訪問型)

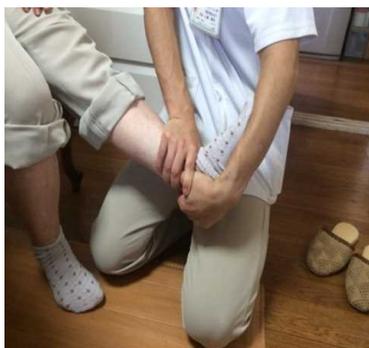
赤線の内側は、短期集中Cの訪問型事業の内容



2本杖で屋外歩行練習
休憩ポイントを設置するだけで、歩行距離は拡大!



脊柱管狭窄症のBさん。腰痛予防の体操を理学療法士が伝えたものを確認しています。



転倒を繰り返しているAさん。足首も相当固いようです。セルフケアにて足首のストレッチができるよう理学療法士が指導しています。

生活支援サービス:緩和型B
シルバー人材センターに委託実施

他、現行相当の訪問介護の提供

集中介入期⇒ 訪問型サービスCは、通所型CのパワーアップPLUS教室とセット利用が条件!
自宅でのセルフケア指導、歩行訓練、住宅改修の助言や環境整備の提案を行う。訪問で確認した課題を通所で個別指導が行えるため、両事業が連動することで課題解決が早いメリットがあり、短期間(3ヶ月)で体が仕上がる。

総合事業の利用候補者の選定について

1. 地域包括支援センター

- ◆新規認定者からの相談
- ◆総合相談からピックアップ
- ◆出前講座などを通してピックアップ
- ◆一般介護予防事業の担い手(ボランティア)からの紹介



2. 行政(地域包括ケア推進室・予防推進係)

- ◆介護予防把握事業(75歳以上の非認定者)より、生活機能低下者のうち、要支援1相当者をピックアップ(重複項目該当者)
- ◆一般介護予防事業への参加が困難となった者からピックアップ

3. 民生委員・児童委員

- ◆会合やサロンに出席できなくなった者をピックアップ
- ◆家族や地域の相談からピックアップ

4. ボランティア・参加者・卒業生

- ◆知り合いや友人で参加が必要だと思える人を行政や包括に紹介

介護予防ケアマネジメントの重要性(地域包括)

◆介護保険の理念について丁寧な説明

◆心身の状態像に応じたサービスの選定

⇒基本チェックリストや生駒市独自のアセスメントツールを活用し、
している「行為」とできる「能力」をアセスメント

⇒状態像に応じたサービス(事業)を丁寧に検証

◆予後予測の見立てとプレゼンテーションの徹底

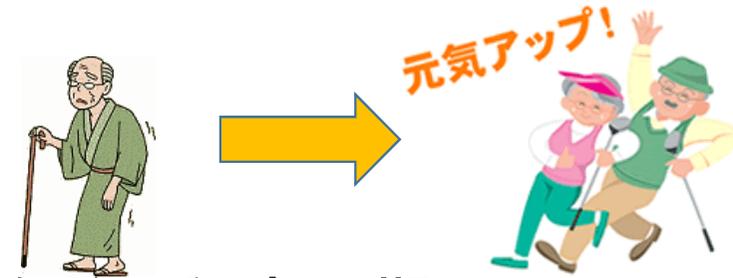
⇒できそうな「行為」については、どのような取組をどの程度の期間、
行うことによって、できる「能力」が獲得できるかを説明

◆具体的な説明を行うことで良くなっていけるイメージ化を図る

⇒DVDの活用(実際に目で見て、音で聴いて納得してもらうことが重要)

◆集中Cは、有期限であることも申し添え、納得した事業参加に結びつける

⇒教室継続依存者が生まれない秘訣！



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。当然、本人のセルフケアの徹底や家族力を高める支援も行いながら、短期間で効果を出す仕組み作りを徹底

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て実施)

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「もう一度、〇〇を再開してみたい。」
「〇〇が再びできるようになりたい。」を支える
* 主体的な目標を掲げられるよう
側面的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・自習学習等への参加
や趣味の再開、家庭内での役割再
獲得など

“卒業”後は、ボランティアOR住民運営の“居場所”に移行

STEP2 二次アセスメントの実施(通所型・訪問型担当)

- ◆通所型担当者と訪問型担当者が、事業開始前に対象者宅を訪問
 - ⇒地域包括支援センターが課題整理した内容に疑義がないか検証
 - ⇒見落としや見誤りがないか、異なる視点で二次アセスメント
 - ⇒包括・通所・訪問担当者の見立てを活用し、初回地域ケア会議に参加
- ※この一手間をかけることで「自立」に大きく作用していると実感！

- ◆エントリー前に初回の地域ケア会議を開催

⇒住環境や家族力を踏まえ、個人・環境因子



の分析を始め、当面の課題、今後明らかにすべき事項、目標達成に向けた支援内容や役割分担(本人・家族・事業所・包括・地域等)について、多職種で議論⇒3カ月間で行えることを整理し、実践へつなぐ

パワーアップPLUS教室の事業内容(参考例)

- ◆初回: 体力測定や日常生活の聞き取りを中心に個人の課題を整理
- ◆2回目: マシンの初期設定(個別対応)
- ◆3回目以降: マシンの活用、集団での運動実践
療法士マニュアルに基づき、徐々に負荷アップ
個別課題やセルフケア促進のための技術指導
* 訪問型で新たに発生した課題にも随時対応
- ◆11回目: 中間の地域ケア会議に向け、個々の中間評価を実施し、目標達成に向け、残りの課題と終了後の生活についてのイメージ化を徹底
- ◆22回目: 体力測定と終了前評価・面談の実施
終了前 地域ケア会議に向け、目標の達成度等についてヒヤリング
- ◆24回目: 終了式 個別面談、茶話会、OB会の紹介

(例) 自宅での入浴に意欲がでてきた



(課題) 浴槽が深く、跨ぎ動作が不安定
(通所) 踏み台を置いて、跨ぐ動作を訓練
(訪問) 踏み台持参して、浴槽で体験
振り返り⇒あと10cm足が上げれば達成
(通所) 浴槽の跨ぎ動作に必要な筋力と
バランス力の向上メニューを追加等

パワーアップPLUS教室のボランティアの役割について ～ボランティアの概念を覆すサポーター像～

◆一般的なボランティア

50代や60代で時間的余裕があり、健康的な人が教室のサポートをするイメージがある



◆パワーアップPLUS教室のボランティア

教室を卒業した高齢者が次の担い手としてサポーターに回る人が多いため、80代、90代が中心。大半のサポーターが何がしらの不具合を抱えながら、できることをできる人が担当、互いを補い合うことで、ボランティアの仕組みができている。

膝が悪い人は座ったままで、声掛けや運動量についての記録を担当、認知症の人は、同一マシンを担当し、カウントを読む、比較的元気な人は、マシンの設定を行うなど。

中には、ボランティアを行うために、タクシーを利用して参加している人もいる。

無償のボランティアであるが、各自に役割があり、それを生きがいに行っている人が多い。

修了生が教室の担い手（サポーター）である強み

◆新たな教室参加者の励みとなる存在

「もう、年だから・・・できなくて当たり前」と半信半疑の参加者にとって、イキイキと輝いているサポーターについつい関心が向く。

「少し前には参加者で歩けなかった」というサポーターの話を知ると、勇気と期待感が湧く。

「私も元気になれるかな？」「こんな風に頑張っている先輩がいる。私も頑張らないと・・・」

* 若い専門職の励ましよりも成功体験を持つ高齢者の言動は、何よりもリアルで効果的

◆ピアカウンセリング機能～サポーター自身も体験者～

どんな言葉がけが欲しかったか、どんな対応がうれしかったか、当事者だった頃に立ち返り、やさしく思いやりのある対応ができ、ピアカウンセリング機能を果たしている。

「頭で考えすぎたら、足はでないよ」と自身の体験に基づく声掛けができる強みがある。

生駒市の「集中C」事業の特徴

◆専門職と修了生のサポーターとのコラボレーションの魅力

⇒総合事業は市民との協働も大きな狙いの一つ

◆集団・個別の課題に即し、徹底した対応

⇒リハ職・看護師活用の意義(効果的な運動指導や環境整備・リスク管理含む)

◆教室依存者を作らない工夫

⇒修了生を担い手(サポーター)に起用、徹底した事前訪問(包括・事業所・市)

◆教室制のメリット

⇒3カ月1クールの教室制のため、入口と出口が参加者・皆一緒に、共に卒業のイメージ

⇒互いに意識し、頑張っている者同士、仲間意識が芽生える

⇒初代から継続しているOB会への参加率が高く、次(地域)につながりやすい

⇒移行期の転倒予防教室では、教室参加OB達で「いきいき100歳体操」週1自主運営

短期集中予防事業(集中C)の効果

◆参加者の大半が3カ月で終了

⇒継続したいと苦情を申し出たケースは皆無

⇒介護予防ケアマネジメントや地域ケア会議の徹底で、動機づけが確実

◆成功の秘訣

⇒介護予防ケアマネジメントの重要性と質の担保(委託先包括の平準化)

⇒自立支援型地域ケア会議の定期開催(多職種メンバーの質の向上)

⇒通所型・訪問型のセット利用を勧める効果(両事業の連動性で効率よく運用)

⇒専門職と高齢ボランティアとの協働による温かな雰囲気づくり(集団の効果)

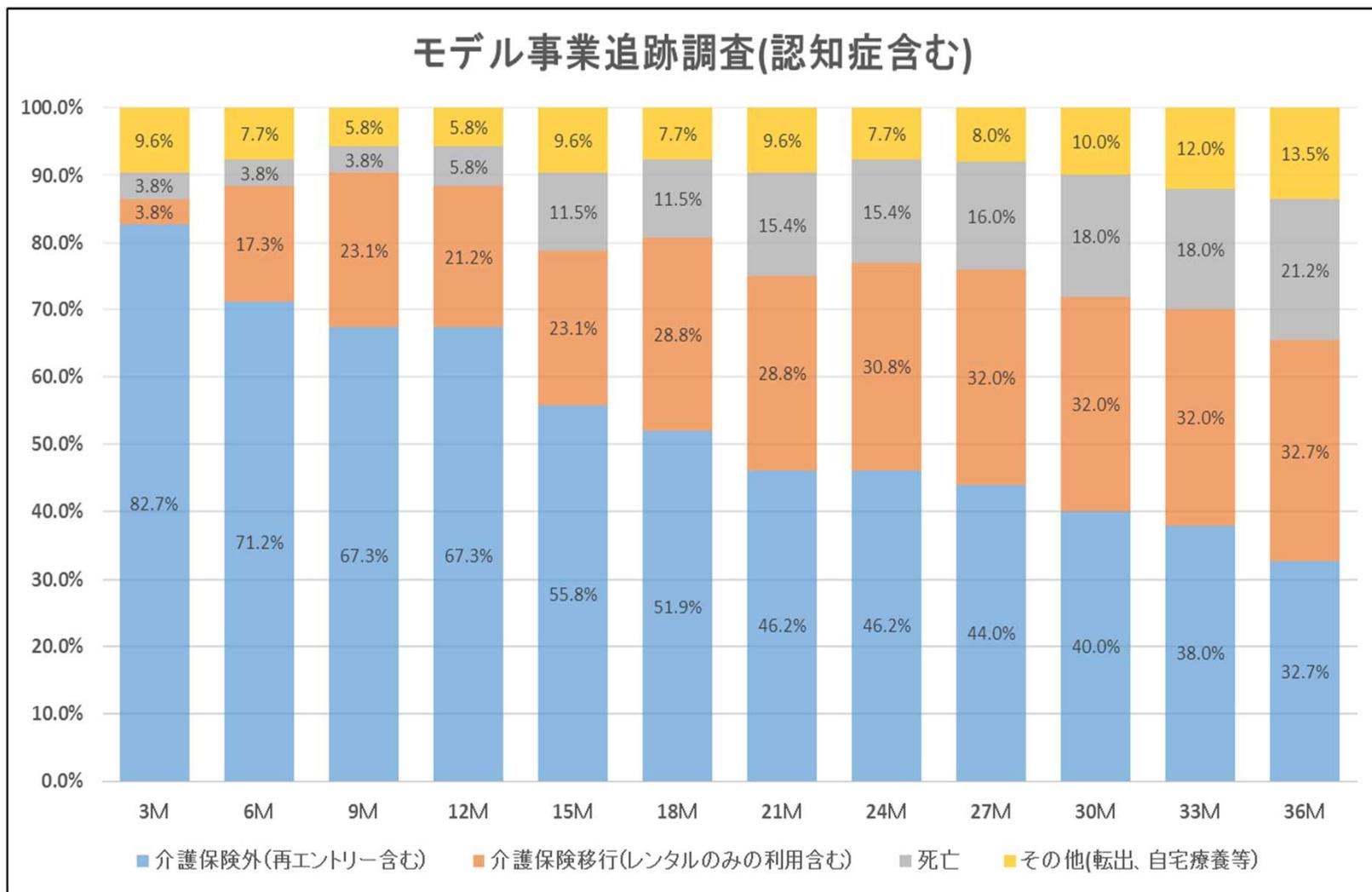
⇒事業を良循環させていくために一般介護予防事業の展開を加速化(地域づくりに発展)

◆モデル事業からの追跡結果

⇒平成24年10月からの参加者の○割が今も自立した生活を送っている

⇒事業費 円(3か月間)に対して、 円の費用対効果がある

モデル事業からの追跡結果（短期集中予防事業の効果）

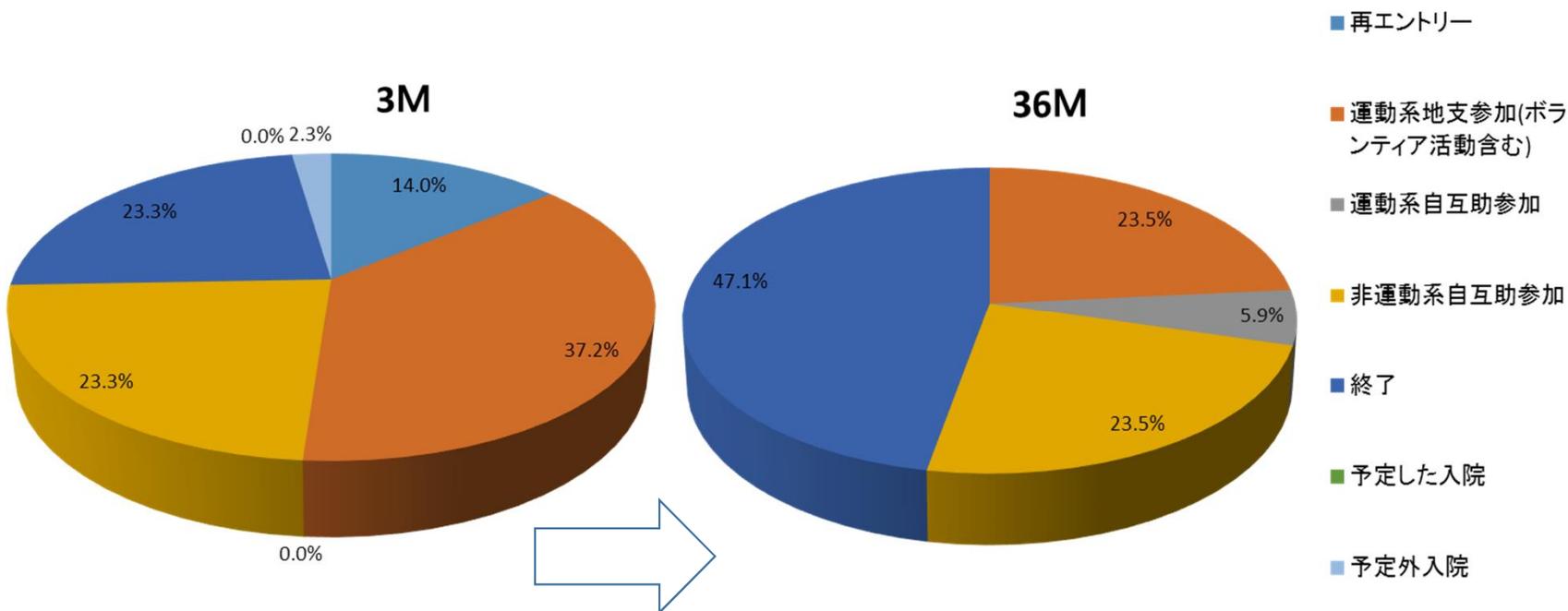


◆平成24年10月から平成25年9月までの1年間に、短期集中予防事業を3カ月間利用した「事業対象者相当」～「要介護2」までの対象52名のその後の追跡結果。

◆エントリーから3ヶ月間の事業利用後に、83%、1年後に67%、2年後に46%、3年後でも33%の人が、介護保険サービスを利用しない生活を送っている。

◆平成24年10月～12月利用者で要支援1だったA氏は今も総合事業のパワーアップPLUS教室のボランティアで、リーダー的存在である。

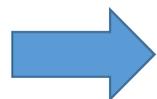
モデル事業 卒業者の介護保険外の内訳



★成功の秘訣

(細やかなアセスメント) + (個別性の高いケアプラン) + (多様なサービスの存在)

- ・軽度認定者においては、特に生活課題を解消することが重要！！
- ・事業参加中のモニタリングや終了前の再アセスメントも鍵となる！！
- ・地域ケア会議の実践で支援者の質の向上を図ることも必要！！
- ・「活動」「参加」「役割」の再獲得がKeyとなる！！



自立期間の延長

◆介護保険サービスを利用しない人の実数は3年間で徐々に減少しているが、介護保険サービス未利用の内訳を示している。

◆集中介入期の事業利用（3か月）後には、37%の人が転倒予防教室や体操教室などの市の運動系事業に移行。

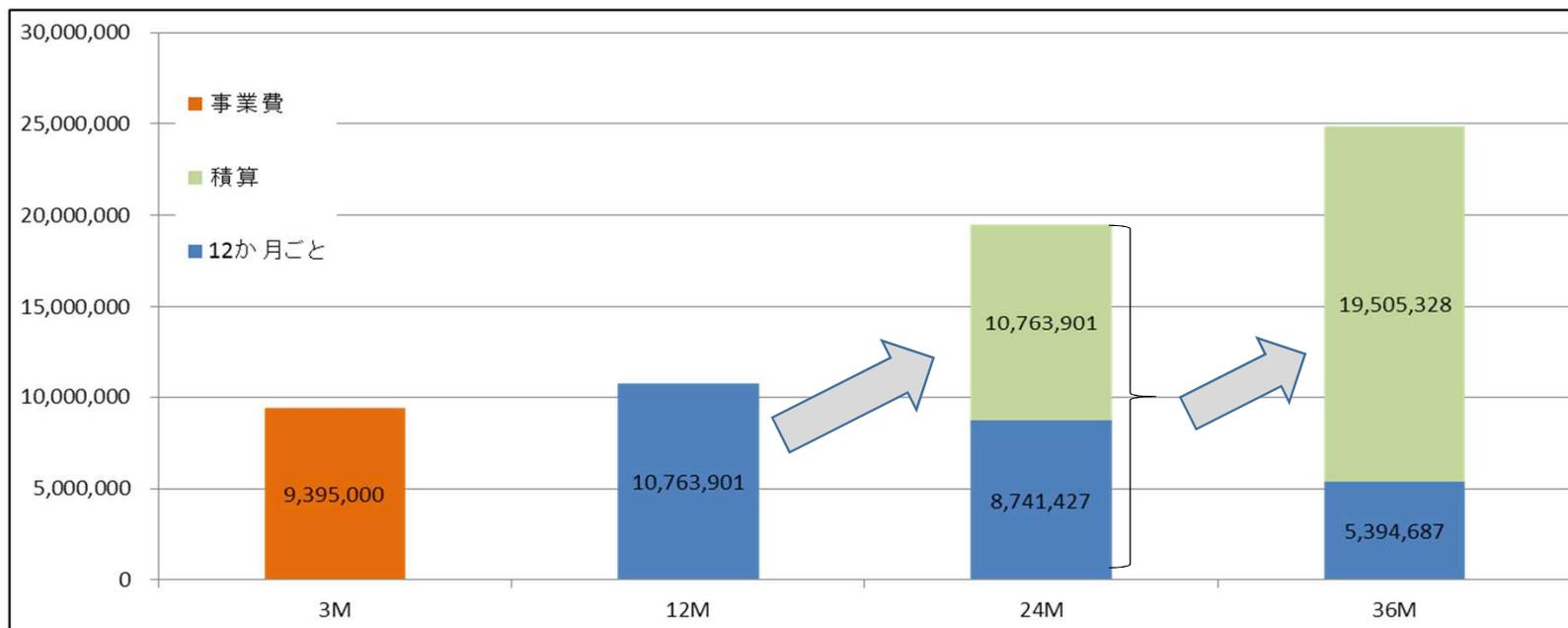
◆3年後には、23.5%の人が市の運動系事業を継続。

◆生活機能を維持するために運動系自互助参加（住民主体の教室）も増え、様々なメニューが考案されている。

◆卒業後に、同じ事業に支援者として参加するなど、役割や立場の違いも機能維持のための幅を広げている。

モデル事業の費用抑制効果(試算)

エントリー後、介護保険サービスを利用せずに生活を送ることができた方が、通所介護を利用し続けたと仮定した場合。



◆左端のグラフが平成24年10月から平成25年9月の1年間にかかった、通所型C、訪問型Cの事業費用。
 ◆4か月目以降は、実際、介護保険サービスを利用せずに暮らしていたが、仮にデイサービスを利用していた場合にかかっていたであろう費用。
 ◆実際には、介護保険サービス利用せずに機能維持に努めていたため、24か月後には、1,900万円、36か月後には、2,490万円の費用を抑制した効果が生まれた

3か月			4~12か月			13~24か月			24~36か月		
エントリー		事業費	介護保険以外		通所介護費	介護保険通所介護費以外			介護保険以外	通所介護費	
事業対象者相当	8	H24.10~H25.9	事業対象者相当	5	1,078,650	事業対象者相当	4	1,137,063	事業対象者相当	2	480,315
要支援1	23	通所型	要支援1	16	3,451,680	要支援1	13	3,685,332	要支援1	10	2,414,586
要支援2	12	訪問型	要支援2	10	4,114,890	要支援2	6	3,242,496	要支援2	4	1,846,806
要介護1	7		要介護1	3	1,522,206	要介護1	1	676,536	要介護1	1	652,980
要介護2	2		要介護2	1	596,475	要介護2	0	0	要介護2	0	0
合計	52	合計	合計	35	10,763,901	合計	24	8,741,427	合計	17	5,394,687

モデル事業時代の費用比較(介入郡・比較郡)

介入郡(モデル事業への参加者)

対象者数	52人
事業費(1~3か月)	9,395,000
介護保険サービス費 (4~36か月)	39,387,716
合 計	48,782,716
一人あたり	938,129

比較郡(介護保険利用者)

対象者数	36人
介護保険サービス費 (1~36か月)	56,428,892
一人あたり	1,567,469

- ◆介入群と比較群では、一人あたり629,340円の差が生まれ、介入群の参加者の方が、費用がかかっていなかったという結果であった。(3か年)
- ◆3か年で、合計32,725,680円の費用抑制効果があったと言える。

パワーアップ教室

移行期
短期集中Cの通所型事業

転倒予防教室



マット運動 (筋力)

バランス・筋力アップ!



ステップウェル (持久力)



【準備体操】

ボールを使ってみんなの名前を覚えます。



【筋力向上】

セラバンドで筋力向上
トレーニングの実施



4色マット (バランス力)

青・黄⇒緑・赤
バランス力を高めます!



壁押し (筋力)

体幹機能を向上・上腕筋も!



【座学】

転ばない生活に大切なことは? 復習ですよ



ひまわりの集い 生活期 緩和型B～会食サロン～

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
モデル事業後に地域支援事業の一次予防事業～介護予防・生活支援サービスに移行



(内容)
週に1回・隔週1回のミニデイサービス
・献立
・買い物
・レクリエーション
・報告書
・会計



【住民の方との協働の秘訣】

- ・十分、相手の意向を聴く
- ・事業のハードルは低めに設定
- ・委託や補助をしたから「終わり」ではなく、困りごとには丁寧に向き合う行政側の姿勢が重要
- ・寄り添うことも時には必要！
- ・つかず離れずの関係性の構築
- ・スタッフへのねぎらいの言葉も課をあげて行うことが必要



地域巡回型 ひまわりの集い

～地域に出向いて開催します！～

簡単な調理だけど、おいしいですよ！



みんなで
食べると
美味しいわ♪



体操も食事前には実施します！



野菜いっぱいカレーライス
串カツとデザート
のわらび餅！



第4回 健康寿命をのばそう！アワード 表彰式

第4回
『健康寿命をのばそう！アワード』
表彰式

<生活習慣病予防分野>



第4回
健康寿命をのばそう！アワード受賞

高齢者サロンのサポーターが高齢化してきたことにより、停滞しているサロンに食材を持ち込み、会食サロンの出前を実施。そうすることで普段参加しない人も「食事」に誘われて参加するなど、好循環！

地域巡回型ひまわりの集いが現在、市内を巡回し、既存サロンを触発。

総合事業の多様なサービスを起点に活動は拡大している。

一般介護予防事業 「ひまわりの集い」と「脳の若返り教室」のコラボ！

新聞記事にも取り上げられました！

110人分お弁当作りました！！

↓市長・副市長、福祉部長も参加！

産 経 27面(奈良)

「脳の若返り」ランチ会で交流 生駒市の認知症予防教室



ランチを囲みながら会話を
楽しむ受講生ら「生駒市

感動体験や、さまざまな
ことに興味を持つ前向きな
気持ちを持つことで認知症
「若返り教室」で、今年4月

生駒市の春田鉄郎さん
(88)は「教室を通じてたく
さんの友達が増えてうれし
い。未永い付き合いにした
い」と話していた。

からの講座の修了生とボラ
ンティアら約110人による
ランチ会が同市役所で行
われた。
同市は市内の65歳以上の
高齢者を対象に、「脳の若
返り教室」を平成24年10月
から開催。家に引きこも
らずに友達を作る「友活」の
場にしてもらうとともに、
簡単な計算や読み書きに取
り組むことで、脳の活性化
を図っている。
26日は市役所で修了式を
兼ねたランチ会を開催。参
加者は、市健康づくり推進
員のメンバーが作った手作
りの食事を囲みながら、会
話を楽しんでいた。



市の認知症予防教室の終了式に、
お弁当をつかって届けました。
教室の参加者や教室をサポートしているボラ
ンティアの皆さんと、食を囲みながら一層話
も盛り上がりました。

一般介護予防事業（地域の居場所づくりの拡大が加速化！）

【元気な高齢者が虚弱な高齢者を支える仕組みづくり】



のびのび教室・いきいき100歳体操
（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）



集中C事業の卒業生からなる
「いきいき100歳体操」も活発化
卒業生からなるOB会も誕生



コグニサイズ（介護予防・生活支援サ
ポーターのOBが教室運営に協力）

生駒市の地域ケア会議について

- 地域ケア会議は、多職種連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域に必要な社会資源の開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画や市の総合計画への反映などの政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールの一つである。
- 生駒市では、平成24年度から、既存の会議を市・生活圈域・個別レベルに再編し再スタート。
- 検討する課題に応じて、医療・介護・福祉の専門職や法律の専門家、民生委員、地域関係者などにより、課題の解決を図っている。

地域包括ケア推進会議

連携が必要な関連会議等

会議の機能

政策形成機能

地域づくり・資源開発機能

ネットワーク構築機能

個別課題解決機能、地域課題発見機能、ネットワーク構築機能

地域ケア会議の種別

生駒市地域ケア会議（Ⅰ）

- 自立支援型ケアマネジメントの検討

地域ケア会議（Ⅳ）

- 認知症に関する課題の検討

地域ケア会議（Ⅲ）

- 地域課題の検討 コミュニティ会議

地域ケア会議（Ⅱ）

- 個別事例の総合的な検討

地域ケア会議の運営支援体制

生駒市高齢施策課

- 地域ケア会議全体の運営体制の統括

医療介護連携ネットワーク協議会

生駒市地域包括支援センター全体会議

（市高齢施策課主催）

協議体

- 地域ケア会議で検討する事例の選定
- 地域課題の検討を行う地域ケア会議の運営基準
- 残された課題、好事例、有効な手法などを整理。各階層のケア会議相互で共有

生駒市の自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）の概要

- 個別ケース検討から見えてくる地域課題の発見、ニーズ量の把握、社会資源の整備、政策形成
- 平成24年10月より実施、月に1回ペースの開催からスタート
- 参加者：市（計画担当者）、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護保険事業所等
- 助言者：理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士
- 対象事例：介護予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者等

必要施策

- ①介護保険制度の理念追及
- ②介護保険事業計画
- ③地域診断（需要量等）
- ④日常生活圏域ニーズ調査
- ⑤介護予防・日常生活支援総合事業

機能強化

保険者（市）
地域包括支援センター
ケアマネジャー
介護保険事業所

人材育成

- ①全関係者の意識改革
- ②政策立案能力の向上
- ③アセスメント能力の向上
- ④コミュニケーション能力の向上
- ⑤専門職の専門性の向上
- ⑥保険者の意識改革

自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）
・他職種連携の場、関係者のOJTの場

自立支援型ケアマネジメントの確立

地域包括ケアシステムの実現

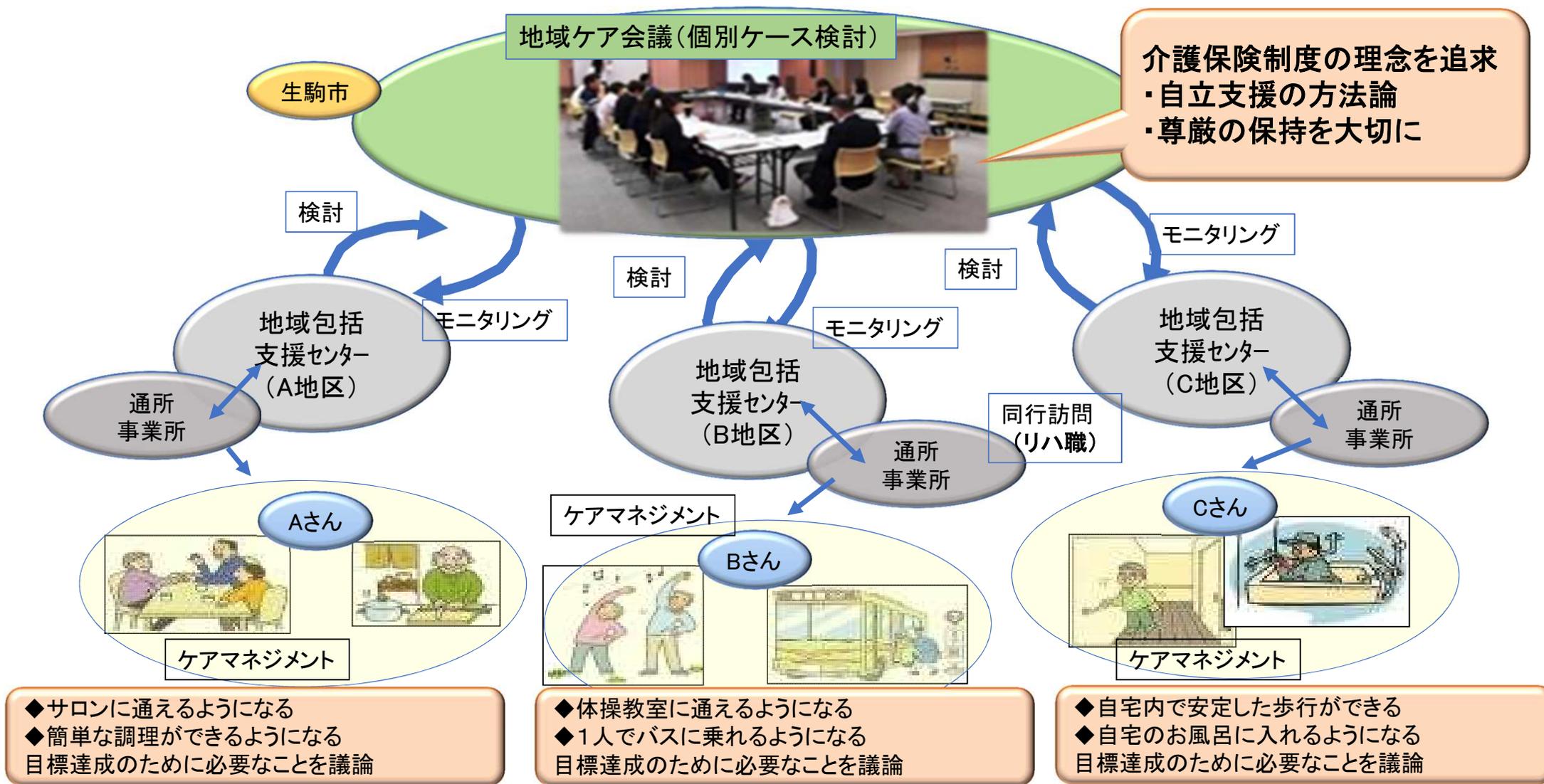


アセスメントツール作成
会議の誕生
・医療介護連携の場において、自立支援に資するアセスメント様式を作成



地域ケア会議の様子

自立支援型地域ケア会議 (I)



自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）による事例紹介



通所の様子



訪問の様子

（ケース紹介）

脊柱管狭窄症 83歳 男性 要支援1 腰痛があり、活動低下。アルツハイマー型認知症の妻（要介護1）を介護中で、夫婦2人暮らし。大好きだった畑の世話も億劫になり、自宅で過ごすことが増加。認知症の課題と高齢介護の問題を検討！

（自立支援型地域ケア会議での目標設定）

目標：①趣味の畑仕事を再開できるようになる。

②認知症の妻への関わり方を習得し、いらだちが軽減する。

（通所型事業）

筋力・体力・バランス力・持久力アップ、セルフケアの指導、介護負担の傾聴

（訪問型事業）

自宅での運動指導と畑での動作指導・認知症の妻への働きかけを助言

（3ヶ月後）

畑の再開ができ、介護保険の更新認定が不要になった。妻も家事能力向上。

集中C事業は、訪問・通所のセット利用

【地域ケア会議中での議論】

- ・認知症の妻の中核症状への対応に疲弊している本人に対する認知症理解の促進の進め方について、どうあるべきか
- ・残りの人生に悲観的になっている本人に、希望を持てる支援の在り方について
- ・遠方の娘家族の支援を強化するための働きかけについて
- ・地域力を生かし、本人・妻への支援体制の構築についての働きかけ
- ・本人のADL・IADLの向上に向けた具体的な指導内容
- ・畑再開に向けた地域力の活用について
- ・妻の認知症状を徹底的に分析（記憶障害・実行機能障害・見当識障害・理解判断力等）することやストレングスの活用について



腰痛も軽減し、畑を再開
（教室は卒業し、自立した生活に戻る。妻のケアもストレス軽減）



分割した声掛けを行うことを夫が身につけたことにより、簡単な調理の再開ができるようになった。

地域ケア会議を通して 自立支援に向け、認知症の人・家族を支える仕組みを考える

この指とまれ！で認知症のケアに関心の高い専門職やボランティア、一般の市民など、Oさんをよく知る人が集う「鍋パーティ」を企画。OさんのIADL評価、夫がどの部分を支えると「実行機能障害」のある妻が、家事再開ができるか検討！

《買い物の場面から》

- ・道中の安全確認が可能か
 - ・購入しようとする食材の選定は、どの程度の支援があれば可能か
 - ・必要な食材の購入は可能か
 - ・支払場面の能力は？
- ※アシストが、どこのパーツで、どの程度必要かを見極める。

顔見知りの人が笑顔でいてくれるだけで安心。名前がわからなくても「**認知症**」に理解のある人達なら大丈夫！



寄せ鍋の完成！

短文の声掛け・指示があれば、食材カットは可能
食器も出せる

実際の調理の場面では？
どの程度のアシストがあれば可能？



自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）と通所型サービスCとの連動

事例紹介：Hさん 83歳 男性 事業対象者

【初回会議】

病名：アルツハイマー型認知症、前立腺癌

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、喪失感にとられる時間が低減し、自身や他者への関心が高まり、新たな役割を模索、再獲得することが必要

目標：パワーアップPLUS教室でボランティアができるようになる

【中間会議】

教室への参加を楽しみにされるようになったが、ボランティアへの役割獲得への動機付けには至っておらず、家族や主治医への働きかけを行うとともに、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を願い、「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！（ここでは、あえて現役ボランティアのパワーを借りる！専門職でやらない）

【終了会議】

終了前1カ月の訪問型で、自力でバスを利用して教室参加が可能であることを確認。5ヶ月継続参加したことにより、すっかりパワーアップPLUS教室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様子がかがえたため、「ここに遊びにきてよ」の言葉に変更し声掛けを続け、卒後の憩いの場として「できる」ことから始めてもらうことで卒業。

半年過ぎた今も、ボランティアで活躍中。



スタッフ

Hさん

新しいボランティア

先輩ボランティア

卒業生のボランティアの様子

◆ボランティアの育成

12月に教室を卒業したての新米ボランティア（H）さんに先輩ボランティア（中央）が一生懸命、記録の書き方を教えています。黄色いシャツのスタッフ（左側）は、その様子を気にしながらも、そっと見守っています。こうして卒業生たちの輪が広がり、にぎやかな教室へと変化していきます。

自立支援型地域ケア会議 と通所型サービスCの連動

事例紹介:Fさん 78歳 女性 要支援1

【初回会議】

病名:両末期変形性膝関節症、高血圧症

利用サービス:現行相当ヘルパー 1回/週(風呂・トイレ・床掃除)。まごころ収集(ゴミの収集)

課題:全人口関節術後、廃用性の量化し筋力低下が進行。石段が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があるため、痛みの評価と基礎体力の向上及び筋力アップを図ることが必要。

目標:パワーアップPLSU教室でボランティア活動を行う。

【中間会議】

セルフケアも真面目に取り組み、徐々に体力・筋力アップ。訪問型Cにて家事支援の具体的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。

【終了会議】

自身で行える家事動作が拡大し、パワーアップPLUS教室終了月をもって現行相当の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、(その他市長が認める枠)利用可となる。

※やりたいこと、したいこと思えるものを共に探し、徐々に行動変容を図り、思いを形に変え、定着できるよう寄り添う支援が必要!

◆集中Cの教室の様子

誰がサポーターで、誰が参加者か分からないくらいにぎやかです。

「座ったままでも、認知症でもボランティア活動ができる」



心身共に元気な高齢者だけがボランティアはなく、虚弱な高齢者も十分、教室の担い手側に回るができること。

私たちは教室の卒業生から学びました。



いきいき100歳体操の拡充について(市・包括)

短期集中予防事業（集中C）を卒業した人の受け皿が今以上に必要であると、自立支援型地域ケア会議（I）から見えてきて、いきいき100歳体操への展開につながる。

【立ち上げ】

- ◆平成28年2月、2箇所ではいきいき100歳体操が始まる。
- ◆そのうちの1箇所は、移行期の事業である【転倒予防教室】を卒業した人たちで作った教室。
転倒予防教室卒業後の居場所となっている。

【今後の展開】

- ◆平成28年8月末日現在、4箇所ではいきいき100歳体操が立ち上げる。
- ◆今年度は、さらに4箇所での立ち上げを目標とし、来年度以降に予算を組み積極的に展開予定。

【開始にあたっての支援】

- ◆最初の4回のみ市職員が伺い、その後は、自主運営をお願いしている。
- ◆DVDの交付。重りは最初の3ヶ月間の貸与とし、それ以降は、各自がグループで用意。
- ◆場所やDVDデッキ、テレビ等はグループで準備してもらう。行政と市民との明確な役割分担。



いきいき100歳体操
(自主運営)

コグニサイズ教室の展開について(市)

前期高齢者の介護予防事業として、後期高齢者中心の介護予防事業とは別に運動量も多く、認知症予防もかかげ、同時に実践できる【コグニサイズ教室】の展開を始めた。

【立ち上げ】

- ◆市の介護予防拠点施設を活用し、運動実践指導者と共に横浜で研修受講後、平成27年7月に試行的にスタート！
- ◆平成26年度に養成した「介護予防・生活支援サポーター養成講座」の修了生OBを半年かけて指導し、平成27年4月よりOBが自主運営するコグニサイズをスタート！



【今後の展開】

- ◆コグニサイズは、介護予防事業の中でも1番人気で応募数に比し、参加希望者が**5倍**の申し込みがあったため、今後も教室拡大を図っていく予定。

【開始にあたっての支援】

- ◆住民主体の教室運営については、強力なリーダー1名の存在とそのリーダーをサポートする体制を整備する場合と、各サポーターが得意とすることを担当する方法があるため、養成・育成するメンバーによって、どのような形にしていくかを後方支援！

おそろいのポロシャツを着て、元気に笑顔でコグニサイズに参加者に体験してもらっています。一緒に研修を受けた仲間同士、互いの得意分野を活かし、役割分担して教室運営を行っています。

(by ボランティア一同)

総合事業における普及啓発

セルフケアの促進のために作成
一般介護予防事業参加者に配布・
集中C卒業生に配布等

生駒市
介護予防手帳

広報誌の有効活用。定期的に介護予防の啓発を掲載。現在、わたしのいきいきライフ(90歳以上の高齢者の活躍集)の第3版を作成開始！地域包括支援センターの予防部会と予防推進係りが協働で作成



総合事業を地域の核なる団体さんに理解いただくために・・・総合事業のDVDをオリジナル版で作成！

☆DVDの作成(動画)

☆リーフレットの作成(オリジナル)

1 していることや興味の確認

あなたが日常的に行っている行為や興味のあることなどを確認しましょう。

■ 以下の行為について 該当するものに○をつけてください。

01	買い物をする	している・してみたい
02	料理を作る	している・してみたい
03	掃除をする	している・してみたい
04	洗濯物を干す	している・してみたい
05	自分でお風呂に入る	している・してみたい

■ 趣味や興味のあるものについて該当するものに○をつけてください。

01	賃金を伴う仕事	している・してみたい・興味がある
02	散歩・体操・運動	している・してみたい・興味がある
03	畑仕事	している・してみたい・興味がある
04	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい・興味がある
05	歌を歌う・カラオケ	している・してみたい・興味がある
06	音楽を聴く・音楽鑑賞	している・してみたい・興味がある
07	温泉・旅行	している・してみたい・興味がある
08	編み物・針仕事・読書	している・してみたい・興味がある
09	写真	している・してみたい・興味がある
10	お茶・お花	している・してみたい・興味がある
11	動物の世話	している・してみたい・興味がある
12	デート・異性との交流	している・してみたい・興味がある
13	居酒屋に行く	している・してみたい・興味がある
14	野球・相撲観戦	している・してみたい・興味がある
15	マージャン・花札など	している・してみたい・興味がある

PICK UP 02
要支援1・2の人、サービスを利用してはいない人の利用の差はどのようになる？

10月からの要支援1・2の人、サービスを利用してはいない人の利用の差はどのようになる？

【要支援1・2などの皆さん！】
介護予防サービスの仕組みが変わります

10月から変わるポイント？

POINT 1
訪問介護(ホームヘルプサービス)と訪問介護(デイサービス)の違いが明確になります。

POINT 2
「自立・増進プログラム」が強化されます。

- 介護予防の重要性 (元気になっていく事業の紹介や高齢者の紹介)
- 総合事業への移行記事 (多様なサービスの紹介⇒選択肢が広がりますよ)
- 現行相当が移行する記事 (今まで通りサービス利用は可能ですよ)
- 買物支援や生活支援について (シルバー人材センターの活用や移動販売のPR等)

2015
新しい介護予防
日常生活支援総合事業のご案内

地域の方で高齢者の生活を
支えあうまちづくりが重要です

介護や生活支援を必要とする高齢者や、一人暮らし高齢者などの
世帯が増える中、生活の維持に必要な買い物や移動の支援、
高齢者が生きがいを持って参加できる活動が
これまでに必要になってくる等考えられます。
そのため、従来のホームヘルプサービスやデイサービスだけでなく、
住民が中心となって活動する多様な活動も実施した、多様な高齢者による
住民の生活支援活動も、地域の中で増えていくことが重要となります。
おまかせのご運営・ご支援をお願いします。

生駒市
発行年度27年度
〒585-0804 生駒市高島町5-30-5 電話0743-74-1111(内線402・403)

集中C
実人数 286名

平成27度 総合事業の実績

平成28年度は、
全般的に事業拡大
新規事業も増えている！

介護予防・生活支援サービス事業

一般介護予防事業

事業名	類型	開催回数	実人数	延参加者数	ボランティア延数
パワーアップPLUS教室	集中C	144	80	1,540	
パワーアップ教室	集中C	運動192 口腔 80 栄養 80	170	3,085	0
転倒予防教室	集中C	48	36	346	398
ひまわりの集い	緩和B	81	61	1,612	904
現行相当(デイ)	現行相当	3末実績	290		0
パワーアップPLSU教室(訪問)	集中C	57	65	110	0
生活支援サービス(シルバー)	緩和B	利用時間 697.5	28		
現行相当(ヘルパー)	現行相当	3末実績	291		0

事業名	運営	開催回数	実人数	延参加者数	ボランティア延数
体操教室(公民館型)	直営	183		5,159	1,411
体操教室(地域型)	市民	318		5,507	
機能訓練教室	市民補助	108	313	2,029	実 106 延 1,004
脳の若返り教室	直営	288	239	4,236	実 116 延 1,569
コグニサイズ教室	直営	12	18	169	実7 延83
ひまわり(地域型)	市民委託	7	192		実4 延28
認知症料理教室	委託	3	6	18	実4 延12
介護予防教室	委託	95		2,176	
いきいき100歳体操	市民	9			試行的な開始で本格実施はH28～
地域活動リハビリテーション事業	直営	5		89	
出前講座	直営	51		1,385	

- ◆自立支援型地域ケア会議 開催回数 12回 延検討者数 206人
- ◆自立支援型評価会議 開催回数 29回 延検討者数 368人
- ◆は定例会議、他、担当者会議の開催も別途ある
- 市内には、自主学習グループ 170団体
- 自主運営サロンが一般介護予防事業以外に 42ヶ所

【総合事業を開始したことによる新たな課題について】

- ◆ 短期集中C利用において、どうしても卒業できない一部の人への受け皿づくりが課題
⇒一般介護予防事業における送迎付きサービスの開始
- ◆ 高齢化率の高いエリア(集落)に出前型送迎付きサービスの検討(案)
⇒短期集中的な地域介入を行い、徒歩15分の坂道を自力歩行できるレベルの到達目標
プログラムを地域に持ち込み展開⇒同時にサポーターとして活動できる地域住民の育成
⇒半年で地域に事業を移行(地域が自立)
- ◆ 地域包括ケアに関する関心度の高いエリアにワークショップを展開(案)
⇒住民自治の形で「介護予防・生活支援サービス」が構築できるモデルエリア選定
⇒包括の出前講座等を通して住民・ボランティア・事業者を触発
- ◆ 認知症の普及啓発の促進や認友(にんとも)養成事業の展開を検討(案)
⇒RUN-TOMORROWへの参加や認知症の方の家庭訪問や趣味・特技を活かし、認知症の当事者と囲碁や将棋、調理や買い物と一緒に行動など寄り添い型サポーターの養成・育成。
- ◆ まちかど保健室の展開を検討(案)
⇒あすかの介護予防拠点施設を活用し、介護予防事業や認知症予防教室、認知症カフェなど、常時開設できる居場所の展開

【総合事業を開始したことによる新たな課題について】

◆短期集中C利用後の卒業生の居場所確保が課題

⇒卒業生からなる「いきいき100歳体操」の更なる開催場所拡大に向け、新たなボランティアを養成

◆デイサービス等に馴染まない認知症高齢者の居場所確保が課題

⇒認知症高齢者の支援に関心の高い市民や学生を発掘し、元気高齢者も交えた「緩和型B」もしくは「一般介護予防事業」にて、新たな枠組みを創出する事業展開が必要

◆廃用性的高齢者や認知症高齢者に関する医療・介護関係者への意識改革が課題

⇒「もう年だから・・・頑張らなくてもいい」「認知症だから、できなくて当然？」

⇒改善の可能性がある高齢者に対して、専門職がその機会を奪ってしまっていることがある

⇒医療・介護関係者からなる「医療介護連携推進部会」や「認知症部会」で、介護予防の重要性を発信し、予防的観点や重度化予防に関する意識を高めてもらう秘策を考える

◆包括支援センターの業務が増え、包括のモチベーションと質を維持することが課題

⇒事務の簡素化やケアマネジメント力を高める為のスキルを複数の室内職員ができ、包括をアシストできる職員を育てていくと共に事業者や市民に総合事業の理解を深めてもらえるよう、制度説明に関する責任や普及啓発の徹底を行っていくことが重要

総合事業の担い手養成・育成！

■ 市民サポーターの養成講座の実施

- ①生活・介護支援サポーター養成講座（H26年度から開始）
基礎編3回と応用編6回のカリキュラムで構成
- ②地域ボランティア講座（H15年度から継続展開）
基礎編6回のカリキュラムで構成

■ 講座修了生のOB会を支援

- ①サロン推進本の作成
- ②活動場所の提案と活動スキル向上のための追加研修の実施
一般介護予防事業の新規メニューの活動担い手を育成中！
平成28年度よりOB会で「コグニサイズ」を地域展開！
- ③地域ねっとの集い開催

域メン・域ジョ養成講座
の実施に名称を変更
地域男子・地域女子で
地域を活性化！



平成16年度より市内サロンや介護予防ボランティアの交流会を継続実施

2年目となる総合事業の運営について

- ◆一般介護予防事業で送迎付き介護予防事業(緩和A相当)を開始
- ◆いきいき100歳体操やコグニサイズ教室の市内拡充
- ◆老人クラブ連合会と定期的な話し合いを通して、
地域の支え合いの担い手養成を企画
- ◆虚弱高齢者や要支援1・2の認定者の介護予防・生活支援ニーズの把握
⇒H28.8に3,000人にアンケート調査を実施
- ◆理事者に一般介護予防事業の体験
- ◆理事者とボランティアとのティーミーティングを実施
- ◆自立支援型地域ケア会議に理事者を招待
- ◆短期集中予防事業の質向上を目指し、メーリングリスト・研修会の実施
- ◆認知症初期集中支援事業と総合事業との連携
⇒認友養成事業(案)、コミュニティカフェの設立準備、見守り活動の構築へ
- ◆短期集中予防事業の検証を行い、必要な予防事業プログラムの考案予定
- ◆H28.4～人員体制の強化(保健師2名増、事務・係長・嘱託各1名増)



「地域包括ケア」の構築にむけて ～組織の改編(平成28年度)～

【旧・福祉部】

- ・高齢施策課
- ・介護保険課
- ・障害福祉課
- ・保護課

【福祉健康部】

こども課以外が統合され、福祉健康部となり、7課が「地域包括ケア」の構築に向け、連携しやすい組織に改編。高齢施策課の中に「地域包括ケア推進室」を設け、人員増を図り、地域支援事業全般の充実・展開を目指す体制整備。

【旧・こども健康部】

- ・健康課
- ・国保医療課
- ・病院事業推進課
- ・こども課

高齢施策課 課長・主幹・課長補佐

地域包括ケア推進室 室長1名(主幹兼務)

「予防推進係」

- ・係長1名
- ・保健師3名
- ・事務3名
- ・臨時職員1名
- ・健康運動士1名

「包括ケア推進係」

- ・係長1名
- ・保健師2名
- ・事務1名
- ・嘱託職員1名

※合計14名
(正規雇用12名)

「高齢対策係」

- ・係長1名
- ・事務2名
- ・臨時職員1名
- ・再雇用1名

「庶務年金係」

- ・係長1名
- ・事務3名
- ・労務士3名

【課内室の設置により、体制強化】

- ・2係となり係長1名増、保健師2名増、嘱託職員1名増、課内異動にて事務1名増
- ※合計5名増

総合事業を円滑に進めていく体制として、予防推進係に保健師1名増、事務1名増。他の認知症施策や生活支援体制整備、医療介護連携や地域ケア会議の推進、高齢者虐待や包括の機能等を強化していくために新たに包括ケア推進係りを設け、係長1名、保健師1名、事務1名、嘱託1名増員。介護保険制度全般を熟知している職員が不足していることが唯一残された課題！

※こども課は、平成28年4月より教育振興部に統合。

生駒市における地域包括ケアシステムの推進体制の整備

個人支援の充実と地域支援
(まちづくり)の充実→両輪が
必要

- ・健康寿命の延伸と元気高齢者の社会参加への支援
- ・病気や要介護状態となっても安心して暮らせるケアの提供

- 介護保険・医療保険の枠組みだけでは解決できない！
- 組織横断的な取組への意識改革が必要！
- 庁内部課横断的な体制づくりが必要！

医療
・病院事業推進課
・国保医療課
・健康課
・障害福祉課

介護・福祉
・介護保険課
・高齢施策課
・障害福祉課

予防
・健康課
・高齢施策課
・生涯学習課
・市民活動推進課

生活支援
・高齢施策課 ・政策企画推進課
・環境保全課 ・経済振興課
・生活安全課 ・防災安全課
・総務課 ・市民活動推進課

住まい
・営繕課
・建築課

市民・行政(他部門)・事業者等と協働で
作り上げていくことが大切！

副市長
がトップ

平成26年度
庁内部課横断
的な組織の活
用に！

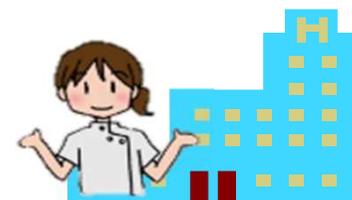
地域包括ケア推進会議の設置

生駒市における「地域包括ケアシステム」の基本理念



高齢者の「自立支援」と「尊厳の保持」

(介護保険法第1条)



介護予防・重度化予防に資するサービスの提供

在宅生活の限界点を高めるサービスの提供

一般高齢者

要支援者等

要介護者

在宅サービスの充実

診療所・医院・病院・介護関係者の連携

総合事業・介護予防サービス・介護サービスの充実

多職種協働によるケアマネジメント支援

医療ニーズの高い高齢者や認知症高齢者が地域で安心して暮らせる仕組みづくり



生活支援体制整備事業協議体の運営



地域包括支援センターの機能強化



在宅医療介護連携ネットワーク協議会
初期集中支援事業



多様な通いの場や生活支援サービスの更なる創出

地域ケア会議の充実

在宅医療・介護連携の促進、認知症施策の推進

地域包括ケアの構築に向けて強化すべき事項

生活支援体制整備事業 協議体の運営

【地域支援体制整備】

- モデル地区自治会が、新潟県上越市と富山県に1泊2日の視察旅行を企画に随行(第2層としての機能を目指す)
- 第1層の生活支援コーディネーターを社協に配置
- 勉強会⇒ワークショップを通して、第1層の協議体設置予定。
- 地域支援体制整備に関するアンケート調査を実施(H28.8.8郵送)
- 第2層のモデル地区検討(4エリア候補)
- 生活支援サービス拡大検討(シルバー他)
- 地域力向上に向けた研修開催

総合事業の更なる展開

多様な通いの場・居場所づくりの促進、介護予防に関する普及啓発(DVD・介護予防手帳・パンフレットの作成、介護予防講演会等の実施)

地域包括支援センター の機能強化

【人員増】

生駒市社会福祉協議会地域包括支援センターを機能強化型包括にするために、保健師等を1名加配
地域包括ケア推進室にも困難事例・虐待担当嘱託職員の配置(社会福祉士)

【包括の専門部会を設置】

- ・予防部会
- ・権利擁護部会
- ・主任ケアマ部会
- ・新人部会



地域包括ケア推進室においてもケーススタディを日課にして、スキルアップ!

地域ケア会議の充実

在宅医療介護連携ネットワーク 協議会・認知症 初期集中支援事業

【医療介護連携に関する体制整備】

- 病院事業推進課・健康課・高齢施策課(地域包括ケア推進室)と協働にて医療介護連携ネットワーク協議会・2部会の運営
- 認知症初期集中事業の展開
- 認知症ケアパスの作成
- 地域包括ケアフォーラムの実施(規範的統合)
- 認知症ケア・医療介護連携に関する研修企画(多職種連携)
- 入退院時の情報共有シートの作成(案)
- 市民向け「普及啓発」の促進
- 医療介護連携に関する先進地視察
- 認知症に関する市民アンケートの実施(ニーズ分析)
- 医療介護連携に関するアンケート調査実施(ニーズ分析)



「地域包括ケアシステム」の構築にむけて

平成28年度 地域包括ケアシステム構築支援補助金(800千円)
 県の補助事業を申請し、地域包括ケアシステムのロードマップを具現化

県補助
100%

全体構想策定事業スケジュール

実施内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実態調査	[Blue bar from April to January]											
全体構想の策定								[Blue bar from November to March]				
ロードマップ立案								[Blue bar from November to March]				
第6期計画の評価				[Blue bar from July to December]								
アンケート調査の実施		[Blue bar from May to October]										
地域資源調査		[Blue bar from May to February]										
総合事業検証・研究		[Blue bar from May to January]										
現状と将来のギャップ把握								[Blue bar from November to February]				
地域包括ケア推進会議					★			★				
協議体			★			★			★			★
地域ケア会議等	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
新サービスの創設準備と開始				[Blue bar from July to March]								
報告書の作成											[Blue bar from February to March]	

「地域包括ケアシステム」の構築にむけて

平成28年度 地域包括ケアシステムの構成要素充実事業補助金
 (200千円) 認知症のケアの充実を図るため、補助申請

県補助
100%

構成要素充実事業スケジュール

実施内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
認知症ケアパス			検討会★	検討会★	検討会★	検討会★	検討会★	案作成	→			
まちかど保健室					視察★		開設	→				
認知症ささえ隊			研修★	研修★	研修★	開始	→					
研修会・フォーラム						フォーラム★					研修★	

まちかど保健室

交流スペース
地域コミュニティの活性化



健康管理
血圧測定・体脂肪測定等



相談スペース
(負担の少ない介護方法やサービス利用の方法紹介など)



健康体操教室
コグニサイズ教室
脳の若返り教室
いきいき100歳体操等



認知症ケアパス作成途中でMCIや認知症初期から中等度にかけての人々への支援策が希薄なことが明確となり、総合事業と抱き合わせてそういった対象の方々への受け皿づくりを更に検討中。総合事業は、医療介護連携や認知症施策などと密接に関係している。

生活支援体制整備 地域力の向上を目指した担当課の取り組み

自治会長向け、市政研修をブロック単位で実施

⇒超高齢社会に向けた地域力の向上（H27：5回実施）⇒今年も一部で実施

自治会・民生委員・老人会向け研修会の開催

⇒平塚市の木村課長代理が講演（H27. 8.30）

民生児童委員向け 地域包括ケアの構築に関する研修会の開催（H28. 8.24）



市職員の本気度が市民・事業者・ケアマネ・包括に問われている！

第2層の協議体が立ち上げられそうな地域を市民活動推進課と協働で「地域力向上」の研修会企画（定期的な打ち合わせや会議に出席）

⇒モデル地域に出向いた講座（医師会・病院事業推進課・高齢施策課・担当地域包括支援センター等）

⇒県から地域包括ケアの構築について講演・市の高齢担当課長より地域力向上に向けた取組について講義

⇒平成28年7月3日（日）・4日（月） 新潟県上越市にバスで視察研修（地域包括ケア推進室から2名随行）

やまびこネットワークが市民自治協議会を設立（H28. 7. 2）⇔2層としての活動を検討

徘徊高齢者の模擬訓練を自治会単位で開催

地域デビューガイダンス・地域の居場所づくりの推進等



生活支援体制整備 地域力の向上



【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！



中地区健康まちづくり協議会(案)

2年前より勉強会を立ち上げ、先進地視察を行い、自分たちの地域に必要なことを考え、形にしていこうと始まったもの。今年、新潟県上越市にバスを借り上げ視察を計画。バス内で参加者の交流を図り、仲間づくりの結束を狙っている。

他にも市民自治協議会の立ち上げもあり、互助の仕組みづくりがふつふつとわきあがってきている。



【介護予防・生活支援サポーター養成講座のOB】
コグニサイズ教室の自主運営を目指して、研修を半年間行ってきました(市職員)。現在、自主運営にて高齢者を支えています。



- 朝、先ず自分にあいさつ(自分への感謝)
- そして、家族へ(家族への感謝・きずな)
- そして、隣近所・地域へ(地域への連携・連帯)

2015年1月15日 No.10 発行 やまびこネットワーク

地域のつながりを求めて 総合防災訓練実施

平成27年1月25日 雨天決行

① 8:00~9:00 各家庭と自治会の取り組み
■ 各家庭での安全点検活動
■ 各自治会の避難場所及び避難経路の確認

② 9:00~12:00 各分小学校での総合訓練

■ 消防車による放水と消火訓練
■ 消防汁とアルファ米の試食
■ AEDを使った人命救助訓練
■ バケツを使った消火訓練
■ 小型消火器を使った訓練

● 参加希望者は自治会さんまでお申し込み下さい。
● 雨天の場合は、体育館での訓練となります。また、雨天でも気象条件によっては訓練内容を変更することがあります。但し、午前7時現在生駒市に「警報」が発令された場合は中止。

まちづくり協議会の発足
H28. 7.2

最後に

総合事業は、市町村の課題に即した事業が創れるBIGチャンスである！

本当に必要な事業が何か？

生駒市では、自立支援型地域ケア会議を通して、いくつかの事業が生まれました。

総合事業を【要支援切り】と捉えるか、【地域づくり】と捉えるか？

それによっても総合事業の組み方は大きく異なってきます。

高齢者と向き合う現場におられる地域包括支援センターや事業所、核なる団体等、どのような事業が地元の高齢者に必要かを十分ご存知なはず・・・その思いや声を受け取め、必要な事業を立案し、わが町独自の取組に花を咲かせていきましょう。