

平成29年1月20日(金)
午後1時～5時40分
東海北陸厚生局内

「地域力を活かした 住民主体の地域づくり」 ～生駒市の実践報告～

生駒市福祉健康部高齢施策課
地域包括ケア推進室 室長 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53.15km²。
- ・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%



- ▶ 住み良さランキング **奈良県1位 関西10位**
- ▶ 主婦が幸せに暮らせる街ランキング **関西2位**
- ▶ 安全・安心な街ランキング **全国1位**
- ▶ 住宅都市初の「**環境モデル都市**」

平成29年4月 全国の市町村で総合事業が実施される

- ◆サービスをつけ替えることだけにとらわれず、地域をみて、地域のマネジメントを行った上で、必要な事業を考えていくことが重要！
- ◆総合事業は、移行して終わりではない。
実践すればするほど、課題は生まれ、都度、軌道修正や新たな事業の創出につながっていくものである。
- ◆総合事業の成功の鍵は、介護予防ケアマネジメント&地域支援体制整備にある。
ここがうまく軌道にのらないと絵に描いた餅となる。
- ◆地域力を育むような地道な活動を継続していく先に花が咲く。



生駒市の総合事業体系図 & 対象者のイメージ図

(介護予防・生活支援サービスのイメージ)
本人の状態にあったサービスを提供

《ケアマネジメントB》
日常生活自立度
J1~A1 自立~Ⅱa
* 評価会議の実施

《ケアマネジメントA》
日常生活自立度
J1~A2 自立~Ⅱb
* 自立支援型地域ケア会議

移行期

- パワーアップ教室
- 転倒予防教室
- 膝・腰痛予防教室
- 介護予防通所介護サービス
- 介護予防訪問介護サービス

生活期

- ひまわりの集い
- ミニデイサービス
- 生活支援サービス

集中介入期
• パワーアップPLUS教室
(通所型・訪問型)

【廃用症候群からの脱却】

【地域活動に参加できる
体力づくり
状態の維持・改善を目指す】

【憩いの場に
通う】



高

【元気度】

低

【介護予防の必要性】

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



高

介護予防通所介護と介護予防訪問
介護サービスは、ケアマネジメントA
として展開

総合事業開始からの経緯（Ⅰ）

生駒市は、【短期集中Cサービス】を中心に【一般介護予防事業】の充実と共に総合事業を整備してきている。短期集中Cサービス利用後には、9割の人が3ヵ月で卒業を迎える。そのため、出口の準備が常に重要！

【卒業後の受け皿づくりの視点】

- ◆市の担当者としての役割
どれだけのエリアにどれだけの受け皿が必要かの検証をし、受け皿を広めるための啓発
新たな一般介護予防事業の創出等
- ◆地域包括支援センターの役割
介護予防ケアマネジメントにおいても、卒後の生活のイメージをしっかりと捉えておく
生活圈域ごとに居場所づくりを進めていく
- ◆事業所の役割
卒後のOB会への参加やボランティアの担い手となれるよう勧奨
- ◆利用者本人の役割
セルフケアの継続、自宅開放で生き生き100歳体操

それぞれの立場で、何をするかを明確に、同じ目的に向かって歩む姿勢と行動が重要！

【まちかど保健室の設置（H28.4～）】

介護予防拠点施設を有効活用！



- ◆コグニサイズ教室、いきいき100歳体操、脳の若返り教室、音楽広場、高齢者に役立つ講座、サロン、認知症カフェなど

【新たな教室を展開】

- ◆認知症予防教室（ウォーキングプログラムや旅行プログラムの実践）
- ◆エイジレスエクササイズ教室
- ◆認知症料理教室
- ◆短期集中C＋一般介護予防教室の一体型教室の展開

総合事業開始からの経緯(Ⅱ)

生活支援サービスの担い手が一般高齢者で対応可能ということが証明できたにも関わらず、提供体制の問題で、生活支援サービスが伸び悩み中。新たな担い手不足に対する対応が課題となっている。

【訪問型Aの創出を検討中】

- ◆要綱作成、単価設定、研修会のカリキュラムの作成、事業所説明会や生活支援サポーター養成の応募の仕方を検討中

【訪問型Bの創出が可能かの検討開始】

- ◆老人クラブ連合会との定期的な話し合いを進め、平成29年1月23日、総合事業の研修を開催予定。

【認知症支え隊の結成を検討開始】

- ◆任意事業で介護保険制度の隙間を埋める支援員を養成予定。

【認知症支え隊の結成を検討開始の経緯】

- ◆短期記憶や失見当障害を起こしている認知症高齢者の楽しみを継続するために、泊杖の代わりとなる役割を果たす支援員を養成することで「通いたいところ」へ通い続けることができるのではないか？という思い。
- ◆ちょっとした声かけや見守りの具体的な方法について、理解できるまでの支援を行ってくれる人がいたら・・・家族の疲労感の軽減や在宅での暮らしを支えられるのでは・・・という思い。
- ◆お薬を飲むことを上手に声掛けできたら・・・健康管理ができ、混乱が避けられるのでは？という思い。

- ・ニーズ把握のために生活支援ニーズ調査も実施済み(H28)
- ・日常生活圏域ニーズ調査や認知症アンケートも実施中

- ・認知症支援に熱い仲間と相談
- ・認知症フォーラム開催して、訴えかけてみよう！

この指とまれ！

認知症の取り組みを前に進めたい有志が全国から集まる【飲み会】を生駒市内で企画・開催（H28.8.25）

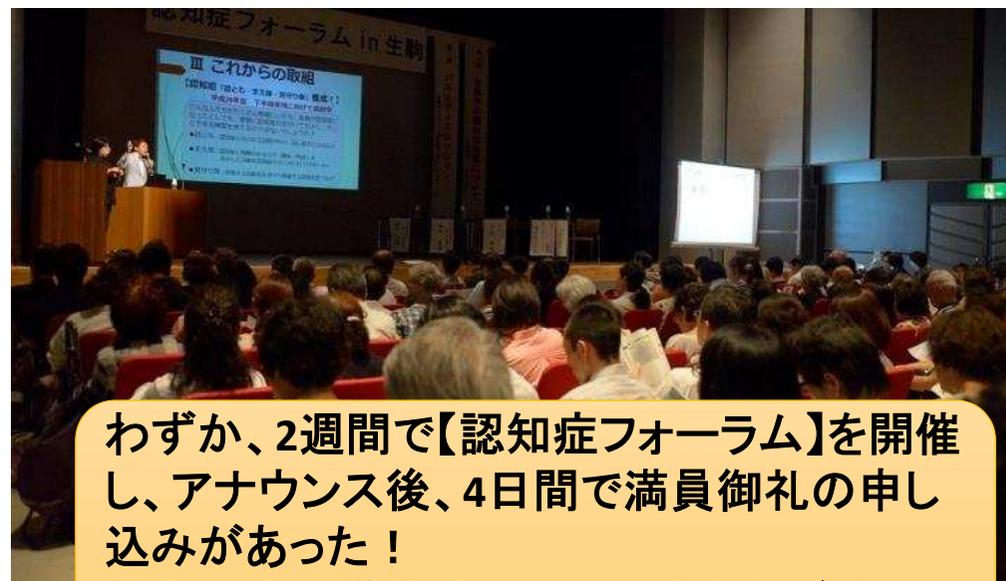


生駒で世界の情報を発信しよう！
その場で会場を押さえ、演者を確保
（フェイスブックは恐ろしい）



平成28年9月12日（当日の打ち合わせ風景）

認知症フォーラム in 生駒



わずか、2週間で【認知症フォーラム】を開催し、アナウンス後、4日間で満員御礼の申し込みがあった！
認友や支え隊結成について声を上げる！

国際アルツハイマー病協会
事務局長、WHO職員、先進
自治体職員らを招いてのパ
ネルディスカッション
（H28.9.12開催）



総合事業開始からの経緯(Ⅲ)

総合事業や地域支援体制整備事業の成功の鍵は、介護予防ケアマネジメント&地域マネジメントにある！
生駒市では、独自の「二次アセスメントツール」を作成し、自立支援型地域ケア会議を通して自立を促進！

【介護予防ケアマネジメントの充実】

◆アセスメント技法の向上

「能力」と「行為」の差異をしっかりと見極める。
できる「能力」を有しながら、行為として「していない」場合、「なぜ、していないのか？」について、丁寧に掘り下げ、課題や背景要因を分析。

◆健康管理の重要性について、理解を促進

(水分摂取、便秘、食事、睡眠、体重、排せつ、痺れ、痛み、内服管理等)

◆本人の意欲を引き出す目標設定の重要性

興味・関心・趣味等 本人が大切にしていたものや大切にしているものをしっかりと聞き取ることで、再度、始めてみたいものなど、生活の目標に掲げていくことで意欲を高めることが重要。

包括・居宅 それぞれのスキルアップを図る方法を考える
事業所・市民を代えていくプラン作成が重要である

【予後予測ができるアセスメント能力とプレゼンテーション能力が鍵となる】



◆現在の状況⇒要支援状態となっている状況についての背景要因を明確化⇒取り組むべき課題の明確化⇒目標と具体策の提案⇒いつまでに何をすればその目標は達成できるかを予後予測！

【成功の鍵】

地域ケア会議に参加し、身近な人の成功体験を共有する。

「私にもできそう・・・」

★現在は、医療機関に総合事業を理解してもらうためのリーフレットを新たに作成することやプレゼンテーション能力を高めるためのQ&A集を作成他、事業案内内規を作成中。

この指とまれ！

RUN TOMO-RROW (ラン伴：10/10)
⇒奈良のゴールは生駒市役所

イベント開催に向けて、市民・介護事業者・医師等にも1,000本のうちわ作成にご協力いただきました。



パンやジュースの販売、認知症の人の作成した商品などを売る売店等。



せんとくんも駆けつけ、当事者や家族と盛り上がりました。昨年、10月15日号の表紙もこのご夫婦が飾ってくれました。

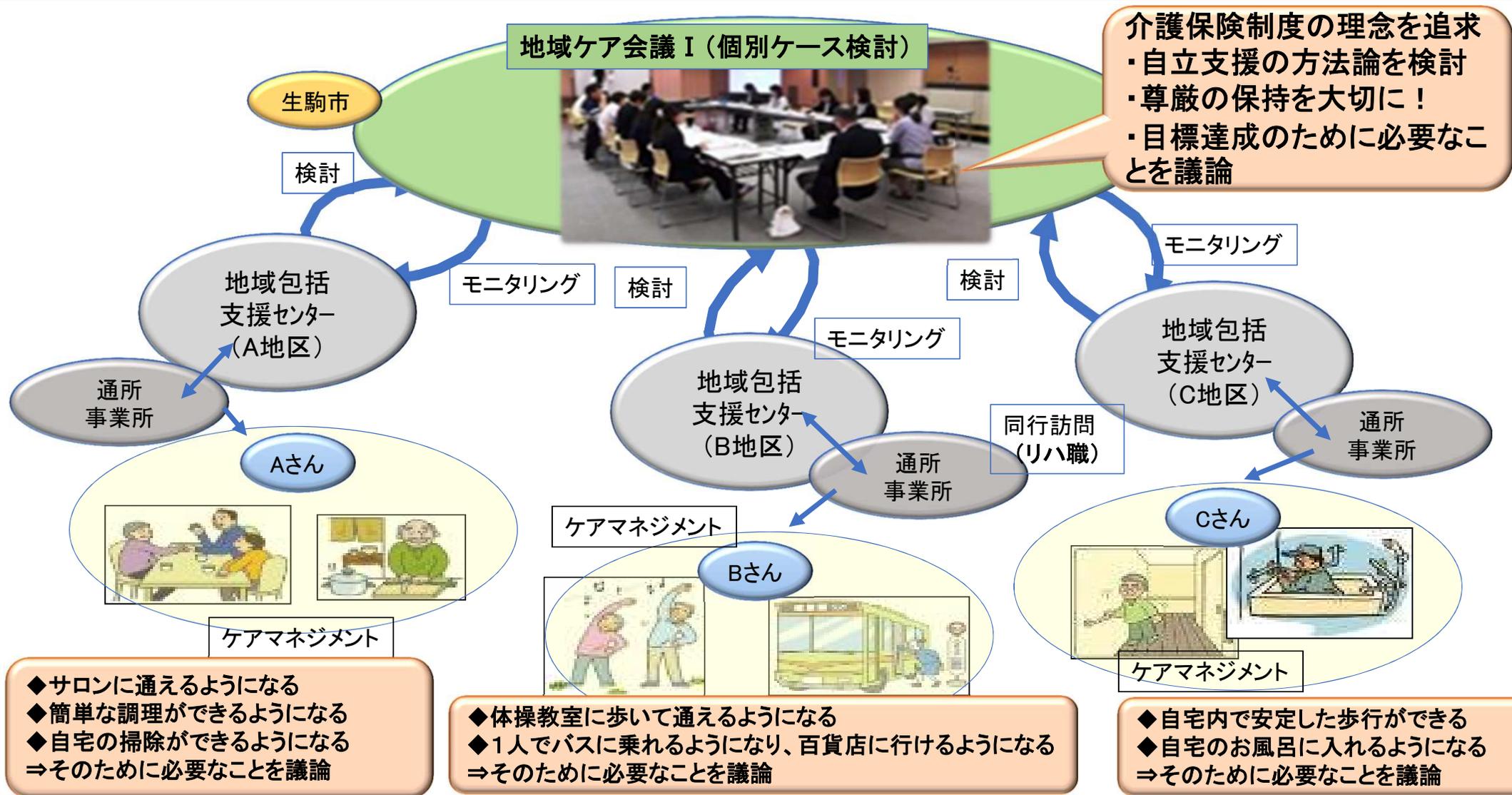


小学生のブラスバンドの演奏もあり、総勢700名強の人々がこのゴールイベントに参加。



生駒市の地域ケア会議 実践事例紹介

自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）のイメージ



事例
(生駒市)

84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
 83歳 女性 (妻) 要介護1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1

要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなり、大好きな畑作業もできなくなった。
 妻は、アルツハイマー型認知症にて、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)や服薬管理、一人での買い物 が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域 ケア 会議に よる 検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センター、リハ職・市の同行訪問	(夫)通所終了後 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス) 地域包括支援センター職員への助言等	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【3か月後】(2013.10) (夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。
リハ職の 対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になった。

自立支援型地域ケア会議（Ⅰ）（Y氏：頸椎症性脊髄症）元の生活に戻る！

（ケース紹介）

頸椎症性脊髄症 79歳 女性 要支援2 右肩の痛みあり、活動低下。夫、長女夫婦と同居。大好きだった手芸も右手が自由に使えなくなり、億劫となりやめてしまう。自宅で過ごすことが増加。洗身や更衣など、日常生活の大半に娘や夫の手を借りることが増え、気持ちもふさがちであった。

【自立支援型地域ケア会議で（Ⅰ）の目標設定】

目標：①自分で洋服の脱ぎ着ができるようになり、大好きだった手芸を再開する

②道具を工夫し、掃除や調理などを再開することができる。

（通所型事業）

筋力・体力・バランス力・持久力のアップ、上腕の拘縮部分のストレッチ、セルフケアの指導等

（訪問型事業）

自宅での運動指導（ストレッチを中心に家族にも指導）と家事動作の工夫や道具の使用を助言

（3ヶ月後）

①首元が大きく開いたTシャツなどはなんとか時間をかけながら着れる時もあるが、不十分→目標未達成

②道具の工夫により時間は要すが、家事が再開できた→目標達成

【終了時会議にて、1クール継続し、卒業を目指すこととなる】



【地域ケア会議の中での議論】

◆基本は3ヶ月で終了→課題が解決しておらず、目標未達成の為、継続するか否かを議論

《上腕の可動域拡大が実現化するのか、どうか》

・リハ職の見立てでは、おそらく後2ヶ月くらい継続できると自身でできることはもっと増えるという見立て

・本人の意欲・家族の協力もあり、ここで終了はもったいないのではないかという参加者の意見

※具体的に次のクールで何をすべきかを再度議論し継続！



訪問による指導



半年通い、すっかり肩が動くようになり、あきらめていた趣味を再開。お世話になったボランティア・スタッフ等に手作りでプレゼント

事例紹介:Fさん 78歳 女性 要支援1

地域ケア会議(Ⅰ)と通所型サービスCの連動 ヘルパーも教室も卒業し、担い手(ボランティア)に!

【初回会議】

病名:両変形性膝関節症、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:両膝人工関節術後、廃用性の両下肢筋力低下が進行。

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PLUS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
てヘルパーサービス終了。ヘルパー利用がなくなると「まごころ収集」が
使えなくなるため、高齢施策課が環境事業課と協議し、利用可となる。

※やりたいこと、したいと思えるものを共に探し、徐々に
行動変容を図り定着できるよう意欲の喚起が必要。

◆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
「座ったままでもボランティア活動ができる」

元気な高齢者だけがボランティアではなく、虚弱な高齢者も十分
、担い手となれることを私たちは教室の卒業生から学びました。

◆最近、認定更新前のモニタリングの徹底

→従前相当サービス利用者が多様なサービスに移行する人も
徐々に出現

→デイサービスだけが社会参加の場であった利用者が、集中
Cに参加し、プログラムを実践後、元気を回復して地域に戻
る人も発生

→ケアマネジメントの質の向上



事例紹介：Cさん 78歳 男性 要支援2

地域ケア会議（I）と通所型・訪問型サービスC利用
卒業後、お寺を開放し、いきいき100歳体操を開始

【初回会議】

病名：パーキンソン病、高血圧症

利用サービス：短期集中C（パワーアップPLUS教室：通所・訪問）

課題：進行性の難病でつまづきやすく転倒リスクがあることや更衣が困難となりつつあり、自身で行いたいというニーズがある

目標：歩いて近隣の檀家さんの家には行けるようになる。

【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、更衣や外歩き等を工夫してできるように指導。

通所型Cでも個別訓練で外歩き等を指導。

【終了会議】

自身で更衣も可能で、パワーアップPLUS教室終了月をもって卒業。

自宅がお寺ということもあり、檀家さんにも地域の方にも声をかけ、「いきいき100歳体操」が実施できるよう妻に働きかけた。

※やりたいこと、したいと思えるものを共に探し、徐々に行動変容を図り定着できるよう意欲の喚起が必要。



地域ケア会議から、生まれた「お寺」での介護予防の実践！



地域ケア会議（Ⅰ）で議論が対立した事例

高齢者夫婦世帯で夫が主介護者（79歳）、妻はアルツハイマー型認知症（86歳）。尿失禁やコミュニケーション障害、短期記憶障害、実行機能障害、理解・判断力低下があり、日常生活のほとんどを夫の見守りや声掛け、一部介助等が必要であった。尿失禁が起こるまでは、夫は誰も頼ることなく一人で妻の世話をしていたが、尿失禁を機に包括に相談に来所。主訴は下記のとおり。

（妻）夫と一緒にいると安心です。この頃、頭がおかしくなってきた。不安です。デイサービスにはいきたくない
（夫）認知症の勉強はしっかりしている。できることなら介護サービスはまだ使いたくない。おしっこの失敗が心配。良くなるためにできることを教えてほしい。

介護認定を包括はいったん進めるも本人・家族の強い拒否にあい、総合事業（短期集中C）での対応を検討
24時間夫と一緒に時間を少し分離し、他者との交流を図ることで脳の活性化を試みる

3カ月後の終了時の地域ケア会議で議論（総合事業継続派と介護保険サービス利用促進派

総合事業継続派の意見

- ・介護給付にはいつでも移行は可能。総合事業は自由度が高く、本人の役割を教室内で見出し、さらなる機能改善が期待できるのではないかと？
- ・家事ができなかったのに、洗濯・庭掃除とできることが増えている。尿失禁も消失。トイレでの排せつが可能となっている。サービスに頼らず生活できる可能性はまだあるのでは？
- ・夫は認知症ケアの勉強を続けており、一生懸命声掛けや助言も工夫して行っている。
- ・今後はオレンジカフェも紹介し、夫が発言できる場を設けることや妻の趣味が再開できるような働きかけが必要では？
- ・認知症を有する人も症状の改善が図れることがあることを教室のボランティアにも知ってもらえるチャンスではないかと？
- ・本人も夫も教室参加に意欲的になっているし、変化も大きいのでは？

介護保険サービス利用促進派の意見

- ・ケアマネをもっと信じて、給付に移行し夫の介護負担を軽減すべきではないかと？（夫は介護負担と捉えていない）
- ・いずれは介護給付に移行するのであれば、早期に移行した方がいいのではないかと？
- ・今の教室は継続できても残り3ヶ月。結局卒業ということであれば、今から給付でもいいのではないかと？
- ・教室卒業後の居場所が想定しづらいから、今から認知症対応型デイに馴染むでもいいのでは？

現在の様子

【地域ケア会議の議論を通じた結果】

3ヶ月《集中C》継続することとし、他のケースと同様、認知症の方々の居場所づくりを本ケース含めて検討することになった。紆余曲折いろいろ議論したが、結果的には、認知症対応型の一般介護予防教室を創出することにつながった。

《現在の様子》

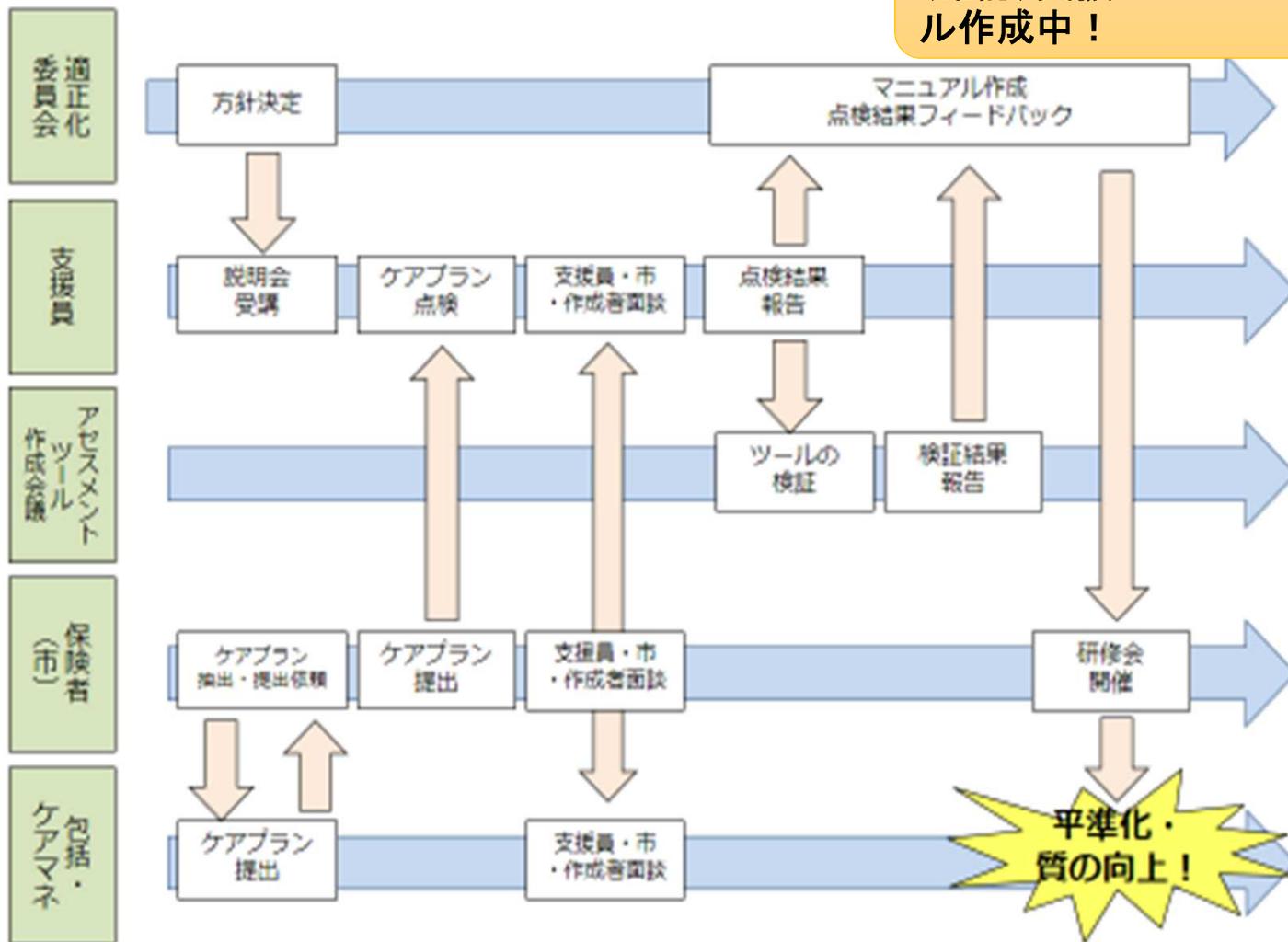
- ・毎日、夫婦で10,000歩の有酸素運動として、散歩を朝・夕の日課として継続！
- ・徘徊もなくなり、庭掃除や洗い物、洗濯物の取り入れなど自身の役割として定着！
- ・言葉も増え、コミュニケーション能力が高まり、他者との交流を楽しまれるまでに変化！
- ・オレンジカフェでは、得意だった卓球を思い出し、最初はあてるだけのピンポンからラリーができるように変化！
- ・夫は、オレンジカフェで介護の実践方法を語り、他の家族から頼られる存在に！
→孤独・孤立化していた介護が地域に開かれた介護に変化し、心が軽くなり、パワーアップ！
- ・平成28年10月2日の「ラン伴」イベントにも夫婦で参加し、ゴールを飾る！
- ・平成28年10月15日号の広報誌には、実名で夫婦で登場→表紙を飾り、紙面を埋める！
→認知症は病気であるご主人が堂々と宣言（不特定多数の人に大きな勇気を与える結果）
- ・現在は、集中Cと一般介護予防事業の合体型事業に参加し、運動・会話を楽しんでいる！
- ・最初に総合事業（集中C）を案内した包括は、給付移行派であったが、認知症の無限の可能性について学び、支援の幅が広がり、ご主人にも大いに感謝されている！



【 廃用性・認知症 共に ご本人及び家族をどのようにアセスメントし、どういった支援方針を立てるかによって その人たちの予後や人生に大きく影響を及ぼすことを地域ケア会議（I）に参加した皆が経験し、共有できた。】

生駒市ケアマネジメント適正化推進事業

ケアマネジメント点検
(確認)支援マニュアル
作成中!



1. 介護予防ケアマネジメント点検(確認)支援マニュアルを作成し、ケアプラン点検を実施予定。

- ◆ 予防給付のみのプラン10件
- ◆ 予防給付と総合事業のプラン10件
- ◆ 総合事業のみのプラン10件

合計30件を点検予定

2. 二次アセスメントシート活用後の評価を実施(PDCA)
3. 医療機関向け、総合事業説明リーフレットの作成
4. 民生委員・老人会向けリーフレットの作成

地域力向上に向けた 取組紹介

地域力を活かすために必要なこと

- ◆「地域力」と言っても、市町村や生活圏域ごとに異なる要素がある
- ◆地域は、介護予防や重度化予防だけの取組だけではない
- ◆ゴミ出しの問題、子供の見守り、生活支援や安否確認・・・etc

◇地域力を活かすには、地道な努力の継続と仕掛け作りが重要

- ・自治会長を招集し、ブロックごとに市政研修を仕掛ける
- ・徘徊高齢者の模擬訓練を自治会単位で実施する
- ・地域づくりを進めるためのワークショップを開催
- ・認知症サポーター養成講座を通して、見守りネットワークの構築
- ・フォーラムや講演会の積極的な展開

生活支援体制整備 地域力の向上を目指した取り組み

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）

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）

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（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）

徘徊高齢者の模擬訓練を自治会単位で開催、高齢者施策に関するワークショップの開催

地域デビューガイダンス・地域の居場所づくりの推進等



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！



住民活動の紹介《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！



みんなで食えると美味しいわ♪



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 健康寿命をのぼそう！アワード 表彰式

第4回
『健康寿命をのぼそう！アワード』
表彰式

<生活習慣病予防分野>



第4回
健康寿命をのぼそう！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。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。

仕掛けづくりによって、地域の居場所づくりの拡大を加速化

【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)



コグニサイズ教室(予防)



徘徊高齢者の模擬訓練(勉強会+訓練+反省会等)



脳の若返り教室
(予防・重度化予防)



認知症サポーター
養成講座



認知症カフェ



認知症の人にやさしいお店
ステッカー



認知症料理教室
(重度化予防)

一歩知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために
生駒市オレンジチーム
(生駒市認知症初期集中支援チーム)

「生駒市オレンジチーム」とは？
認知症の「早期発見・早期対応」のために、
やまと精神医療センター（旧松崎病院）の協力を得て
「認知症初期集中支援チーム」として活動します。
保健師・精神保健福祉士・社会福祉士等の専門スタッフが、
認知症の専門医の協力を得て、家庭訪問を行い、
認知症の人（疑いがある人）とその家族の支援を行います。

対象となる人は？
生駒市にお住まいの
40歳以上の在宅者で以下の
いずれかに該当する人と
そのご家族が
対象です。

- 認知症の
診断を受けて
いない人
- 医療サービスや
介護保険サービス
を利用していない人
申請している人

認知症初期集中支援チーム(早期発見・早期対応)



見守りキーホルダー
反射シール

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！



【鹿ノ台いきいき街づくり会】
サロン活動やいきいき百歳体操、買い物支援などを実施。
平成28年度奈良県介護大賞受賞！



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。



- 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 8:00~12:00 各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長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を実施する場合があります。

他の地域でも様々な取組が始まっています！

まちづくり協議会の発足
H28. 7.2

地域力向上への取り組みについて

生駒市

【市民啓発】

地域包括ケアシンポジウムの開催（H28.12.11）

→市民にまだあまり浸透していない「地域包括ケア」の普及・啓発。

生駒市の地域包括ケアの構築に向け、キックオフ的な役割を果たした。

来場者に対し、地域包括ケア構築に向けたアンケートを実施

- 基調講演：慶應義塾大学大学院 田中滋教授
- パネルディスカッション
コーディネーター：服部真治氏（元厚生労働省老健局課長補佐）
パネリスト：市内の医療・介護関係者、関係団体代表者
- 入場者：412人（事前申込制。満員御礼）



- 住民ボランティアが受付・会場への誘導に参画
- 介護予防ブース設置
（いきいき百歳体操体験・認知症テスト・血圧測定・介護予防教室の紹介）

生駒市
地域包括ケアシンポジウム
住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることを目指して

日時 H28.12.11(日)
13:30～16:30 (13時開場)
定員 440人(申込先着順・入場無料)
会場 北コミュニティセンター
ISTAはばたき はばたきホール
※事前にFAXや郵送で申し込み必要

住まい・医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム。
本シンポジウムでは、日本における医療・介護・地域包括ケア分野における第一人者である田中 滋名譽教授をお招きして、生駒市版の地域包括ケアシステムを共に考えます。

13:30～14:30 基調講演
『地域包括ケアシステムとは何か、構築のために私たちは何をなすべきか』
田中 滋 氏
慶應義塾大学大学院経営管理研究科 名誉教授
地域包括ケア研究会 座長

14:30～14:50 講演
『生駒市の取り組みについて』
小紫 雅史 (生駒市長)

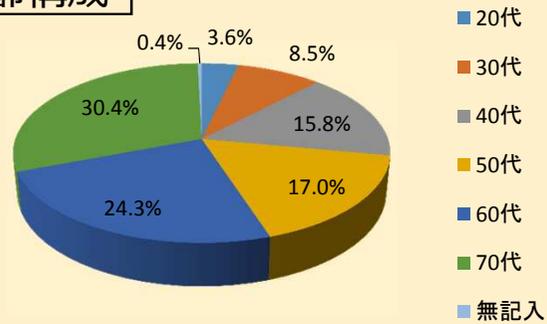
15:00～16:30 パネルディスカッション
市内の医療・介護関係者や地域住民と共に考える、『超高齢社会に向けて生駒市で取り組めること』
コーディネーター
服部 真治 氏
（一般財団法人医療経済研究・社会福祉施設協会医療経済研究センター研究部長）

パネリスト (順不同)
清口 精二氏（一般社団法人生駒市医師会会長）
社村 泰範氏（社会福祉法人山崎山崎福祉事業団理事長）
林 弘氏（社会福祉法人成徳理事長）
藤堂 宏子氏（生駒市自立支援センター所長）
吉中 夏紀氏（生駒市民生・健康委員連合会会長）
藤花 謙子氏（生駒市健康づくり推進員連絡協議会会長）
世古 崇洋氏
（生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター 管理員）
小紫 雅史（生駒市長）

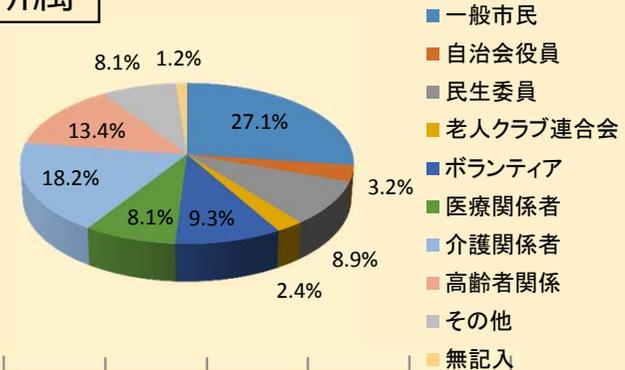
アンケート結果

●シンポジウム来場者アンケート結果（抜粋）

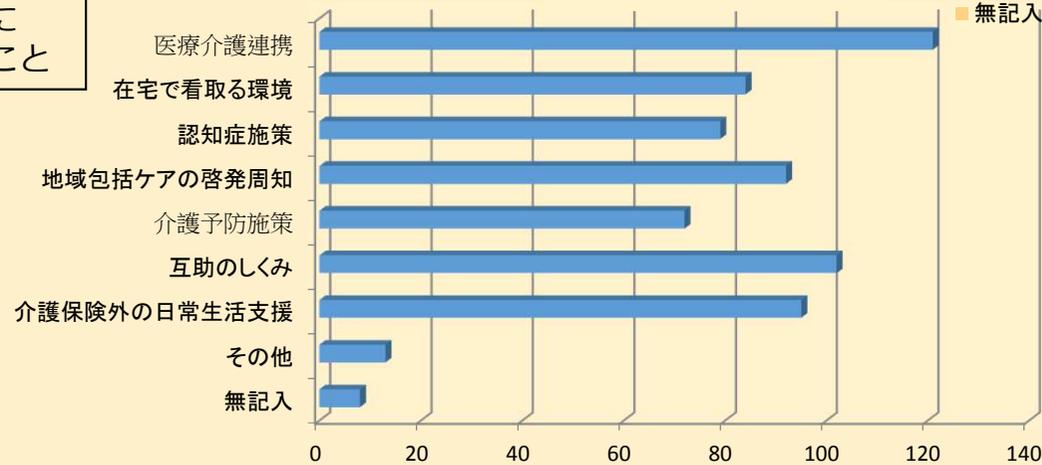
年齢構成



所属



地域包括ケアの構築に向け重点を置くべきこと



自由意見より抜粋

● シンポジウム来場者アンケート結果（抜粋）

取り組んで欲しいこと

- ・ 医師との連携、医師との垣根が低くなるような取組をしてほしい。
- ・ 会食サロンのような手作りの食事を中心にしたサロンを増やしてほしい。
- ・ 在宅医療の環境を充実してほしい。 ・ 在宅看取りの実現。そのための支援体制の確立。
- ・ もっと若い世代の市民に聞いてほしいと思った。子育てに一生懸命な中で親の介護が降りかかる。
- ・ 地域の協力、市民への認識を図るべくアピールを強めてほしい。
- ・ 病気になっても高齢になっても認知症になっても、笑顔で暮らし続けることのできる生駒市の構築。
- ・ フォーマル、インフォーマルの全てをつくして高齢者を支える姿勢を持って臨んでほしい。 などなど



多くの参加者から熱いご意見をいただきました

その他気付いたこと

- ・ 市全域と共に自治会（小学校区）毎に開催することを望みます。
- ・ 団塊ジュニアの私たち世代も今から真剣に考えていきたいと思えます。
- ・ 地域づくりのヒントをもらった。
- ・ 満員の会場を見て、市民の関心が高いことが分かりうれしく思った。
- ・ 地域が元気で、安心して暮らすため、とてもよい機会でした。
- ・ サロンの存在は知っていましたが、素晴らしさに気付きました。
- ・ 生駒市の高齢化の数値に驚いた。これから益々地域互助の重要性を感じる。
- ・ 自立するためにも介護予防をすすめる必要性を感じた。 などなど

最後に

総合事業は、市町村の裁量のもと、自由に組み立てられる理想の事業だと思っています。

生駒市においては、短期集中Cと介護予防のケアマネジメントを徹底してきたことにより、みんなが自信を持って、多様なサービスや短期集中Cを利用者や家族に勧められる土台ができてきました。

自立支援型地域ケア会議を通して、1人では考え付かなかったような案が生まれ、高齢者が日々元気に活動的になっていく姿を見ていると、その人に関わられて良かったと思えます。

また、自身のできることに、家族や地域の支援があってできること、できることにもさまざまということにみんなが気づき、必要なものは創りあげていこうという気運が高まっています。

私たちが次に実施するのは、移動支援サービスの展開と「認知症の方を支援隊」人を養成し、生駒発で温かい事業を創出しようと企んでいます。