



奈良県 生駒市

地域包括支援センター

総面積：53.18 km²

人口：12万1,031人
男 5万7,723人 女 6万3,308人

65歳以上：2万7,491人

高齢化率：22.7%

(2013年4月1日現在)

執筆：生駒市介護保険課予防推進係 田中明美（保健師、精神保健福祉士）

地域ケア会議を活用した 自立支援と高齢者の居場所づくり

奈良県生駒市は、県北西部に位置し、京都・大阪に隣接しています。西に主峰生駒山を擁する生駒山地が南北に走り、東に矢田・西の京丘陵が併走、中央には大和川流域の竜田川が南流する「生駒谷」を形成し、坂道の多い地域です。そのため、交通手段が十分に確保されていない地域では、一度膝や腰を痛めると途端に外出が難しくなり、買い物弱者や閉じこもりといった課題が発生しやすい傾向があります。

そこで昨年から、国のモデル事業である「市町村介護予防強化推進事業」を活用し、軽度者や二次予防事業等に該当する方々を元気にする新規事業を展開しています。具体的には、モデル圏域（市内中地区、3地域包括支援センターが対象）を設定し、5つの事業を新規に立ち上げ

ています（図1）。また地域ケア会議を積極的に取り入れ、生活機能向上に主眼を置いた取り組みを進めているところでは、これらの取り組みが地域のネットワーク構築や政策形成につながり、今後の方向性が見えてきましたので、ご紹介したいと思います。

▼ …………… 重層的な地域ケア会議で ニーズを政策に反映

生駒市には6カ所の地域包括支援センターがあります。在宅介護支援センターが築いてきた地域とのつながりや介護予防推進の実績を踏まえすべて委託で運営。統括を市の介護保険課予防推進係が担っています。特徴の一つとして、地域包括の職

図1 生駒市で行われている市町村介護予防強化推進事業の内容

通所型介護予防事業	訪問型事業と連動し、集団・個別プログラムの展開。PT・OT・看護師・介護福祉士・住民ボランティア・社会福祉士・管理栄養士・歯科衛生士等多様なスタッフで、訪問型介護予防事業と連携・連動。
訪問型介護予防事業	ADL・IADLの拡大に向けた個別支援と環境調整の提案。OT・PT・保健師と地域包括支援センター職員がスタッフで、通所型介護予防事業と連携・連動。
転倒予防教室	上記1と2の事業の利用者の受け皿として、セルフケアの促進を図る。介護予防運動指導員と保健師と住民ボランティアで運営。
ひまわりの集い	手作りの食事→会食を通じた閉じこもり予防のサロン。生駒市健康づくり推進員連絡協議会の会員が、週に1回手作りの食事を提供し、レクリエーションを実施。
生活支援サービス	日常生活行為の拡大に向けたサービスをシルバー人材センターの会員が提供（家事等が中心）。

<事業の概要>

【対象】二次予防事業の対象者～要介護2

【条件】要介護認定者については現行の介護保険サービスの利用がなく、当事業のみを選択する者（ただし住宅改修・福祉用具購入・短期入所は利用可能）

【ケースカンファレンス（個別地域ケア会議）の開催】

3カ月を1クールとし、初期・中期・終了期に毎月ケア会議を開催。自立支援の方向性を多職種で検討する。

員が通常の業務と平行して「要支援1・2」のプランを作成している点が挙げられます。専任のプランナーに分業したり、居宅介護支援事業所に委託したりといったことはあまり行っていません。これにより要支援者等の生活実態を職員が把握でき、社会資源の活用や地域づくりにつながっています。

生駒市では積極的に地域ケア会議に取り組んでいます。形態としては、①自立支援に資するケアマネジメント支援（ケースカンファレンス：個別地域ケア会議）と、②地域包括支援ネットワークの構築の2種類です。両方を並行して実施することで個から地域、地域から個へと相互に課題分析を行い、その結果を政策や地域包括ケアの推進に反映しています。

・地域ケア会議の開催頻度

①の個別地域ケア会議は月に1回開催（1回あたり25～30事例を検討）

②を目的とした地域ケア会議は随時開催

（地域包括主催・介護支援専門員主催・行政主催等ケースに応じて対応）

・構成メンバー

①専門職で構成。医師・看護師・PT・OT・管理栄養士・歯科衛生士・介護福祉士・地域包括職員・事業所職員・行政職員等。

②専門職と地域住民で構成。ケースの当事者・家族・地域包括職員・介護支援専門員・介護サービス事業者・保健医療関係者・行政職員・民生児童委員・住民組織等。

※①②とも必要に応じたメンバーを招集

・特徴

1. 事前資料の活用

①では、個人票と生活機能評価（ADL・IADL評価）票を使って生活機能低下の背景要因を整理（個人・環境因子）。目標設定と支援方針を検討するための帳票を作成し、短時間で協議できるよう努力しています。国がモデル事業の参考様式として出しているアセスメント様式（図2）

を用いることで、IADL全般をつかみやすくなりました。

②では共通の様式はありませんが、フェイスシートやアセスメントシート、エコマップやケアプラン等を活用しています。

2. 役割の明確化

①では課題設定の捉え方や、目標と具体策が「自立支援」に向けた支援として妥当かどうか検討し、本人および家族や支援者の中で誰がどのような役割を担うかを詳細に議論し決定します。また支援に対する評価期間を定め、再度評価会議を行います。

3. 様式の工夫

議論した結果や取り組み内容が見える形で様式を整え、初期評価・中間評価・終了時評価の流れがケースごとに一覧できるよう工夫しています。これにより「支援方針は固めたけれど実践がおぼつかない」という結果を防いでいます。また系統別に事例を整理し検討会で活用することも。担