

生駒市における地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップ

平成29年3月

生駒市

目次

第1章	ロードマップ策定の背景と趣旨	5
第1節	求められる地域包括ケアシステムの構築	5
1)	地域包括ケアシステム	5
2)	介護人材の不足	6
第2節	地域共生社会の実現	7
1)	求められる福祉分野におけるパラダイムの転換	7
2)	地域共生社会の実現に向けて	7
第3節	これまでの生駒市の取り組み	9
1)	高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画	9
2)	これまでの重点的な取り組み：介護予防・生活支援の推進	10
3)	本市の方向性に沿った地域包括ケアの推進	10
4)	人材確保に向けた奈良県との連携	10
第4節	ロードマップの位置づけ	11
1)	基本的な考え方	11
2)	方向性の設定	11
3)	実施体制の構築	12
4)	社会参加や活動につなぐ	12
5)	地域共生	12
6)	関係計画との関係	12
第2章	生駒市の状況	14
第1節	歴史・地理・社会的特徴の概観	14
第2節	データから見る本市の特徴	15
1)	人口構造	15
2)	平均寿命と健康寿命	16
3)	地域特性	16
4)	虚弱高齢者の特徴	19

5) 認知症	21
6) 要介護認定者数、介護資源、地域支援事業.....	24
7) 最も生活現場に近い拠点づくり（第2層協議体）	26
第3節 生駒市らしい協働の地域包括ケアシステムの構築にむけて	28
1) 「協働」の価値を重視する基本的な考え方.....	28
2) 地域マネジメント体制と地域包括ケアシステム構築のプロセス	29
3) 各部署から協力を仰ぎ協働を実現する.....	30
4) 新たにテーマごとに部会を設置	30
第3章 生駒市の地域包括ケアシステムの構築にむけたロードマップ	31
第1節 地域包括ケアシステムの位置づけ	31
第2節 軸とする施策や事業：短期集中Cサービスと地域ケア会議の充実.....	31
第3節 生活に身近な小地域で支えあう拠点づくり：第2層協議体の加速度的普及促進	32
第4節 システム構築の着実な推進：地域マネジメントと地域包括支援センター	34
第5節 行政としての課題.....	35
1) 市民個人に対して	35
2) 生駒市及び関連機関に対して.....	35
3) 医療機関、介護事業者及び福祉事業者に対して.....	35
4) 医療職及び介護・福祉職に対して.....	36
5) 医療や介護等に関連した関係団体に対して.....	36
6) 地域の繋がりを支援する関係者や団体に対して.....	36
7) 企業や店舗に対して	36
8) 学者や研究機関	37
第6節 地域包括ケア2017（ロードマップ）	38
1) 地域包括ケアシステムの普及啓発.....	38
2) 市民協働の推進①：施策や事業の連携による市民協働、参加と活動の推進	39
市民協働の推進②：市民協働を通じた日常的な見守りや支えあいの推進	

3) 医療介護連携／介護保険運営	40
4) 認知症施策	41
5) 地域ケア会議.....	43
6) 介護予防の充実・強化／生活支援の充実・強化.....	43
7) 高齢者虐待防止	45
8) 庁内連携.....	45
■市民協働の促進に向けて部署間を越えて連携可能な取組例.....	46

第1章 ロードマップ策定の背景と趣旨

第1節 求められる地域包括ケアシステムの構築

1) 地域包括ケアシステム

疾病構造の変化や高齢化により「治し、支える医療」への転換と医療、介護、生活支援等の多様なサービスを通じて、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続を図るまちづくりが求められている。さらには、長寿化に伴い、認知症高齢者の増加が見込まれる。団塊の世代が75歳以上になりきる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制、すなわち、地域包括ケアシステムの構築が求められている（図表1）。

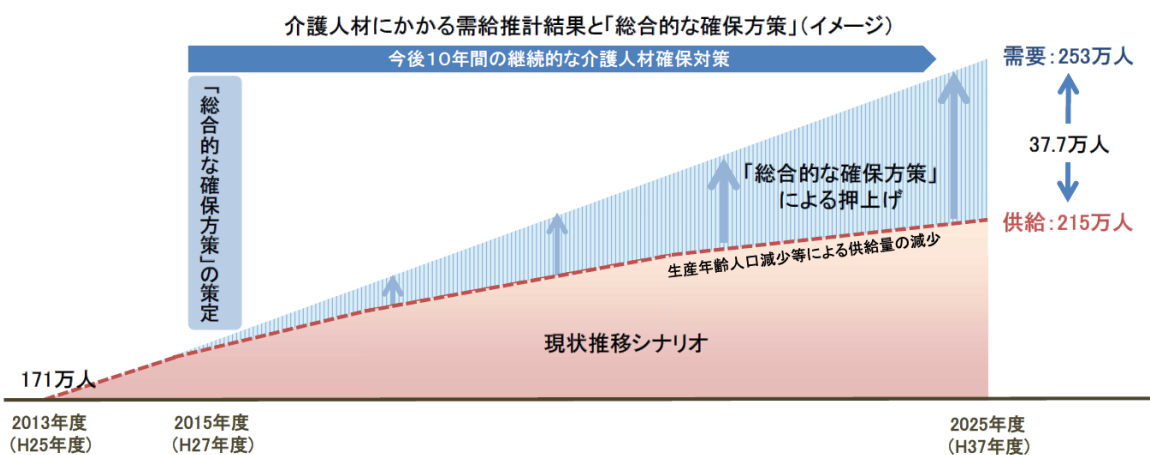
いずれの地域も地域包括ケアシステムの構築は重要であるが、地域の実情は一様でなく様々に異なるため、その地域にふさわしい地域包括ケアシステムが必要となる。たとえば、人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部と75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等とでは、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。また、戦後の復興期や高度経済成長期に、生まれ育った土地を離れ都市部周辺に移り住み、宅地造成によって新しく作り出された地域や団地で高齢を迎えていることも少なくない。そのため、ちょっとした困りごとを地縁や血縁に頼りやすい環境かどうかという観点からも地域のニーズは一律ではない。このように、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムのあり方は異なることから、市町村が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてまちづくりをする必要がある。



図表1 地域包括ケアシステムのイメージ

2) 介護人材の不足

地域包括ケアシステムは、4つのヘルプ（財源）である「自助・互助・共助・公助」を重層的に組み合わせ、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5つの要素が連携しながら生活を支える仕組みである。共助に相当する介護保険制度に関する重要な問題意識は、介護人材の不足である。厚生労働省による介護人材の需給推計では、需給ギャップは37.7万人（需要見込量約253万人、供給見込量約215万人）であり、2025年時点では、およそ15%程度の介護人材が不足すると報告されている（図表2）¹。同報告によると、奈良県における需給ギャップはおよそ4,500人と推計され充足率は85.5%と見込まれている。この推計に基づき、都道府県が策定する第6期介護保険事業支援計画においては、人材の確保等が位置づけられたこところであり、2025年に向け取組が展開しているところである。同様に、介護保険の保険者である市区町村も、たとえば中学校区等の日常生活圏域を設定し、各年度の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量と確保方策の策定が求められている。国においては、国会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域医療介護総合確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含めた施策の全体像（「総合的な確保方策」）を取りまとめ、2025年に向けて介護人材の確保を総合的・計画的に推進している。



図表2 介護人材にかかる将来の需給ギャップ（厚生労働省）

¹ 厚生労働省（2015）.介護人材確保地域戦略会議（第3回）資料2-1

第2節 地域共生社会の実現

1) 求められる福祉分野におけるパラダイムの転換

社会保障の給付と負担のバランスについて、2012年においては、65歳以上1人に対して、20歳から64歳が2.4人で支えており、いわば「騎馬戦型」だった。2050年では「肩車型」に移行し、65歳以上1人に対して、支え手の20歳から64歳は1.2人と推計される。社会保障制度の持続可能性を考える場合、支え手を少しでも増やす努力が必要となる。

その一環として、福祉分野における発想の転換が求められた。厚生労働省は「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置し、「福祉分野においても、パラダイムを転換し、福祉は与えるもの、与えられるものといったように、『支え手側』と『受け手側』に分かれるのではなく、地域のあらゆる市民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる『地域共生社会』を実現する必要がある」と強調した²。サービス提供のあり方について、これまで高齢、障害、児童等の対象者ごとに充実させ、それぞれに提供してきた体制を見直し、協働を通じて複合化するニーズへの対応を強化することが求められる。

2) 地域共生社会の実現に向けて

ニッポン一億総活躍プランにおいては、具体的な施策の方向について、次のように示された³。

- 地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行う NPO などを中心となって、小中学校区等の市民に身近な圏域で、市民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援し、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。その際、社会福祉法人の地域における公益的な活動との連携も図る。
- 多様な活躍、就労の場づくりを推進するため、公共的な地域活動やソーシャルビジネスなどの環境整備を進める。
- 高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、設置基準、人員配置基準の見直しや報酬体系の見直しを検討し、高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにする。
- 育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯

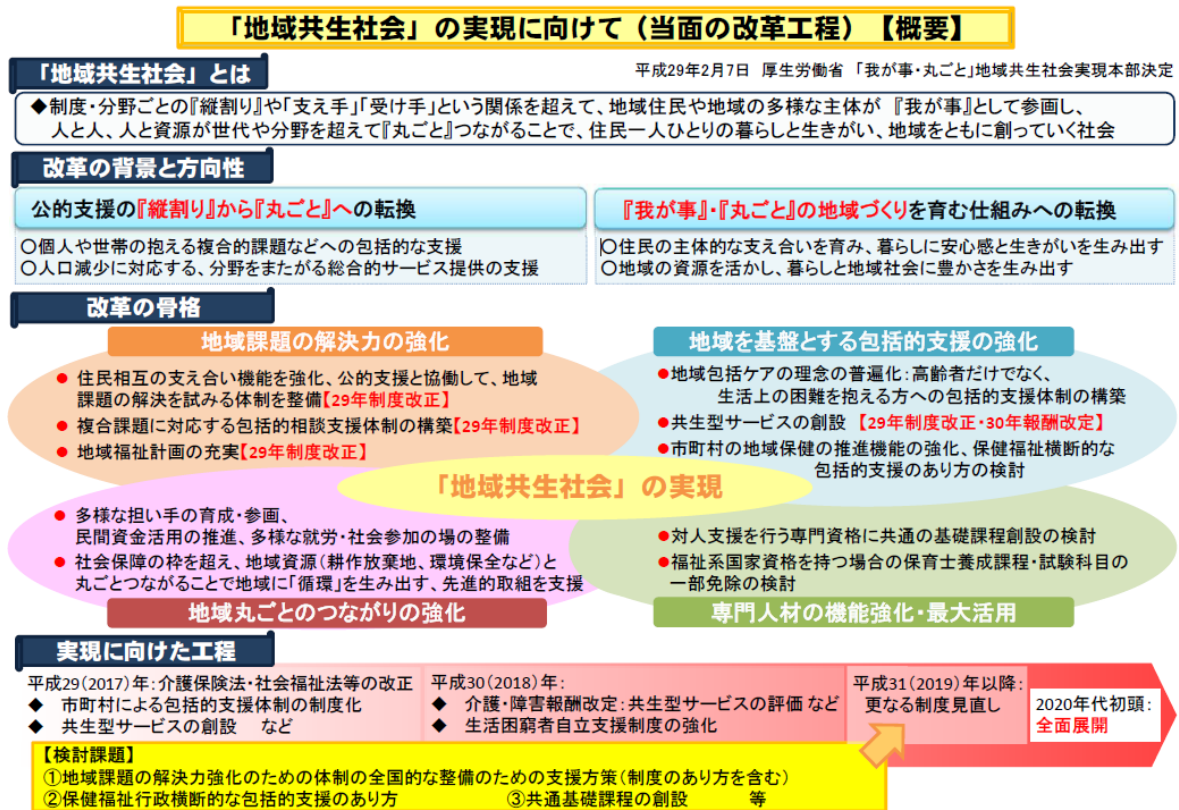
² 厚生労働省（2016）.第1回「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部 資料1

³ 首相官邸閣議決定（2016）.ニッポン一億総活躍プラン

全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における総合的な相談支援体制作りを進め、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。

- 医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する。
- 医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直しを行う。

また、2017年2月には、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部は当面の改革工程を提示し、地域共生社会の実現に向けた改革の骨格として、地域課題の解決力の強化、地域を基盤とする包括的支援の強化、地域丸ごとのつながりの強化、そして、専門人材の機能強化・最大活用をあげた（図表3）。



図表3 「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）⁴

⁴ 厚生労働省（2017）．「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部、「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）」

第3節 これまでの生駒市の取り組み

1) 高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画

地域包括ケアシステムの構築は、主に高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画を主軸として進めてきた。平成29年3月現在、介護保険事業計画は第6期目にあたる。地域包括ケアシステムは、地域のニーズや実情に応じて構築されるべきものであり、地域ごとに多様な姿が考えられる。生駒市においても、一人暮らし高齢者や高齢者の夫婦世帯、認知症高齢者の増加が見込まれ、地域包括ケアの中核機関となる地域包括支援センターの機能強化を図っている。また、およそ中学校区に応じて生駒市を10の生活圏域に分け、圏域ごとに課題を整理しているところである。

主な内容として、2000年（第1期）は、基幹型在宅介護支援センターの充実や高齢者福祉・介護予防サービス及び介護サービスの充実を目指した計画であった。

2003年（第2期）は、高齢者や障がい者はもとより多様な市民や事業者、関係機関などの理解と協力を得ながら、個人の人権が最大限尊重されることを前提として、ノーマライゼーションの確立と啓発、リハビリテーションの確立、個人として尊厳を保って生活できる社会を築く、福祉のまちをみんなで築く、健康で生きがいのある暮らしを实践する、在宅福祉の援助システムを確立するという方針を定めた計画であった。

2006年（第3期）では、市民一人ひとりの想いが支える誰もが安心して暮らせるまちいこまを目指し、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・障がい福祉計画・次世代育成支援行動計画・地域福祉計画をひとつにまとめた。

2009年（第4期）は、第3期と計画の理念は変わらないが、介護保険の制度が大幅に変わったことから、生活圏域の設定や地域包括支援センターの役割、在宅福祉サービスの見直しを行った上での、持続可能な介護保険運営を目指した計画であった。

2012年（第5期）は、計画の理念は変わらず、介護予防や認知症施策の推進や地域のネットワークづくりの強化に加え、持続可能な介護保険運営を目指した計画だった。

現在の第6期計画は、計画の基本的方針に「地域包括ケアシステムの推進」を掲げ、団塊の世代が75歳以上となり介護が必要となる高齢者が急速に増加する2025年までの間に、介護給付費等対象サービスの充実などを図るとともに、在宅医療・介護の連携の推進、認知症施策や生活支援サービスの充実などに取り組んでいる。介護・福祉・医療等の関係者による地域ネットワークを推進するため、介護保険法上に新たに位置づけられた「地域ケア会議」の充実等を図っている。また、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住ま

いを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となり、関係各課の横断的な連携が必要となるため、平成 26 年に副市長を会長とする「地域包括ケア推進会議」を設置し、庁内の体制強化を図ってきたところである。

2) これまでの重点的な取組み：介護予防・生活支援の推進

地域包括ケアシステムの構築を具体的に推進する方策として、これまで、健康づくりと介護予防・生活支援の推進、生きがいくくり、社会参加の促進、認知症施策と高齢者の権利擁護の推進、医療や住まいの基盤整備、そして介護サービスの基盤整備と質の向上に努めてきた。これらの取組の中でも、介護予防・生活支援を推進する取組は、多様で多彩な取組、リハビリ専門職を取り入れた質の高いプログラム、費用対効果のある事業運営といった特徴を有し、全国を代表する先進的事例として取り上げられている。そして、制度の変更に伴い、いち早く新しい総合事業の計画策定に着手し具体的に展開してきた。それまでの介護予防と異なる特徴は、介護予防教室を卒業した後の受け皿を明確に位置づけたことにある。ボランティア、体操教室、食事会、サロンそして趣味活動再開に繋げ、介護予防を単なる機能訓練の場としてではなく、社会参加や活動に繋がるプロセスまで設定しサービスを提供してきた。

3) 本市の方向性に沿った地域包括ケアの推進

このように、これまでも「地域包括ケアシステム」の推進に向けた多様な取組を計画し実施し円滑に進めてきた。その背景として、地域包括ケアシステムの方向性は、これまでの本市の方向性と合致していることに拠るところが大きい。地域包括ケアシステムの推進に向けた取組の多くは、本市の総合計画等を始め各計画と整合を図りやすかった。そのため、今後も、市民との協働を大切にするという本市の基本方針をより具体的に発展させる視点を重視した地域包括ケアシステムの構築が重要であり、本市の取組と整合性を図りながら一体的に進めるロードマップの策定が求められる。

4) 人材確保に向けた奈良県との連携

特に、第 6 期計画からは奈良県とも連携し、地域包括ケアを担う人材の確保を図るための啓発等も継続して実施してきている。必要な介護人材を確保していくため、今後も奈良県との連携を強化することが重要となる。

第4節 ロードマップの位置づけ

1) 基本的な考え方

地域包括ケアシステムの構築に向けたロードマップは、生駒らしい「協働」をコンセプトとした地域包括ケアシステムを構築することを目的とする。これまでの地域包括ケアの推進においては、高齢者を中心に展開されてきたが、これからは、地域共生社会の実現という視点を新たに加え、元気な高齢者、虚弱な高齢者、子ども、障がい者、子育てしている親、認知症のある者など、支えや拠り所を必要とする市民との交流の機会も視野に入れ、協働の考えを基本として互いに支え合う仕組みに発展させることが重要と考える。

そのためには、まず、たとえ高齢になり虚弱な状態になったとしても、状態像に関わらず支え手としての役割を見出すことができ、気軽に社会参加しやすい環境を整備する必要がある。

次に、市民のニーズに沿って効果的にサービスを提供する体制の構築が重要と考える。そのためにも、地域ニーズを的確に把握し、地域課題を分析・診断し、ニーズと地域資源をマッチングする一連のプロセス構築が必要と考える。特に、地域をひとつの単位として、適切にPDCAをまわせるよう地域マネジメント体制を構築することが必要となる。

地域の資源には限りがある。そのため、限られた資源をいかに有効に生かすかという発想も重要となり、これまでの施策や事業間を結びつける部署間の連携や市民と行政の協働がより一層求められる。

本市が誇る高齢施策の特徴は、介護予防に関する取組みと自立支援の発想に基づいた自立支援型のケアマネジメントに代表される。介護を必要とする前段階から理学療法士等のリハビリ専門職が介護予防に関わる仕組みを構築してきたものであり、その取組効果は、単にサービスの質を高めたばかりではなく、財政的側面においても着実な効果を示してきた。これから構築する地域包括ケアシステムにおいても、介護予防や社会参加を促進する取組を重視することが必要と考える。

2) 方向性の設定

本市における地域包括ケアシステム構築の方向性は、地域包括ケア推進会議で設定する。その方向性は、特に地域包括ケア推進会議と介護保険運営協議会を連携させ、まずは、高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画に反映させるものとする。

3) 実施体制の構築

全国的にも先進的とされる本市の高齢施策、介護予防あるいは生活支援体制整備は、地域包括支援センターを拠点として推進されており、有用な知見が蓄積されている。今後も地域包括支援センターを拠点として地域包括ケアシステムの構築を推進する（図表4）。

地域診断に基づき地域課題を解決するためには、介護や生活支援の観点だけでなく様々な視点から情報を必要とする。そのため、市全域を対象として、需要量と供給量のギャップを明らかにし地域診断が可能であり、そして地域課題の見極め機能を担う会議体の設置と効果的な運用が求められる（第1層協議体）。

協働や協調を円滑に進めるには、地域の資源とニーズをコーディネートする機能が欠かせない。本市においては、市民が主体的にその役割を果たすことが望ましく、本市にはその支援が求められる。ニーズにマッチした資源を適切に割り当てるため、例えば、地域の実情を良く知るキーパーソンを生活支援コーディネーター等に任命するなどが有効と考えられる。また、同時に地域のリーダー育成は欠かせない。

市民が主体となって活動しやすい環境をつくるには、市民が参加事業等に関して意見を述べやすい場とする必要がある。この場は、生活に近く、顔の見える関係で構築されることが多いため、生活する上で本当に困っている問題や課題を吸い上げることができると期待される（第2層協議体）。

4) 社会参加や活動につなぐ

関係各所の施策や事業を協働・連携することによって、高齢者を中心として誰もが参加しやすい場を用意する必要がある。これまでの施策や事業の拡大だけではなく、地域創生の視点も重要になる。また、行政には、地域共生社会の実現を念頭に置いた場づくりの支援が求められる。

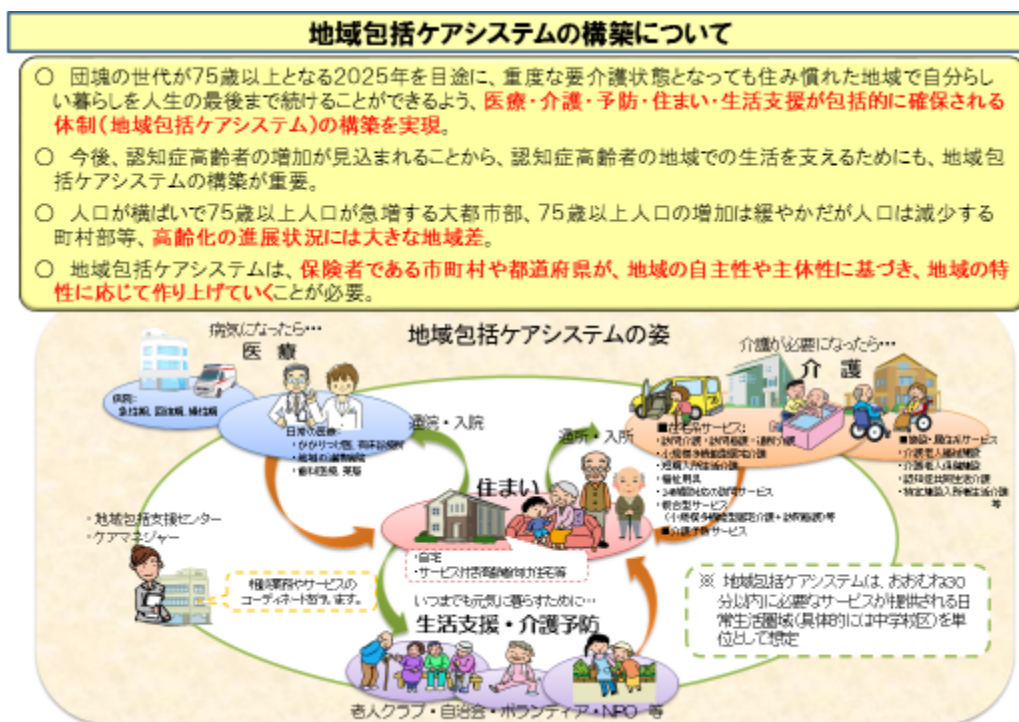
5) 地域共生

参加の場の設定や運営には、行政ばかりでなく、市民自身、NPO、自治会を始め、様々な団体あるいは企業等が関わるのが想定される。そのため、ルールづくりでは地域共生の考え方が重要であり、様々なニーズや事情を勘案できる柔軟性が重要になる。

6) 関係計画との関係

地域包括ケアシステムの構築に向けたロードマップは、本市の自治基本条例に掲げる

「参画・協働の原則」を重視するものとし、各施策や事業は、総合計画をはじめとする他の基本計画と整合する関係にある。また、これらの取組は、高齢施策の一環であり、基本的には介護保険事業計画に連動する。



図表 4 地域包括ケアシステムの構築について

第2章 生駒市の状況

第1節 歴史・地理・社会的特徴の概観

西に生駒山と東に矢田丘陵を湛える生駒は、歴史は古く雄略天皇まで遡ることができ、万葉の頃になると、生駒は多くの歌人に愛されてきた。現代の特産でもある高山茶釜も室町時代には既に生駒で考案され、文化の香りを今に引き継ぐ。



明治に入り、近代の象徴といえる鉄道の開設もいち早く、宝山寺を結ぶケーブルカーは日本で初めて生駒に開設された。交通網の発展の歴史においても重要な役割を果たしてきた。

戦中戦後の困難期を市民一体となって切り抜け、昭和46年、県下9番目の市制を敷くに至り、現在の生駒市が誕生している。

本市は、昭和40年代から高度経済成長に伴って住宅開発が急速に進み、現在は、大阪や奈良のベッドタウン機能を担っている。このころから人口が急激に増加し低層住宅を中心に良質な住宅地として発展を遂げている。

生駒駅には近鉄奈良線、生駒線、そしてけいはんな線の3線が結節している。本市の東西を貫くように近鉄奈良線が走り、南には生駒線が通る。また、比較的近年に設置された現在のけいはんな線が大阪都心部と市を直接結び市北部に伸びる。近年でも、この沿線にあわせ西白庭台、美鹿の台等の住宅開発が続き、本市の人口を押し上げてきた。

主要駅を結節するように路線バスやコミュニティバスといった公共交通網が発達し、市民の日常的な移動を支えている。

本市の人口はおよそ12万人で、県内では奈良市と橿原市に続き3番目に多い。上位2市では人口が減少する中、本市はわずかながら増加している（平成27年度国勢調査）。

本市の昼夜間人口比率は77%を超え、全国でも極めて高い階級層といえる（同上）。就業者の多くは大阪府で働いている。

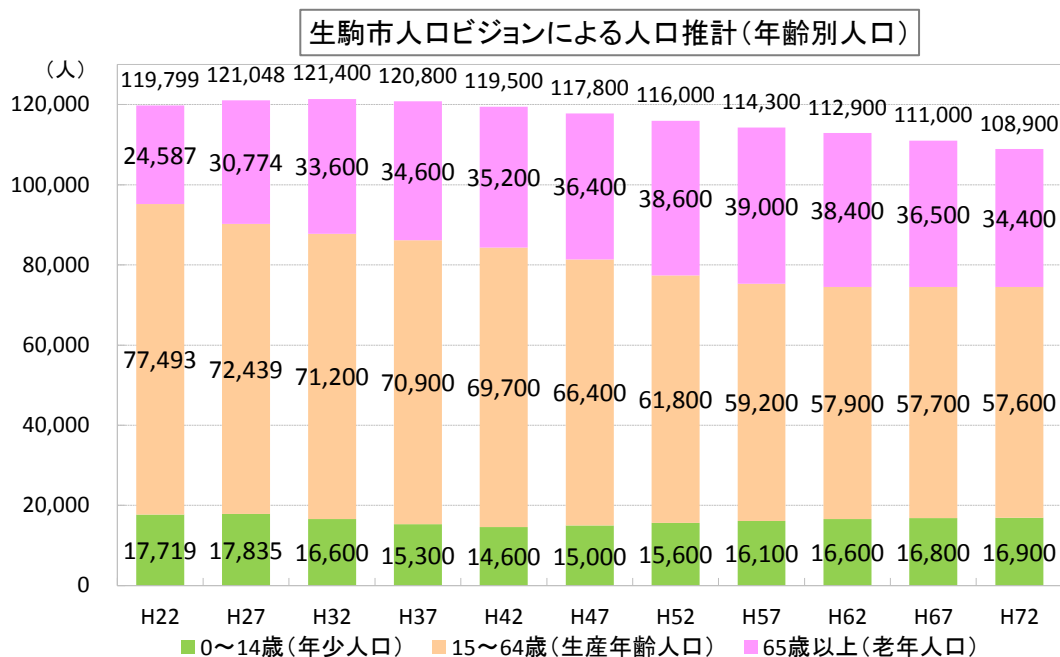
本市への転居理由の上位項目には、子育て支援が入り、「子育てしやすいまち」というイメージが定着している。

第2節 データから見る本市の特徴

1) 人口構造

生駒市の総人口は、2020年あたりでピークを迎え、その後は減少する見込みである（図表5）。一方で、65歳以上人口及び75歳以上人口は増加していく。75歳以上階級割合は、2025年時点で2010年のおよそ2倍、2015年の1.6倍に到達する見込みである。高齢者の将来推計は、2025年時点において34,616人とされる。後期高齢者や80歳階級の成長スピードは、隣接する奈良市より早い。

65歳以上で見ると、各年齢階級がピークを迎える年度は、団塊の世代の高齢化に合わせて推移する。2015年の段階では、65歳から69歳の年齢階級が最も多いが、2025年になると75歳から79歳が本市の人口階級において最も多くなる。2017年1月の時点において、本市の虚弱高齢者数は、およそ7,000人程度とされる。総高齢者数がおよそ32,000人であるから、5歳以上人口のうち22%が虚弱高齢者と推計される。小学校区ごとに推計の虚弱高齢者数をみると、地域差がある。地域包括ケアを構築する場合、小学校区別で対策を講じることが望ましい。介護人材にかかる全国の需給推計において、2025年時点では、需要が253万人であり供給が215万人とされ需給ギャップは37.7万人に相当する。この需給ギャップの割合は、15%である。本市もこの推計が必要である。



図表5 生駒市人口ビジョンによる人口推計(年齢別人口)

2) 平均寿命と健康寿命

生駒市全体の平均年齢は、男性は 81.2 歳、女性は 87.2 歳である。本市市民の健康でない期間は、平均 14.7 年であり、男性はおよそ 15 年、女性では 19 年に相当する。

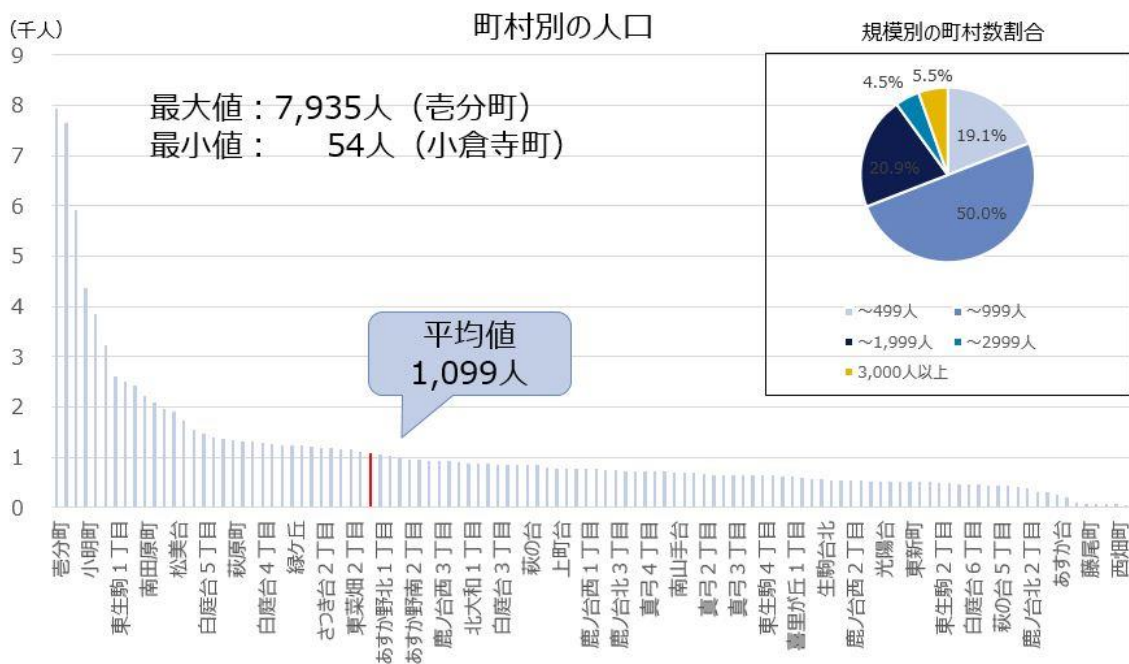
3) 地域特性

町丁別に人口をみると、人口 8,000 人規模の町がある一方で、最小 54 人の町があるなど、様々な人口規模のまちが混在している（図表 6）。人口規模の階級で別に見ると、500 人から 999 人までの町丁が約半数を占める。

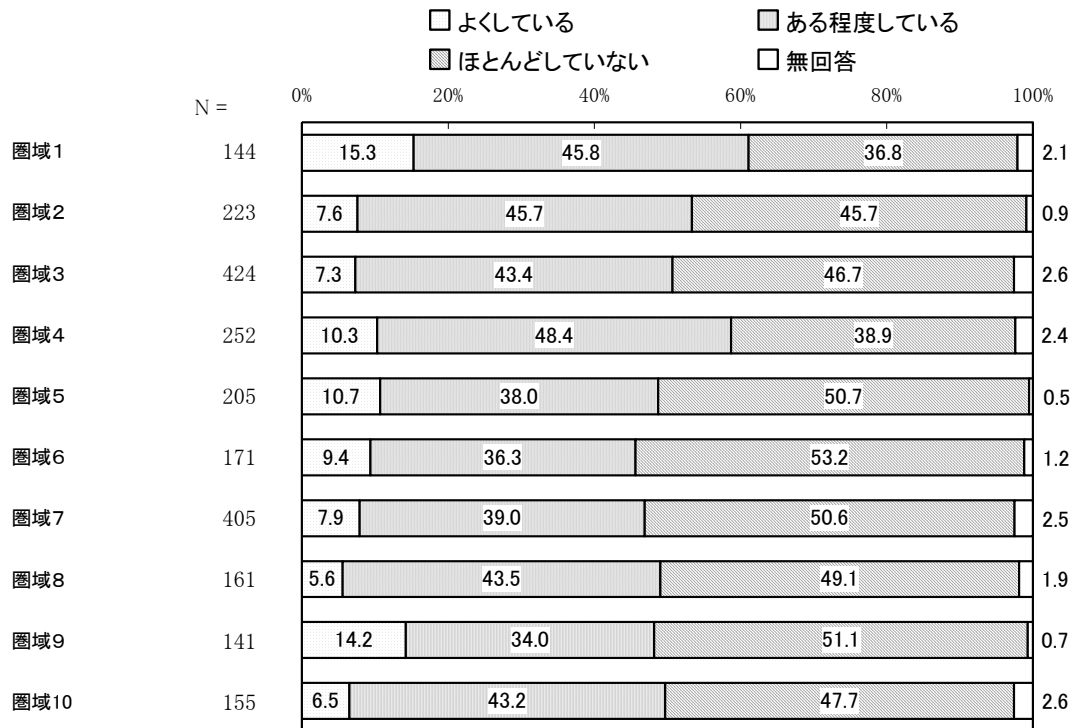
一人暮らしの高齢者数について、小学校区別にみると、平成 25 年度において、生駒小学校区が最も多く 600 人を超える。また、俵口小学校区や生駒東小学校区も 400 人を超える。

「相談する相手がいない」とする高齢者は 2% 台であり少ない。しかし、地域別にみるとその割合にばらつきがある。

高齢者の地域活動への参加状況をみると、「関心のある行事や活動が無い」ために参加していない場合が一定程度ある。それも地域によってばらつきがあり、比較的参加の多い地域として、生駒北中学校区、光明中学校区などの地域が挙げられる（図表 7、8 及び 9）。



図表 6 小地域の人口のばらつき



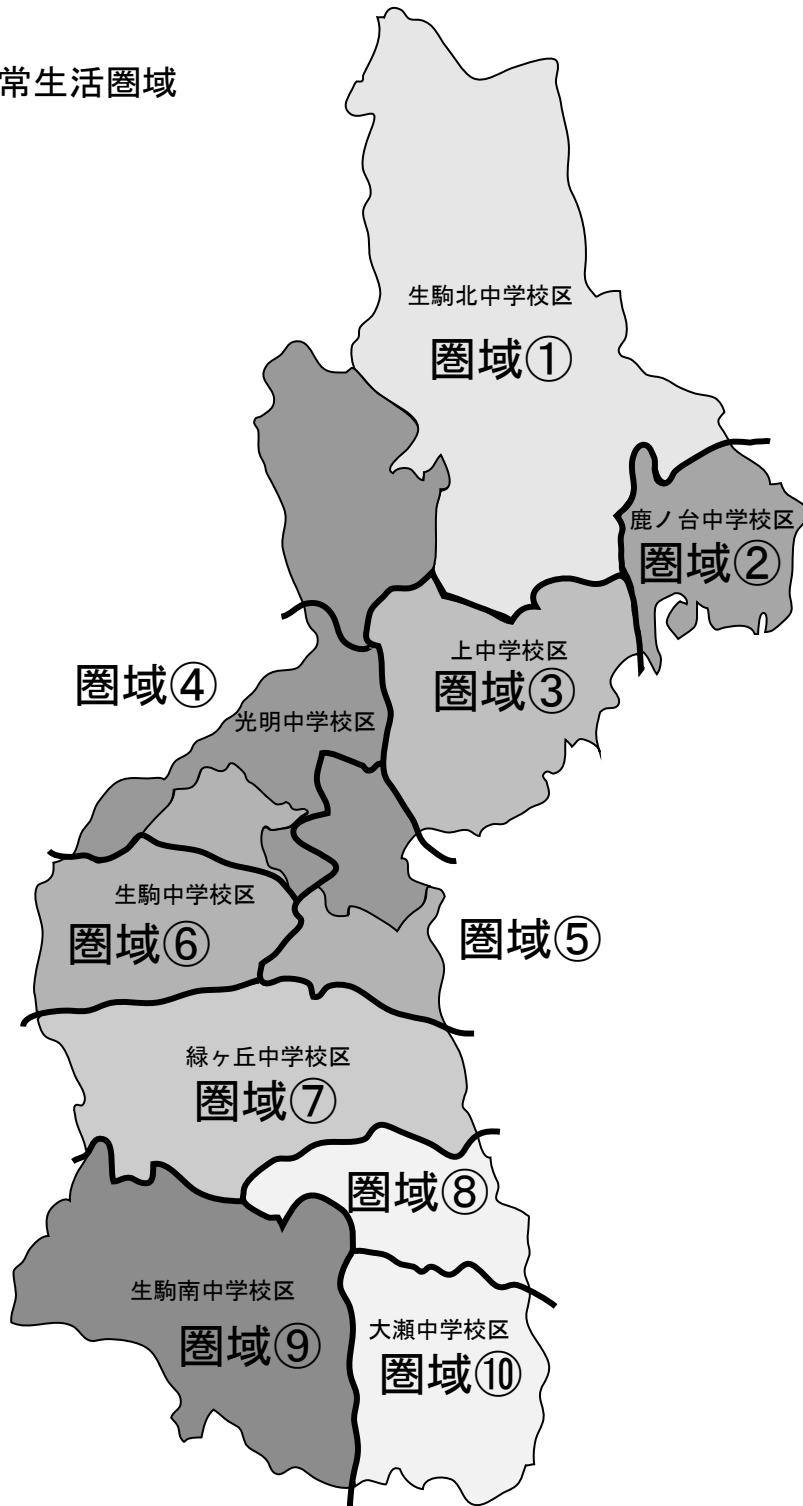
図表7 地域の行事や活動への参加状況⁵

区分	有効回答数 (件)	自治会	趣味や娯楽	地域の伝統行事	老人クラブ	公民館等の講座	スポーツ団体やクラブ活動	ボランティア活動	防犯や防災活動	その他	無回答
圏域1	88	61.4	26.1	27.3	52.3	8.0	12.5	14.8	8.0	8.0	2.3
圏域2	119	49.6	38.7	18.5	12.6	18.5	21.8	14.3	10.9	3.4	1.7
圏域3	215	54.0	31.6	29.3	19.1	11.2	15.8	16.3	16.3	4.7	1.9
圏域4	148	65.5	27.7	18.9	22.3	9.5	16.2	14.2	11.5	4.7	2.0
圏域5	100	66.0	36.0	16.0	21.0	15.0	14.0	26.0	8.0	5.0	—
圏域6	78	66.7	33.3	17.9	14.1	12.8	12.8	14.1	7.7	3.8	—
圏域7	190	71.1	30.5	15.3	11.6	12.6	17.4	14.7	9.5	4.2	2.6
圏域8	79	49.4	29.1	26.6	16.5	13.9	16.5	21.5	8.9	6.3	3.8
圏域9	68	76.5	33.8	19.1	29.4	14.7	8.8	25.0	4.4	7.4	4.4
圏域10	77	68.8	33.8	15.6	23.4	13.0	10.4	19.5	9.1	2.6	5.2

図表8 地域の行事や活動への参加状況（種別）⁵

⁵ 生駒市（2016）. 生駒市 高齢者の生活支援サービスへのニーズに関するアンケート調査 調査結果報告書

□ 日常生活圏域



4
+

図表 9 日常生活圏域地図⁵

4) 虚弱高齢者の特徴

高齢者全般の傾向として、年齢を重ねるにつれ、運動能力や認知機能の低下をはじめ総合的に心身の機能が低下することがわかっている（図表 10）。

本市において、転倒リスクがある元気高齢者の割合は 9.5%であり、男性では 10.3%、女性では 8.6%である。年齢階級別にみると、65 歳から 74 歳までが 7.5%、75 歳から 84 歳までが 15.6%そして 85 歳以上は 13.3%となっている。一方、虚弱な高齢者の場合、45.9%の高齢者が転倒リスクありに該当する。そのうち、男性では 48%、女性は 44.3%である。年齢階級別にみると、65 歳から 74 歳までが 33.9%、75 歳から 84 歳までが 59.6%そして 85 歳以上は 60.7%となっている。

虚弱状態になることで、友人と接触する機会が急激に低下する傾向にある。元気な高齢者と虚弱な高齢者を比較すると、元気高齢者では、1 ヶ月に友人・知人と会った人数が 10 人以上という回答が最も多く 34%を占める。一方、虚弱状態にある高齢者では「1 人から 2 人」と回答する割合が最も多い。半数を超える虚弱な状態にある高齢者が、友人の家を訪ねておらず、地域とのコミュニケーション量が相対的に少ないと推察される。

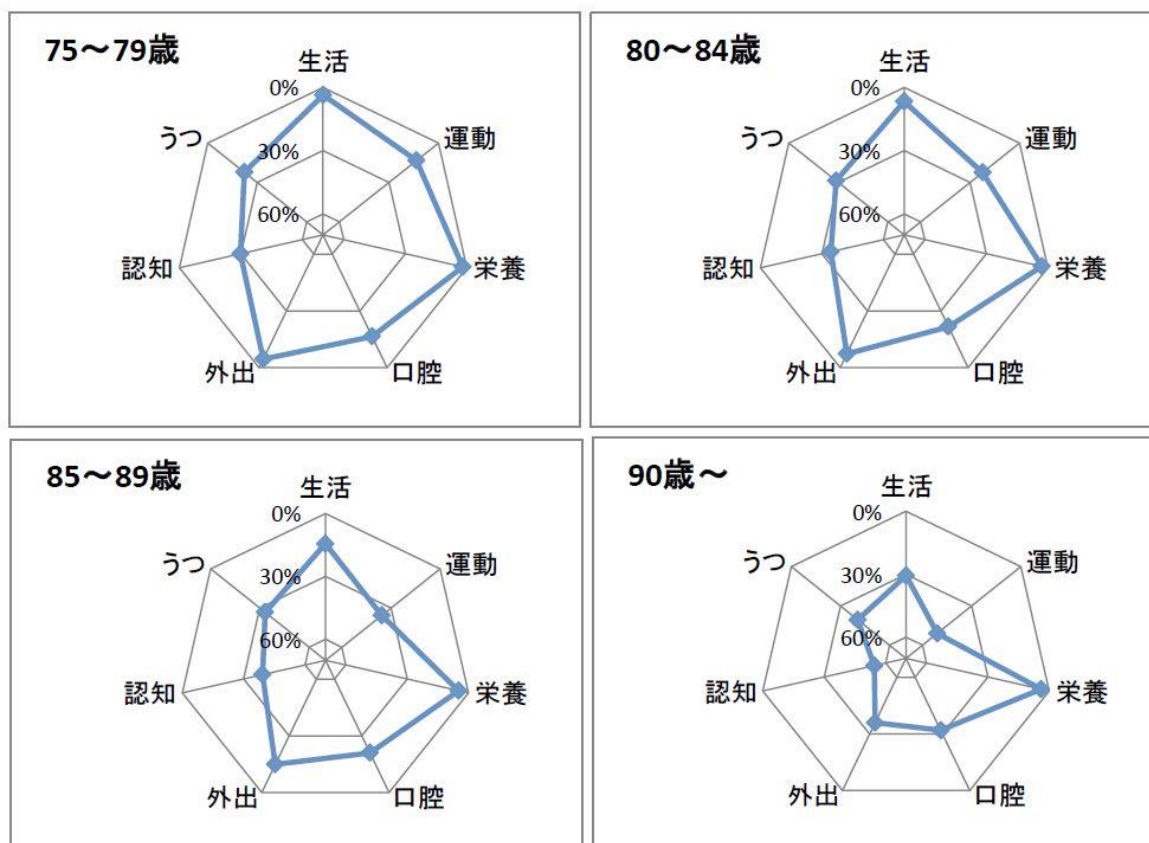
高齢者は虚弱な状態に陥ると活動の範囲も狭くなる傾向にある。よく会う友人・知人との関係では、元気な高齢者は「趣味等の友人」が最も多く半数を超える。虚弱な高齢者では「近所の人」が最も多く日常生活の活動範囲が狭まることがわかる。身体の状態像に関わらず、高齢者が地域活動への参加を控える理由には、「健康状態に自信が無い」ほかに、「関心のある行事や活動が無い」という理由が一定程度認められる。

虚弱な高齢者が求める主な支援内容は、「外出支援」「配食サービス」「掃除支援」そして「緊急時の通報システム」である。

また、高齢者の状態像の違いに関わらず、虚弱な状態になったとしても、支えあいの糸口として、気になる相手に「いかがですか」と声かけする挨拶を用いている（そうありたいと意識している）ことがわかる。

■ 1) から 4) までを踏まえ、高齢に伴って虚弱な状態になっても、市民が住み慣れた地域で可能な限り自分らしい生活を継続するために解決すべき課題

- いかにして地域別に独自性のある多様な取組を促進する体制を構築するか。
- 市民同士の支え合い・助け合いにあたる「互助」の力をいかにして発揮しやすくするか。
- 受け手一辺倒ではなく、虚弱であっても支え手側を担うためには、どのようなサービスや体制上の工夫があるとよいか。
- 地域の中で優先的に対応すべき不便さ・困りごとがあるか。あれば、どのような支援が必要か。
- 困っている人・ことを身近な暮らしの中で継続的に把握し、地域診断に繋がる仕組みをいかに構築するか。



図表 10 年齢階級別にみた高齢者の心身機能の概要⁶

⁶ 生駒市 平成 27 年度 介護予防把握事業 結果報告書

5) 認知症

全国データでは、2025年時点における推計認知症有病率は20%を上回る見込み⁷とされ、同様に同有病率は、2012年に比較し、約6%上昇見込みとされる。社会的な影響も大きく、近年は認知症による運転免許の取消処分件数が飛躍的に増加し、2016年には1,472件に上る（2009年は228件）⁸。また、行方不明者も増えており、2012年を基準としたとき、「認知症」を原因とする行方不明の比率が1.3倍と最も伸びている（図表11）。その他、買い物のトラブル、自転車の事故、転倒のリスク、徘徊、閉じこもり、近隣トラブルなどが見受けられるようになり、生活を一人で送る上で支障がでてくるようになっている。介護者側にもトラブルがあり、認知症のことを十分に理解してないことに由来する虐待が報告されている。

本市における認知症に関する調査結果⁹をみると、およそ6割の市民は認知症の方と接したことがあるとされる。また、回答者のおよそ6割は、認知症の人が偏見を持って見られている、と認識している。およそ8割は、周囲の対応によって認知症の進行は変化すると理解している（図表12）。一方で、予防可能な認知症に関する理解は3割程度である（図表13）。認知症に対する市民の関心は高いものの、認知症に関する講演会や催しに参加した経験がある割合は1割にとどまる。

一方で、認知症の問題を個人で抱えるのではなく、9割近い市民が、認知症の方を地域市民が協力して支える仕組みが必要と思っている。家族が認知症になったとき、知られても良いとする割合は、6割弱ある。一方、自身が認知症になったとき知られても良い割合は低下し、およそ5割弱にとどまる。認知症になったときの住まいについて、5割程度は自宅を希望している（「施設等入所」希望は3割）。近所の認知症の方に手を差し伸べたいという意向を持つ市民が半数程度存在する一方で、3割程度の市民は「何をどうしたらよいかわからない」と回答している。認知症の人が周りにいたとき、自身が出来る具体的な関わりとして、声かけやふれあいといった緩やかな関係を通じて支えあいに貢献しようとする意向がある。

本市では現在、認知症の方を支える「認知症支え隊」を養成中であるが、同調査では、多くの方が、囲碁、将棋、料理、お菓子作り、手芸、園芸、書道、茶道、スポーツ等の特技や趣味を活かした協力の意向を示された。

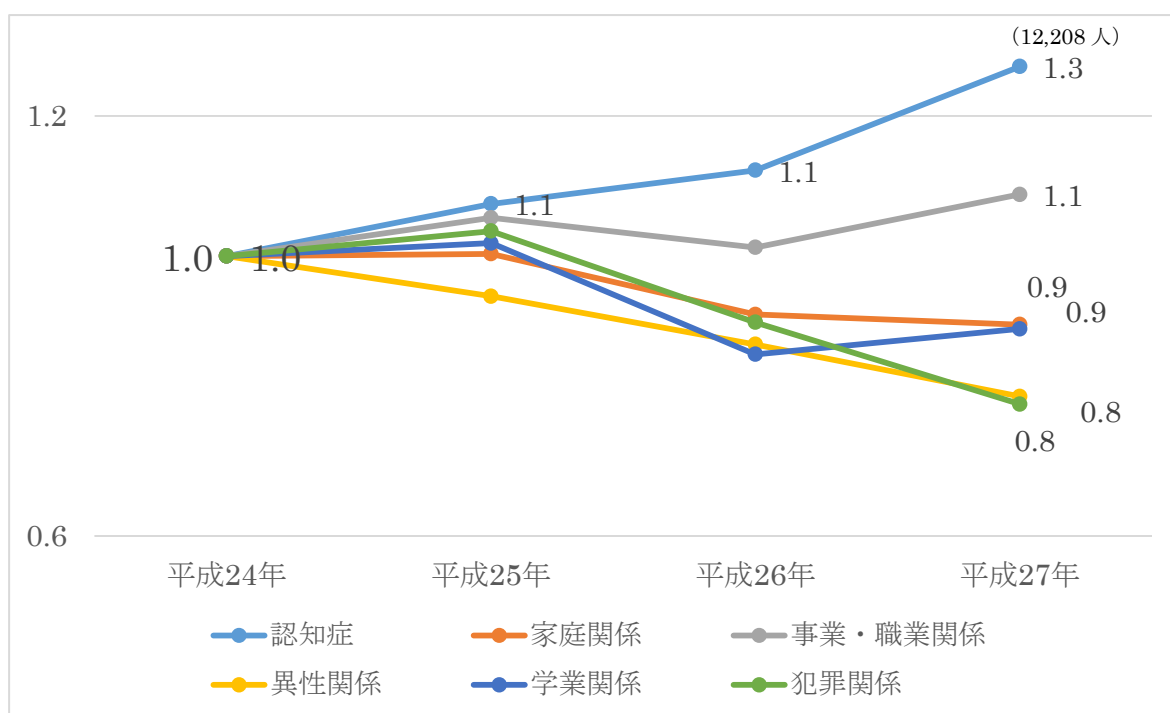
⁷ 内閣府(2016). 平成28年度版高齢社会白書

⁸ 一般社団法人全日本指定自動車教習所協会連合会HPより

⁹ 生駒市(2016). 生駒市における認知症に関する調査

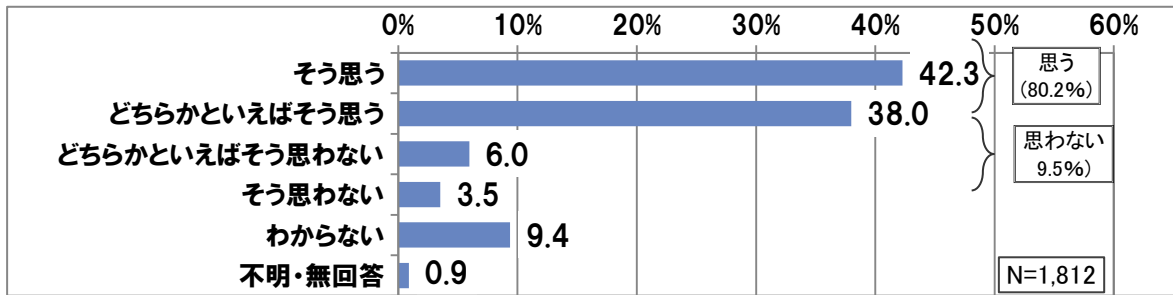
■取組の方向性

- 認知症というテーマに触れやすい環境づくりに努め、市民が認知症を知る機会を増やしていくことが重要である。
- 特に、中核的な課題としては、家族や近隣に認知症の人がいたときに、どのように接したらよいか、より具体的な方法を分かりやすく説明すること。
- 介護保険制度では手の届かない日常の見守りやふれあい等を広めていくため、認知症の施策をサポートできる人材を養成・育成する必要がある。
- 既存の取組や、認知症カフェに対する需要はある。より拡充していく方向性を重視し、認知症カフェのマップ等を周知する取組など情報発信面の工夫や、小規模・不定期開催でも多拠点化する対策が効果的と考える。

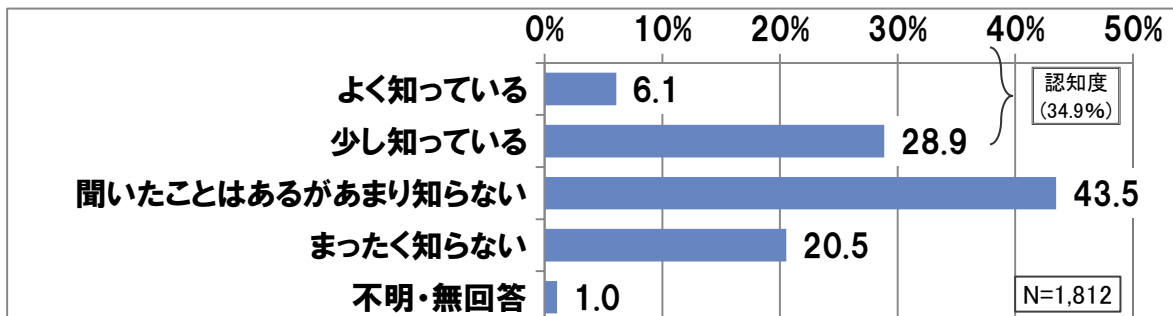


図表 11 行方不明者の原因・動機別¹⁰

¹⁰ 警察庁（2016）．「平成 27 年中における行方不明者の状況」から作成



図表 12 周囲の対応により認知症の進行に変化があると思うか¹¹



図表 13 予防できる認知症の認知状況¹²

¹¹ 生駒市 (2016). 生駒市における認知症に関する調査

¹² 生駒市 (2016). 生駒市における認知症に関する調査

6) 要介護認定者数、介護資源、地域支援事業

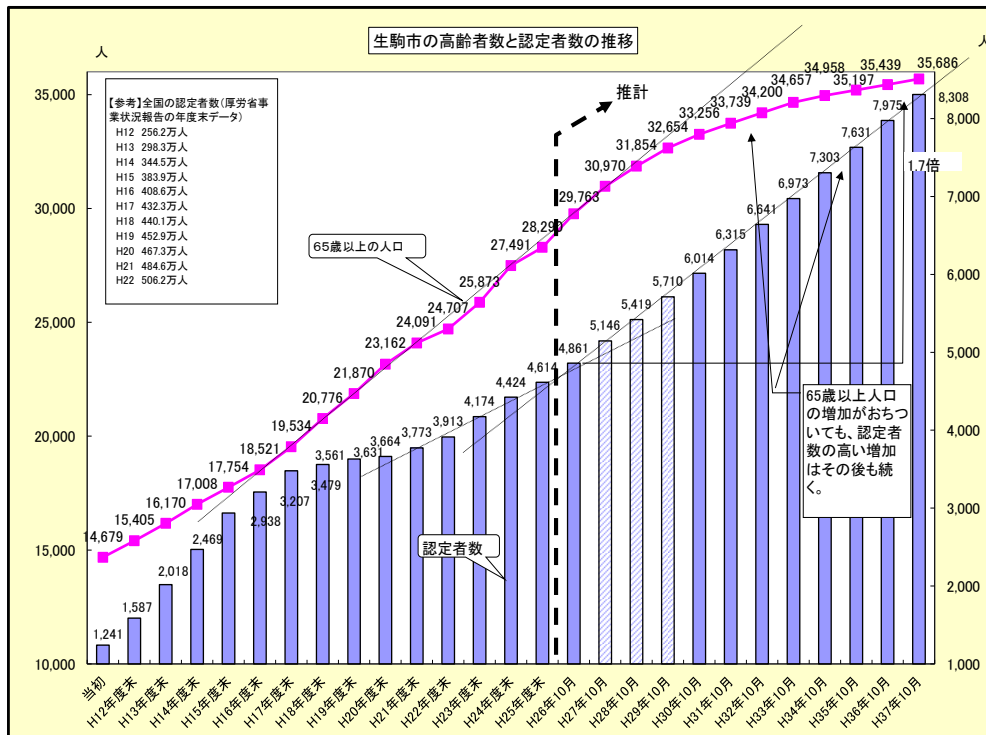
今後の介護サービスの需要量について、2015年時点において、本市の要介護認定者数は4,861人であったが、2025年時点では8,308人と推計されており、2015年時点と比較して約1.7倍に増加する見込みとされる（図表14）。

供給体制については、介護サービス事業所数は113事業所あり、通所介護事業所と訪問介護事業所が多い。一方で、医療系サービスは少なく訪問看護、訪問リハビリ及び通所リハビリをあわせても12事業所である。上記3つの医療系サービスがない地域が4圏域あるなど、一部に医療系資源の不足を認める。また、要介護認定者数の増加が推計されているが、介護事業者は現在も介護人材の不足に悩んでおり、将来的に事業拡大する予定がある事業所は3割程度にとどまる。そのため、地域全体をひとつの単位として見立て、その範囲で医療資源や介護資源の効率をいかにして高めるかという課題意識が重要である。

地域支援事業に関して、本市の介護予防教室は、全国の中でも先進的な位置づけにある。当初の目的は機能向上であった介護予防教室が、集団での取組を重視する中において、教室そのものが受け皿の【場】に代わり、支え手という【役割】を用意し、新しい受け手の【繋がりをサポート】している。また、虚弱な高齢者が教室を卒業する先として、あらかじめ複数の出口を準備している。具体的には、ボランティア、体操教室の支え手、食事会、サロンへの参加、そして趣味の再開を想定している。費用対効果の視点からも本市の短期集中的な介護予防の取組は成果をあげている。本市の介護予防教室の例では、3年間でおよそ3300万円の介護給付費の抑制効果があったと推計されている（図表15）。また、虚弱な高齢者がモデル事業を通じて自立支援に取り組んだ場合、自立期間が延長する傾向があり、そのキーとして「活動」「参加」の再獲得が重要とわかっている。

■介護保険給付や【参加】や【活動】の提供に関する課題

- 現在も介護人材の不足が懸念される中、今後の需要に耐えうる人材確保をいかに補うか。
- 虚弱な高齢者や認知症の方にとって必要なサービスをいかに構築するか。
- 【参加】や【活動】を通じ、【役割と繋がりを持てる機会】を提供する拠点をいかに作り出していくか。
- 各部署の協力を仰ぎながら、推計7,000人の虚弱な高齢者がアクセス可能な【参加】や【活動】の場をいかに増やすか。



図表 14 本市高齢者数と認定者数の推移¹³

<概要>

目的: 自立を側面から支援すること

対象: 主に虚弱な高齢者

頻度: 2回/週、2時間/回

期間: 3か月間

特徴: 多職種が連携しプラン策定

出口: ボランティア・体操教室・
食事会・サロン・趣味再開等

◆集中Cの教室の様子
誰がサポーターで、誰が参加者が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ことができること。
私たちは教室の卒業生から学びました。



【受け手】を卒業し、【担い手】の役割を獲得

■好事例のポイント

当初は機能向上用の介護予防教室が、あらたに、機会提供を通じた介護予防を展開。
受け皿の【場】に代わり、支え手という【役割】を用意し、新しい受け手との【繋がりをサポート】

図表 15 短期集中の「介護予防」の場であり、「担い手としても参加」できる場作り¹⁴

¹³ 生駒市第6期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

¹⁴ 生駒市地域包括ケア推進室 資料

7) 最も生活現場に近い拠点づくり（第2層協議体）

2004年度から「地域ボランティア講座」を継続実施し、ボランティアの養成・育成を継続し、地域での居場所づくりを推進してきた。同じく2004年度から、支援者同士の交流を深めるため地域のサロンの代表者で交流会（課題を共有し、解決策を共に考えるイベント）を実施し、継続している。

2014年度になると、市民活動推進課と協働し、全自治会長を対象とした市政研修において「認知症サポーター養成講座」を実施し、認知症になっても地域市民の見守りを通じて安心して暮らせるまちづくりを支援してきた。

また、奈良県の地域支援体制整備の補助金を受け、生活支援サポーター養成講座を実施した結果、コグニサイズ教室等を市民が自主的に運営する事例が生まれている。

多くの市民と対話してみると、市民同士が日常生活のなかで支え合う体制作りまで必要という認識までには至っていない印象であった。そこで、2013年度、生活支援体制整備の必要性を伝えるため、さわやか福祉財団の堀田力氏を招きシンポジウムを開催した。第1部で基調講演、第2部で厚生労働省老健局から総合事業や生活支援体制整備の必要性を説明し、第3部では、具体的な事例に触れやすいよう、第2層と称される地域レベルの中で実際に活動している団体等によるパネルディスカッションを行った。

2015年度には、市民活動推進課と協働し、全自治会長を対象とした市政研修として「地域力向上」に関する研修を実施した。また、「地域力向上」の取組として、先進自治体である平塚市の講師を招いて市民向けフォーラムを開催した。さらに、地域ケア会議（コミュニティ推進会議）を開催し、地域の社会資源の把握やマッピング等に着手する地域包括支援センターが生まれた。

2016年度には、2自治連合会に対して、地域力向上の研修を実施した。地域と市民を繋ぐキーパーソンとなる民生委員児童委員や老人クラブ連合会に対しても「地域包括ケア」に関する講演を開催し、生活支援体制整備の重要性を改めて周知してきた。

また、高齢化率の高い地域に、市民が気軽に立ち寄り介護や健康の相談ができる「まちかど保健室」を新たに設置した。

2016年12月には、医療介護従事者や一般市民を対象に「地域包括ケアシンポジウム」を開催し、生駒市における地域包括ケアのあり方を考えた。このときのアンケート結果を見ると、出前講座を展開し、広く地域力向上の必要性を説いてほしいという要望が強く寄せられている（図表16）。

■図表 16 「地域包括ケアシンポジウム」でのアンケートより

<p>■市民の声：取り組んでほしいこと（生活支援に関する自記回答を一部抜粋）</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 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。➤ 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。
--

<p>■市民の声：その他気づいたこと（生活支援に関する自記回答を一部抜粋）</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 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います。➤ 地域づくりのヒントをもらった。➤ 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。
--

第3節 生駒市らしい協働の地域包括ケアシステムの構築にむけて

1) 「協働」の価値を重視する基本的な考え方

これまで本市では、第5次総合計画において「市民主体のまちづくり」「自助・共助・互助」そして「持続可能な都市経営」を基本理念に掲げてきた。高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画においても、「すべての高齢者が、自分らしくそれぞれの生きがいを持ち、住み慣れた地域でいつまでも健やかに安心して暮らせるまち『いこま』の実現」を基本理念に掲げていることからわかるように、地域包括ケアの概念は、本市のこれまでの取組ときわめて近い考え方である。また、本市におけるまちづくりの最高規範である生駒市自治基本条例第5条に「参画と協働の原則」を定め、市民が市政に参画する機会を保障し、市民同士、市民と市、それぞれの役割分担と責任に基づいて、協働する価値を明確にしている。

このように、従来から、本市の方向性は地域包括ケアシステムの概念を十分に包含しており、本市の政策の方針が、本市における地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップの基本的な考えに相当する。従って、特段に新しい方向性を示す必要性はなく、本市の政策方針と合わせれば、おのずと本市らしい地域包括ケアシステム構築に向けたロードマップが作成されることとなる。むしろ、これまでに本市が重視してきた「協働」という価値をより推進するためには、各部署の協力を仰ぎつつ、参画と協働の原則を重視した本市らしいロードマップを策定することが望ましい。

そこで、本市らしい地域包括ケアシステム構築のロードマップ策定に向け、次の考えを基本とする。

- 子どもも親も高齢者も、障がいを抱えても、みんなが人格と個性を尊重し合い住み慣れた地域で健康的に安心して暮らせるまちづくりに寄与すること。
- 地域社会の温かい支え合いの中で市民が主体となって生きがいを持ちながら自分たちのまちづくりに参画・協働できる環境を大切にすること。

2) 地域マネジメント体制と地域包括ケアシステム構築のプロセス

地域包括ケアシステムを地域に確立し、住み慣れた地域で誰もが安心して暮らし続けるようにするためには、システム基盤として地域マネジメント体制を整え、最適な運用を担保する PDCA サイクルを基本としたプロセスマネジメントの運用管理が必要である。

地域マネジメント体制については、これまでに、基本的な骨格となる機能・拠点を整備してきた。第一に、基本的な方向性を定め相互に市内連携を図ることも目的に、地域包括ケア推進会議を設置した。また、効率的な医療・介護連携と健全な介護保険運営機能を担う会議体として、地域の団体等で構成する介護保険運営協議会や医療介護連携ネットワーク協議会を設置した。

次に、医療や介護など複合的なニーズを持つ高齢者等の自立支援を適切にマネジメントすること、または、地域の実情を把握する機能として、地域ケア会議を設置している。そして、直近では、生活支援を充実・強化させるために、第1層協議体の設置や第2層創出のためのワークショップを開催しているところである。その他、認知症への対応や高齢者虐待防止に関し連携協議する機関を設けている。高齢者の多様なニーズに対し包括的かつ重層的にケアする提供体制を整え、本市における在宅生活の継続を保障しようと努めてきた。

本市らしい「協働」の地域包括ケアシステムを構築するために、ロードマップはプロセスマネジメントの観点から設計される必要がある。まず地域課題を明らかにするため、日常生活圏域ニーズ調査等を用いて高齢者のニーズや市民・地域の課題あるいは社会資源の課題など質的にも量的にも把握・分析するプロセスを位置づける。

次に、ニーズと資源が最適にマッチングしているかを判別する視点や、社会資源の発掘や連携やネットワークの課題も分析するプロセスが必要になる。これらの課題分析に基づき、具体的な事業や施策を協議するプロセスを経て介護保険事業計画等を策定していく必要がある。

計画に従い、介護サービス、医療・介護連携、住まい、生活支援／介護予防、そして人材育成の各セクションで対応策が決定・実行される工程の見える化が必要となる。

最終的には、実行の結果を受け、再度、地域課題に照らし改善点等を分析するサイクルを適切に運用する必要がある。

この一連のプロセスを想定し、ロードマップを作成する。

3) 各部署から協力を仰ぎ協働を実現する

2016 年度に開催した地域包括ケア推進会議において、会議を構成する全ての部署から「協働できそうな事業等」が具体的に紹介された。地域包括ケアを推進するために必要な取組に対する助言もあった。各部署との間で進みつつある協働案を中心に、このうちのいくつかをロードマップに反映する。

4) 新たにテーマごとに部会を設置

また、市民協働の観点から、高齢者向け事業を全庁的に整理・把握し効果的に事業展開することは重要と考えられることから、庁内連携の一環として引き続き地域包括ケア推進会議等を開催する。今後は、新たにテーマごとに部会を設置することも検討する。

第3章 生駒市の地域包括ケアシステムの構築にむけたロードマップ

第1節 地域包括ケアシステムの位置づけ

地域包括ケアシステムの構築については、本市のこれまでの取組を十分に活かしつつ、今、なすべきことと今後、継続的に取り組むことを迅速かつ的確に精査し、超高齢社会に対応できるシステムを作り上げることが急務である。そのため、2017年4月から、高齢施策課の課内室から分離し、地域包括ケア推進課を設置し、責任の所在を明確化する。これらの取り組みは、高齢施策の一環であり、基本的には第7期介護保険事業計画に連動する。同時に、地域包括ケアシステム構築に関することは、副市長を長としほぼ全部署の部課長級を構成員とする地域包括ケア推進会議にて取り扱われることから、単に高齢施策に関連する計画に沿うのではなく、総合計画その他本市の各種計画の基本理念等と積極的に整合を図る。また、地域包括ケアシステム構築にあっては、関連する事業や施策を所管する部署の協力を仰ぎ協働による課題解決を図る。また、地域共生社会の考え方も踏まえ、高齢者の観点ばかりでなく、共生の観点から幅広く事業や施策、あるいはネットワーク先の選定を行う。

第2節 軸とする施策や事業：短期集中Cサービス¹⁵と地域ケア会議の充実

「もう年だから仕方ない」と誰もがあきらめがちな要支援状態の高齢者に対し、総合事業における通所型・訪問型サービスC（以下「短期集中Cサービス」という。）の利用を促進し、諦めかけていた事柄や再度挑戦したいと思う事柄を実現できるよう本市独自の事業展開の充実を図る。

また、短期集中Cサービスを卒業した高齢者を対象に、ピアカウンセリング的役割を担っていただき、年を重ねてもサポーターとして活躍できる見本を示していただくことで、身近な目標を設定しやすく、また、「私も頑張ろう」という動機づけにつながるため、支える側と支えられる側のWin-Win（ウィンウィン）の関係をさらに発展させていく。

短期集中Cサービス利用者については、自立支援型地域ケア会議を通して、多職種で「自立支援」や「尊厳の保持」、「居場所づくり（活躍の場づくり）」などを積極的に議論し、短期間で元気を取り戻す仕組みを定着させる。さらに、自立支援型地域ケア会議を通して、計画作成者が多くのかことを学び、多角的な視点と技術の向上を図ることができるよう、会

¹⁵ 通所型・訪問型サービスCとは、保健師やリハビリ専門職が要支援者等に対し計画的な介護予防プログラム策定と実施を支援する総合事業のひとつ。

議運営のあり方を追求し続ける。

また、介護予防フォーラム等において元気を回復された高齢者が実体験を語る「語り場」的な企画や、啓発冊子を作成し、虚弱高齢者自身やその家族や周囲の人が、活動性や意欲が低下し始めたら、自ら短期集中Cサービスを利用したいと思える環境を整える。

第3節 生活に身近な小地域で支えあう拠点づくり：第2層協議体の加速度的普及促進

高齢化の進展が加速化することをあらゆる場で繰り返し啓発してきたこともあり、最近では多くの市民が市民同士で支えあう必要性を理解し始めている。今後、介護人材不足等の懸念や認知症高齢者の増加等、課題が山積しているため、小地域で支え合いの仕組みづくりを強化し、地域の課題を地域で解決していける第2層協議体の必要性を加速的に啓発し、体制を整える。

これまでも地域包括ケア推進室は市民活動推進課等と協働し、市政研修の場等において「地域力向上」の必要性を伝えてきた。地域によっては自治会長が毎年変わるところもあることから、今後も啓発を通じた小地域におけるリーダー層との定期的なコミュニケーションを継続し、協働した支え合いが活性化するよう働きかける。

また、地域包括支援センターにおける地域支援体制整備も重要である。地域でのコミュニティ推進会議も並行して進めていき、支え合いの仕組みづくりの必要性を伝えていってもらうことを事業計画に盛り込んでもらう。今後、第2層の協議体となるモデル地区を数カ所選定することを想定している。既に支え合いの仕組みが始まっている地区をモデル地区候補とし、継続的なワークショップを開催し、第2層協議体のモデル構築に先鞭をつける。そのモデル地区を先行事例と位置づけ、生活支援コーディネーターや地域包括支援センター、市民活動推進課等と協働し、追従可能な地区に対して第2層協議体の設置を丁寧

に促し、小地域における拠点作りの横展開を図る。

民生委員児童委員や老人クラブ連合会、自治連合会等、地域と市民の繋がりとなる団体に対して、引き続き支え合いの仕組みづくりの重要性を説明する。そして、それぞれが地元の小地域の課題等に関心を寄せるようになり、その仕組みづくりに積極的に参画・協働する気運が高まるように働きかける。そのために、市民フォーラムや各種イベントといった啓発活動に加え、地域のリーダー層や市民や行政職員が、普段から互いにコミュニケーションを深めることが出来るよう、新設する地域包括ケア推進課においても地域担当

制等を設ける。そして、市の職員が担当する地域に足を運び、地域と語る仕組みを構築していく。その際、市民協働という本市が大切にしている取組を元に、自治会、NPO 等の多様な主体で構成される市民自治協議会等との連携を始め、今まで以上に積極的に市民活動推進課等を含む関係機関・者との連携強化を図っていく。

小地域の拠点作りを普及展開する際、地域支援事業における総合事業や認知症施策と相互に連動させ推進する。そして、小地域の中でも本市に必要な取組を積極的に掲げてもらい、ひとつの活動が他の活動開始に有機的に作用し、点から線、面へと好循環が生まれるように事業化を図ることも大切にしていく。

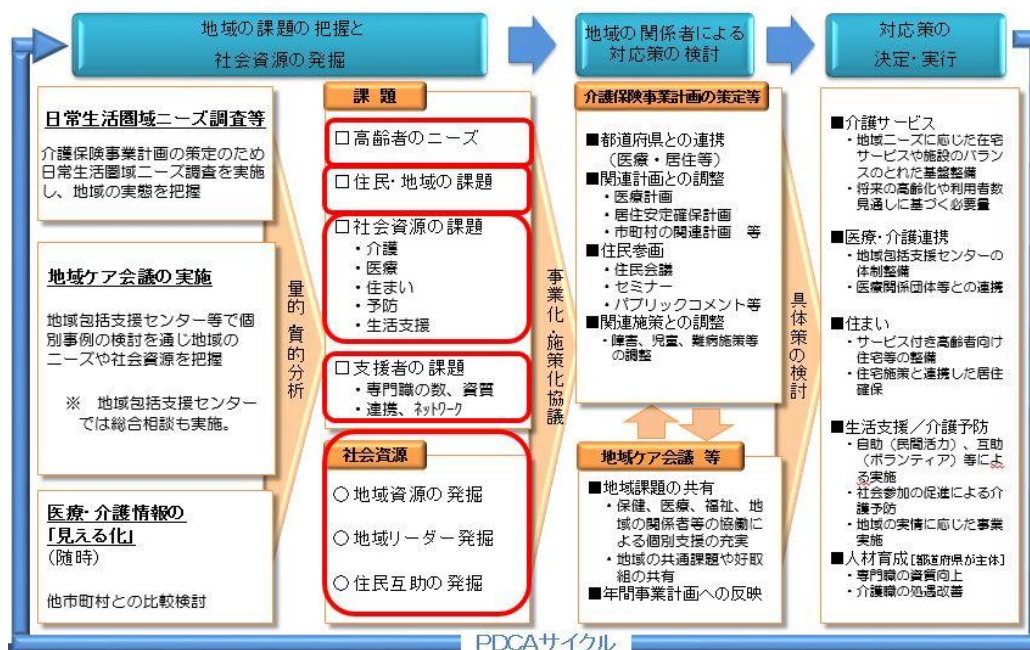
2000 年の介護保険制度の創設以来、介護支援専門員（ケアマネジャー）も地域住民と多くの関係を築いてきた。このような共助を通じて蓄積された社会資本を積極的に活用し、小地域の中で活動を担ってくれそうな人材を積極的に紹介してもらうなどして、地域資源の発掘に向むけた連携等を更に強化していく。

また、地域の中で役割や生きがいを持つことの重要性、あるいは社会参加の場に参加するといった活動の重要性を説くヘルスプロモーションの考え方は、高齢者が明るく生き生きと健康的に過ごせる地域づくりにとって有用である。社会参加や活動の観点から、高齢者の健康づくりや介護予防を地域全体で促進するために、市内の医療機関関係者にも理解を深めていただく働きかけが欠かせない。そのため、医療介護連携ネットワーク協議会やその下部組織を活用し、高齢者の健康づくりに資する取組に関する情報等を共有する。

第4節 システム構築の着実な推進：地域マネジメントと地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの構築を着実に推進するため、地域マネジメント体制を構築する（図表 17）。地域包括支援センターや市が運営する地域ケア会議の積み重ねを通して、地域課題の分析、課題解決に向けた取組の促進等に努める。

地域に根を張り、活動を続けている地域包括支援センターの情報や地域診断を活用し、市全体の状況を面で把握する。第2層協議体の創出にむけて、関係部署の協力を得ながら自治会など地域に根付いた活動団体や活動者と連携を図り、定期的なワークショップの開催等を通して、集い場など親しく集まりやすい場づくりに取り組む。介護保険運営協議会や医療介護連携ネットワーク協議会、部会等はこれまで通りに運営し、地域課題に向けあらゆる調査等を通じ地域診断を行う。



図表 17 厚生労働省が提示する地域包括ケアシステム構築のプロセスを参考に策定した本市における地域マネジメントのイメージ

第5節 行政としての課題

これから生駒市らしい協働の地域包括ケアシステムを構築していくために、行政としての取り組む姿勢や認識している課題等を関係者別に整理する。

1) 市民個人に対して

- 生駒市の急速な高齢化に至る現状を把握し、市民自らできる「自助」「互助」の役割について意識の醸成。
- 人生の閉じ方を意識し、市民の多くが終活を自ら考えることの促し。
- 共生社会への理解、地域に関心をもち、小地域の中で、できることから、助け合い・協働しやすい環境づくりの支援。
- 自治会活動を始め、老人クラブ活動や地域活動に参加し、いこまの未来を共に考える市民を増やす働きかけ。
- 生活習慣病予防に努め、脳血管障害や認知症等の発症を未然に防ぐ意識の醸成。
- ヘルスプロモーションを意識し、健康づくりを推進していく担い手を増やす働きかけ。

2) 生駒市及び関連機関に対して

- 生駒市社会福祉協議会や生駒市シルバー人材センターなどの機関と連携し、生駒のまちづくりへの参画・協働の加速化支援。
- 民生委員児童委員や自治連合会、他、各種ボランティア団体や NPO 等の機関とも協働・連携を促進し、超高齢社会や地域共生社会のあるべき姿の追求。

3) 医療機関、介護事業者及び福祉事業者に対して

- 地域全体として在宅限界を引き上げる価値の共有。
- 入退院支援マニュアルの作成等において、在宅医療介護推進部会の委員以外の意見も適切に反映できるような現場の声の傾聴。
- 医療介護連携に関する課題に対して、経年的な解決策を見出し、迅速かつ効率的な連携体制の整備。
- 引き続き地域課題を考える場への積極的な参加の声かけ。

4) 医療職及び介護・福祉職に対して

- 多職種連携が一層促進されるよう、定期的な会議、意見交換や研修の場づくり。
- 地域ケア会議への参加に関して、より積極的に関与できる体制整備。
- どの職種も自立支援を価値とした治療やケアの組み立て、連携づくり。

5) 医療や介護等に関連した関係団体に対して

- ヘルスプロモーションに基づく健康づくりを推進していくという認識づくり。
- 地域包括ケアの推進を目指した人材育成、連携協力体制の構築。

6) 地域の繋がりを支援する関係者や団体に対して

- 老人クラブ、自治会、コーディネーター、高齢者による、虚弱であっても、障がいがあっても社会に接する機会を保てるような事業づくりの推進。
- 見守りや話し相手、受付など、虚弱高齢者や障がい者、子供たちの役割をつくる工夫。
- あいさつ運動と認知症サポーター養成講座のコラボレーションなどを考え、地域の中での見守りネットワークの強化。
- 市民自治協議会の発足をめざすと同時に第2層協議体の役割の理解促進。
- 様々な市民団体やボランティアがつながり、ネットワーク化できる仕掛け・仕組みづくり。
- 子育て世代の様々なニーズと元気高齢者とのマッチングによる地域のつながり活性化の支援。
- 世代間交流のイベントを通して、高齢者の活躍の場を創出し、地域デビューできる高齢者を増やす支援。

7) 企業や店舗に対して

- 地域創生を通じた高齢課題の解決にむけたビジネスモデルの模索(テレワークの活用)。
- 虚弱や介護が必要な状態になっても買い物しやすい環境づくりへの配慮(注文販売や宅配等)。
- 認知症になっても買い物しやすい環境づくりへの配慮(スローレーンの提案等)。

- 認知症の人にやさしい店舗作りの支援。
- 見守りへの期待、地域包括支援センターとの連携。
- 見守りネットワークに関する企業との協定を増やす努力。

8) 学者や研究機関

- 地域包括ケア推進に必要な規範的統合の後押し。
- 地域包括ケア推進に向けて、自立支援、負担軽減、生産性向上を念頭においた研究。
- 地域マネジメントに関する研究。
- 地域分析への関与。

第6節 地域包括ケア2017（ロードマップ）

地域包括ケアシステムの構築に向けたロードマップの策定に当たっては、2025年をターゲットイヤーとし、生駒らしい「協働」の地域包括ケアシステムの実現に向け、これからの8年間における施策や事業を計画的に推し進めなくてはならない。そこで、ロードマップの着実な実践と検証、必要に応じた改善を定期的に取り組みやすくするため、一貫してその経過を管理する枠組みを用意する。ここでは、本市における他の様々な施策や計画のロードマップと区別しやすいように、その枠組みを便宜的に「地域包括ケアロードマップ」と称し、初年度にあたる2017年のロードマップを「地域包括ケア2017」ということにする。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、多様なニーズに応じて施策や事業が企画・実践されることから、次の8つの視点でロードマップを整理する。すなわち、

- (1) 地域包括ケアシステムの普及啓発
- (2) 市民協働の推進①／②
- (3) 医療介護連携／介護保険運営
- (4) 認知症施策
- (5) 地域ケア会議
- (6) 介護予防の充実・強化／生活支援の充実・強化
- (7) 高齢者虐待防止
- (8) 庁内連携の推進

初年度にあたる2017年度とそれ以降に分け、想定する取組や検討事項を列挙する。

1) 地域包括ケアシステムの普及啓発

超高齢社会を迎え高齢者が急増する一方、生産年齢人口は減少していく。また、本市は昼夜間人口差が大きいいため、日中の支え合いには、市民の協力と協働が不可欠である。市民協働と部署間連携を促進するため、地域包括ケアシステムの啓発に重点を置く。

<具体的な取組>

(2017 年度)

- ・ 自治会への出前講座
- ・ 広報「いこまち」の活用
- ・ いこま寿大学実務講習における新規講座の設置（老い支度講座）
- ・ 市政研修会を通じた地域包括ケアに関する情報発信
- ・ 普及啓発に関する企画の検討

(2018 年度以降：新規分)

- ・ いこま寿大学実務講習における新規講座の設置（地域包括ケア）
- ・ 市民フォーラムの開催（地域包括ケア）
- ・ 高齢部門の市民意識調査等を通じた地域包括ケアの浸透度の検証

2) 市民協働の推進①：施策や事業の連携による市民協働、参加と活動の推進 市民協働の推進②：市民協働を通じた日常的な見守りや支えあいの推進

担当課のみで高齢化による地域課題にあたるには限界がある。地域包括ケア推進会議の場を活用しながら、各部署で可能なところから少しずつだが、着実に協働・連携の事例を積み重ねていき、誰もが本市の基本理念を押さえながら、目的を一にし、協働できる体制を築く。また、小地域の拠点づくりをきっかけとして、日常的な見守りや支え合いに資する市民協働も推進する。

地域に市民協働の場を作り、多拠点化していくため、既存の資源を積極的に活用する視点に加え、事業や施策の連携を通じて、資源を新たに創生する視点も検討する。庁内連携のみならず、民間企業や事業者、NPO、市民等との協働も促進していく。

協働に参加する虚弱な高齢者の移動能力を考慮したとき、自宅からおおよそ 15 分圏内に拠点があると外出しやすいとされている。身近に集いやすい場所や相談しやすい場所を数多く確保するため、一時的もしくは不定期開催であっても拠点を設置しやすいよう市民への支援を工夫する。

小地域の中に数多くの居場所や活動場所があることの意義を多くの市民や各種団体に知ってもらう機会を設け、自発的な活動拠点が增える気運を高めるため、多様な仕掛けづくりを行う。今までの介護予防の取組をより一層大切にしながら「生きがい・役割・社会参加」をキーワードに活力ある高齢者を増す取組をさらに推進・強化していく。

虚弱高齢者の自立支援を目指し新たな地域の担い手となる仕組み作りを加速化するため、総合事業の更なる充実を図る。

＜具体的な取組＞

（2017 年度）

- ・ 市民協働の推進に向けた「マイサポいこま」等の活用の検討
- ・ 第2層協議体の検討開始（ワークショップの継続開催）
- ・ 地域共生社会の実現に向けた企画の検討
- ・ 身近な拠点、集い場の拠点分析

（2018 年度以降：新規分）

- ・ 徘徊高齢者模擬訓練の全市一斉実施の検討（2019 年度）
- ・ 既存の資源を活用した協働の場作り促進
- ・ 新しいタイプの社会参加や活動の場づくりのモデルの検討とモデル実証
- ・ 協働を通じた身近な拠点、集い場の拡大の方策の検討

3) 医療介護連携／介護保険運営

平成 30 年度は診療報酬および介護報酬が同時に改定され、医療と介護の連携がさらに推進されると思われる。生駒市の医療介護資源の特性を理解しつつ地域全体として医療効率および介護効率を高めるため、医療介護連携ネットワーク協議会や介護保険運営協議会と連携し、需給ギャップの推計と総合事業等の普及状況を踏まえながら連携のあり方を検討する。

入退院支援マニュアル等を作成し、医療介護連携の強化を図る。医療介護連携の強化をさらに充足させるために、在宅医療介護連携支援センター（仮称）等の立ち上げについて協議し、本市にふさわしい拠点の在り方を検討・設置を目指す。

医療介護従事者の質をさらに高めるため、ニーズに応じた各種研修や連携強化のための多職種研修などの定期開催を行う。

支援者の質向上等を図るため、地域ケア会議における困難事例等を見える化し、認知症対策部会や在宅医療介護推進部会との連携を図る。

市民向けに、かかりつけ医を持つことや在宅医療等に関する普及啓発を行う。医療ニーズの高い人や介護している家族に向け、介護力向上に資する啓発や学習の機会を増やす。

<具体的な取組>

(2017 年度)

- ・ 第 7 期介護保険事業計画の策定
- ・ 広報「いこまち」の活用：テーマは在宅医療
- ・ ケアプラン点検の支援
- ・ 医療介護連携ネットワーク協議会の運営
- ・ 入退院支援マニュアルの作成
- ・ 医療介護資源集の更新
- ・ 在宅医療介護連携支援センター（仮称）の設置の企画検討
- ・ 合同研修、テーマ別研修、職種別研修、医療関係者の出前講座の実施
- ・ 認知症の当事者及び家族からのヒアリングの企画検討
- ・ 専門職向け認知症ケアパスの作成の企画検討
- ・ 認知症フォーラムの企画検討
- ・ 多職種研修（認知症ケアの向上）
- ・ 初任者研修に係る受講補助

(2018 年度以降：新規分)

- ・ 計画に基づく給付管理
- ・ 連携ニーズの把握、協働を活用した効率的な医療介護連携の検討
- ・ 連携の需要量の把握、供給体制の把握
- ・ 在宅医療介護連携支援センター（仮称）構想案の取りまとめ（2019 年度）
- ・ 認知症及び家族に関する支援のあり方の検討
- ・ 認知症の進行に伴う支援方法についての医療・介護従事者向け研修の開催

4) 認知症施策

本市の多くの市民は、外部環境が認知症状の進行に影響を与えると理解し、見守りや趣味等の活動を通じて認知症高齢者等に寄り添いたい意向をもつ。出来る限り多くの市民の力を活かしていけるよう、認知症の当事者及び家族の不安や負担が軽減できるような取組を市民と共に考え、より現実的で実りの多い事業を検討する。まずは、認知症支え隊の活動活発化と普及を図る。

生きがいの有無が認知症の予後に影響することから、認知症に対する正しい理解を促進

するため、医療・介護従事者及び市民が認知症を知る機会を設ける。また、認知症高齢者が生きがいを再獲得しやすくするため、認知症の当事者の強みを引き出す支援を強化する。

高齢者虐待案件の大半が認知症高齢者に関連することから、認知症の正しい理解の促進と共に介護者の負担の軽減を目指すため、当面は情報共有や相談の場を増やす。

徘徊を未然に防ぐ方法や、今後徘徊に繋がりそうな事例に予測することができるように、行方不明高齢者捜索ネットワークの登録や管理をより丁寧に行う。具体的には、介護サービスや介護方法等への助言ができる体制を構築する。

当事者及び家族支援の充実を図るため、介護サービスを拒否する認知症当事者向けの教室を総合事業で組み立てる。

認知症ケアの充実を強化するため、認知症ケアパスや認知症地域支援推進員を活用しやすい工夫を引き続き継続する。

<具体的な取組>

(2017年度)

- ・職員向け認知症サポーター養成講座
- ・認知症初期集中支援チームのホームページ上の公開、広報「いこまち」の活用
- ・認知症支え隊を活用した日常的な介護予防の企画検討
- ・認知症簡易判定スクリーニング機器の活用
- ・見守り体制の構築（みまもりタグの活用）
- ・行方不明高齢者捜索ネットワーク登録者について精査、登録者へのフォローの検討
- ・キャラバンメイトの確保及び活用の促進
- ・認知症支え隊の活動の検討
- ・認知症の普及啓発
(HP上に自己点検シート、各施設に自己チェック表の表示、認知症ケアパスの表示)
- ・若年性認知症の当事者及び家族への対応の充実、支援技術の向上支援

(2018年度以降)

- ・行方不明高齢者捜索ネットワーク登録者のフォロー確立
- ・徘徊高齢者の保護に有効な器具の再検討
- ・小中学校及び企業や商店街を対象とした認知症サポーター養成講座の充実
- ・新しい広報の検討

5) 地域ケア会議

自立支援に資するケアマネジメント力の向上と、地域課題の吸い上げと地域診断につながるように、地域ケア会議の活動を強化する。また、地域分析力が地域ではばらつかないように、十分に機能していない地域を支援する。

地域資源の発掘は今後の重要課題である。生活支援や介護予防に協力可能な新たな地域資源を発見していくため、地域ケア会議のテーマに掲げる。

困難事例を見ると、特定の介護者が継続して介護負担を抱えることは困難なことが多い。多様なサービスや支え合いが包括的に求められる。継続して包括的に支えあえる環境をつくるため、地域の中の困難事例を見える化するための地域ネットワーク作りを促進する。

<具体的な取組>

(2017年度)

- ・ 自立支援に必要な視点の構築に向けた課題の見える化と構造化の実施
- ・ 社会資源マップの作成
- ・ 協働を通じた規範的統合
- ・ 地域包括支援センターに寄せられる困難事例に相当する相談内容の整理と類型化
- ・ ケアマネハンドブックの改訂

(2018年度以降)

- ・ 自立支援に必要な視点を構築するための課題体系に則した啓発
- ・ 支援者の質の平準化を目指した研修企画の検討
- ・ ケアマネハンドブックの配布と活用促進
- ・ 事例検討会の継続開催（医療介護連携の場と連携、多職種研修につなぐ）

6) 介護予防の充実・強化／生活支援の充実・強化

要支援状態の高齢者が「もう年だから仕方ない」と可能な限り諦めなくて済むように、総合事業における短期集中Cサービスの利用を促進する。諦めかけていた事柄や再度挑戦したいと思う事柄を実現できるように、本市独自の事業展開の充実を図る。

同年代の市民に対し年を重ねてもサポーターとして活躍できる見本を示して頂けるよ

うに、短期集中Cサービスを卒業した高齢者を対象に、ピアカウンセリング的役割を担っていただく。そして、身近な目標を設定しやすく「私も頑張ろう」という動機づけにつなげ、支える側と支えられる側の Win-Win(ウィンウィン)の関係をさらに発展させていく。

短期集中Cサービス利用者については、自立支援型地域ケア会議を通して、多職種で「自立支援」や「尊厳の保持」、「居場所づくり（活躍の場づくり）」などを積極的に議論し、短期間で元気を取り戻す仕組みを定着させる。

自立支援型地域ケア会議を通して、計画作成者が多くのことを学び、多角的な視点と技術の向上が図れるよう会議運営のよりよい在り方を継続して検討する。

虚弱高齢者自身やその家族や周囲の者が、活動性や意欲が低下し始めたら、自らが短期集中Cサービスを利用したいと思える環境を整えるため、たとえば、介護予防フォーラム等において、元気を回復された高齢者が実体験を語るといった「語り場」のような企画や啓発冊子を作成する。

<具体的な取組>

(2017 年度)

- ・ 買い物支援情報の提供
- ・ まごころ収集と連携した日常的な介護予防の検討
- ・ 高齢者による安全の見守り活動や街頭指導等と介護予防の連携
- ・ 生涯学習課において実施予定のサマーセミナーについての講師の呼びかけ
- ・ 総合事業の充実・強化／参加者数の拡大
- ・ 前期高齢者・後期高齢者向け年代層に応じた介護予防事業の展開の加速化
- ・ 老人クラブ連合会との定期的な意見交換会の実施
- ・ 認知症高齢者の生きがい・居場所作りの検討
- ・ 緩和型 A の訪問サービスの開始

(2018 年度以降)

- ・ 老人クラブ連合会によるモデル事業の検討
- ・ 老人クラブ連合会による介護予防・生活支援サービス／一般介護予防事業の展開
- ・ 介護予防等の評価事業の充実
- ・ 高齢者の就労の場の創出
- ・ 男性の閉じこもりを予防するための哲学カフェの開催

- ・市民主体の生活支援サービスの検討（第2層協議体、老人クラブ連合会等）

7) 高齢者虐待防止

虐待を受ける高齢者は、認知症を有していることが多い。虐待が起きる背景への理解や認知症に関する理解を家族等の養護者に促すため、高齢者虐待の防止と早期発見及び養護者支援を強化する。

介護者が地域から孤立することを防ぐため、地域で高齢者を支え、権利を擁護し、見守る体制を整備する。

これまで同様、虐待防止の啓発や虐待への対応強化のために、居宅介護支援事業者協会等と連携した研修会の実施や事例検討会といった従来の活動を継続して強化する。

本市では、関係機関や団体等との情報交換及び連携協力体制を整える目的で高齢者虐待防止ネットワーク連絡会を設置しており、今後より一層の連携強化を図る。

<具体的な取組>

(2017年度)

- ・駆け込み窓口の明確化と継続した周知（地域包括支援センター）
- ・地域ケア会議を通じた情報収集
- ・介護負担の軽減を目指す取組みの検討

(2018年度以降)

- ・介護家族の相談先の充実
- ・高齢者虐待が発生しやすい要因分析
- ・高齢者虐待防止に向けた研修の開催
- ・高齢者虐待防止に向けた啓発イベントの実施
- ・高齢者虐待防止マニュアルの改訂
- ・認知症高齢者に関する支援方法の確立を目指した検討の開始

8) 庁内連携

2017年4月から、高齢施策課の課内室から分離し、地域包括ケア推進課を設置し、責任の所在を明確化する。

地域包括ケアシステム構築を着実に進めるため、職員における規範的統合を進めることや、情報の共有を積極的に図り、事業間の連携を図りやすくする工夫を実施する。

<具体的な取組>

(2017 年度)

- ・ 地域包括ケア推進課の新設
- ・ 第 6 次総合計画策定業務の過程において、高齢化率等の勘案
- ・ 第 6 次総合計画策定業務の過程において、地域包括ケアシステムの概念取り入れの検討

(2018 年度以降)

- ・ 部署を跨いだ連携の推進案の検討
- ・ 地域包括ケア推進会議において連携の取組の進捗状況の共有

■市民協働の促進に向けて部署間を越えて連携可能な取組例

【連携案 1】 広報紙において地域包括ケアに関する特集の掲載

- 1) 連携する部署：市長公室及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：普及啓発機能
- 3) 目的：市民の地域包括ケアシステムに対する認知向上とその理解の促進。
- 4) 連携の意義：地域包括ケア推進課のみの取組では周知先の範囲が限られるが、市の広報紙を活用することによって対象が市民全体に拡大し、地域包括ケアに対する認知を効率的に高めやすくなる。
- 5) 直近の見通し⇒平成 29 年度上半期に地域包括ケア、下半期に在宅医療を掲載予定。

【連携案 2】 職員向け認知症サポーター養成講座の継続

- 1) 連携する部署：市長公室及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：普及啓発機能
- 3) 目的：市職員の認知症に対する理解を深め、職員が安心して認知症のある高齢者に対応するための支援。
- 4) 連携の意義：平成 28 年度に実施した管理職層に続き、認知症に対する理解を全職員に行き渡らせる。また、認知症のある市民に対しても、職員が安心

して対応するための一助となる。

- 5) 直近の見通し⇒3年程度で未受講の全職員が受講できるよう、講座を開催。その後は新規採用職員を対象として開催する。

【連携案3】認知症初期集中支援チームに関する広報の強化

- 1) 連携する部署：市長公室及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：普及啓発機能
- 3) 目的：初期集中支援チームの周知促進とチームの活用方法等についての更なる情報提供。
- 4) 連携の意義：チームの活動をこれまで以上に周知し、また、その活用方法を市民に知ってもらうことで、認知症施策をさらに活性化させる。
- 5) 直近の見通し⇒HPへの掲載、広報の特集の際にPR等を実施。

【連携案4】高齢者等の移動支援及び生活支援に関する仕組みづくり

- 1) 連携する部署：総務部、地域包括支援センター及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：協働に基づいた移動支援及び生活支援体制の構築
- 3) 目的：高齢者が抱える生活リスクに計画的に対応可能な体制を整備する。
- 4) 連携の意義：他部署で認識された高齢化に伴う諸問題を生活支援体制整備事業のなかで取り扱うことで、庁内連携・協働のきっかけづくりになる。
- 5) 直近の見通し⇒中長期的な目標として検討を進める

【連携案5】市政研修会を通じた地域包括ケアや認知症対策等に関する情報発信

(対地域リーダー)

- 1) 連携する部署：地域活力創生部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：普及啓発機能
- 3) 目的：地域のリーダー層における地域包括ケアや認知症に関する理解促進。
- 4) 連携の意義：地域活力創生部の協力を得ることで、将来、協力いただきたい地域をよく知るリーダー層に地域包括ケアシステムを効率的に紹介可能になる。
- 5) 直近の見通し⇒市政研修会において情報発信を行う。

【連携案6】自治会等への出前講座（対一般市民）

- 1) 連携する部署：市長公室、地域活力創生部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：普及啓発機能
- 3) 目的：一般市民との対話の機会を持ち、地域包括ケアや協働する取組のすそ野を広げる。
- 4) 連携の意義：地域活力創生部の協力を得ることで、地域の課題やその対策としての地域包括ケアシステムを地域市民に直接紹介する機会となる。
- 5) 直近の見通し⇒出前講座実施に向け、検討を進める。

【連携案7】まごころ収集と連携した日常的な介護予防の展開

- 1) 連携する部署：市民部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：まごころ収集業務と連携した介護予防の提案
- 3) 目的：利用者側で可能な工夫を通じ、まごころ収集業務の継続を担保する。
- 4) 連携の意義：毎日ゴミを少しずつ玄関先に出しに行く等の利用者側の工夫が介護予防につながる。
- 5) 直近の見通し⇒利用者側の工夫について業者がどこまで対応可能か、検討・調整を進める。

【連携案8】認知症支え隊を活用した日常的な介護予防

- 1) 連携する部署：市民部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能：介護予防に資する日常行為の提案と奨励
- 3) 目的：認知症高齢者宅に電話をかけ、家庭ごみが屋内に無用に溜まる事態を防ぐ。
- 4) 連携の意義：記憶力の低下を認知症支え隊による電話サービスによって、市民はこれまで通り地域のルールに沿ったゴミ出しが継続しやすくなる。市民がルールに沿ったゴミ出しを継続できれば、市民が高齢化しても、まごころ収集業務を円滑に進めやすくなるものと期待される。
- 5) 直近の見通し⇒現在養成中の認知症支え隊の活動として実現可能か検討を進める。

【連携案9】高齢者による安全の見守り活動と介護予防の連携

- 1) 連携する部署：教育振興部及び地域包括ケア推進課

- 2) 機能 : 施策や取組のアウトプットの見える化
- 3) 目的 : 介護予防の一環として社会参加している高齢者数の統計的な把握。
- 4) 連携の意義 : 高齢者が社会参加する意義は多義的で多様なメリットがある。高齢者の社会活動を多面的に捉えることで、社会参加の意義を豊かに評価することに繋がる。また、参加する高齢者数を把握することによって、例えば、地域目標の設定や現状把握の参考となる。
- 5) 直近の見通し⇒コンスタントに見守りに参加している人数について把握。

【連携案 10】 いこま寿大学実務講習における新規講座の実施（地域包括ケア）

- 1) 連携する部署 : 生涯学習部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 地域包括ケアに関する学習機会の提供
- 3) 目的 : 地域のなかで協働して地域課題を解決する未来像を学び考える機会の創出。
- 4) 連携の意義 : 受講する市民が、地域包括ケアの概念を学び、また、この概念はこれまで生駒市が取り組んできた市政と同じ方向であること、協働を通じて安心して暮らせるまちづくりを目指していることを広く学習する機会となる。
- 5) 直近の見通し⇒平成 30 年度以降の講座実施に向け調整・検討を進める。

【連携案 11】 いこま寿大学実務講習における新規講座の設置（老い支度講座）

- 1) 連携する部署 : 生涯学習部、消防本部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 長寿化社会における老い方に関する学習機会の提供
- 3) 目的 : 長寿化する中で自身が納得できる老いを迎えるために学び考える機会の創出。
- 4) 連携の意義 : 個人の長寿化とまちの高齢化に伴い、まちのあり方も問われ始め出したなかで、市民が老いと自分の暮らしに向き合う機会となる。
- 5) 直近の見通し⇒平成 29 年度から新規講座を実施予定。

【連携案 12】 講師等の募集に関する連携（支え手づくり）

- 1) 連携する部署 : 生涯学習部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 地域包括ケア推進課・高齢施策課のネットワークを活用したより効果

的な人材の発見。

- 3) 目的 : 講師として活躍いただける人材の発掘と場の提供。
- 4) 連携の意義 : 地域包括ケア推進課・高齢施策課のネットワークを通じ、広く講師募集を呼びかける。
- 5) 直近の見通し⇒H29 実施予定のサマーセミナーについて、講師募集を実施。

【連携案 1 3】第 6 次総合計画策定業務

- 1) 連携する部署 : 市長公室及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 本市における地域包括ケア推進の公式化。
- 3) 目的 : 部署間の協働をより実行しやすくすること。
- 4) 連携の意義 : 本市が重視する主体参加や参画・協働等を高齢施策から促進する。市民の高齢に伴う課題解決の効率的な解決と必要な対応へ繋ぎやすくなる。
- 5) 直近の見通し⇒計画策定過程において、高齢化率等を勘案するとともに、地域包括ケアの概念を取り入れる。

【連携案 1 4】店舗の認知症サポーター養成講座の受講促進

- 1) 連携する部署 : 地域活力創生部、生駒商工会議所及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 啓発機能
- 3) 目的 : 認知症の方が安心して買い物しやすくなり、店舗側は落ち着いて対処しやすくなる。
- 4) 連携の意義 : 高齢施策に蓄積した知見を効率的に経済振興側に移転しやすい。
- 5) 直近の見通し⇒平成 28 年から店舗向け認知症サポーター養成講座を実施しているが、引き続き、経済振興課、生駒商工会議所と連携して、企業・店舗の受講に向けた普及・啓発を実施する。

【連携案 1 5】市民協働との連携（マイサポいこま等）

- 1) 連携する部署 : 地域活力創生部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 互助の場づくりに対する経済的補助。
- 3) 目的 : 主に高齢施策の範囲において、市民が主体的に活動の場や拠点づくりを実現しやすくする。

- 4) 連携の意義 : マイサポいこま等の利用活性と高齢施策における課題解決に繋がる活動の創生や既存活動の拡大。
- 5) 直近の見通し⇒今後、前向きに検討する。

【連携案16】あいサポーター（障がい者サポーター）研修と認知症サポーター養成講座の連携による受講促進

- 1) 連携する部署 : 福祉健康部及び地域包括ケア推進課
- 2) 機能 : 啓発機能
- 3) 目的 : 連携して啓発することによる受講者数の増加。
- 4) 連携の意義 : 障がい部門と高齢部門双方のネットワークを活用することにより、広く受講を呼びかける。
- 5) 直近の見通し⇒連携に向け、前向きに検討する。

以上