

佐々町の介護予防の展開から  
高齢者保健事業等との一体的推進  
に向けて

佐々町役場 住民福祉課  
地域包括支援センター  
保健師 江田



# 佐々町概要 (H30年10月現在)

## 介護保険被保険者数

町全体人口	13,915 人
町内世帯数	5,865世帯
65～74歳人口	2,002 人
75歳人口	1,758 人
高齢者合計	3,760 人
高齢化率	27.0 %
一人暮らし世帯	542 世帯
高齢者のみ世帯	961 世帯

} 全世帯数の  
25.7%

## 地域包括支援センター職員配置

職種	人数
保健師	2
主任介護支援専門員	3
社会福祉士	1
介護支援専門員	2
介護認定調査員	3
計	11

## 介護認定状況(第一号被保険者)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	43	37	128	85	70	80	71	514
割合(%)	8.4	7.2	24.9	16.5	13.6	15.6	13.8	100



## 佐々町の高齢者支援における取組み

住み慣れた地域で過ごして頂くために、必要な人には必要なだけの介護サービスを十分に利用してもらいたい  
佐々町住民の保険料が必要な人に適切に使われているか、現在のサービスは権利尊重だけのサービス支援になっていないか  
介護保険法第4条 国民の努力及び義務の再確認  
「できない事の支援」ではなく「できている事の継続や改善可能な部分の支援」へのこだわり  
多様化する高齢者ニーズに介護保険制度だけでは対応できない  
自立となったのちも不安なく在宅で過ごせるための地域支援体制の整備が必要

### 給付の適正な利用

- \* 認定率を2015年までに国平均レベルに近づける  
(軽度者数減を指標に!) = 自立した高齢者割合の増加
  - \* 要介護2~5の施設・居住系サービス利用者割合の減を目指す  
= 在宅生活者割合の増加
1. 介護認定新規申請事前点検の徹底  
(介護保険制度・地域支援事業の説明)
  2. 認定者でサービス利用のない方への訪問活動
  3. 『地域ケア会議』における自立支援型ケアマネジメント支援と給付適正化事業を実施(毎週1回)
    - 生活行為評価導入
    - 介護サービス利用に関して廃用症候群・認知症の予防・改善に重点を置く

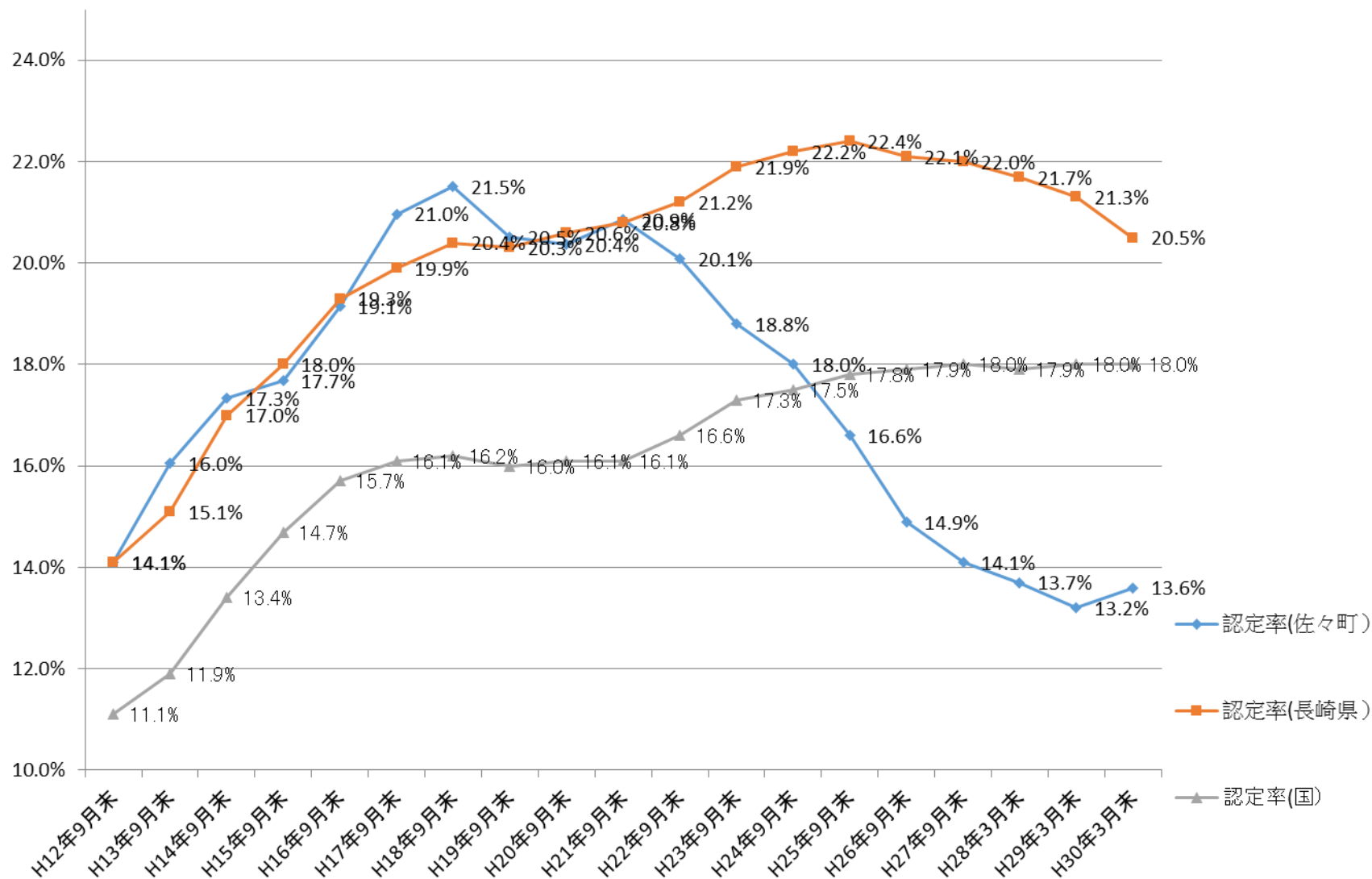
### 介護予防を含む地域支援体制の確立

- \* 75歳以前からの介護予防(身体機能維持・認知症予防・閉じこもり予防等)が重要
  - 佐々町の介護保険制度の現状とビジョンを伝える出前講座
  - 地区集会所を活用した介護予防活動の推進・介護予防ボランティア育成
  - 団塊の世代を対象とした『地域デビュー講座』
  - 総合福祉センターを活用した介護予防事業のメニューの拡大
- \* インフォーマルサービスの確立・推進
  - 「こんな支援があれば、まだ在宅ひとり暮らし大丈夫！」というような支援体制の確立(見守り・生活支援など)
- \* 認知症になっても安心して過ごせる地域づくり
  - 認知症サポーター養成、全町内会へ
  - 町立診療所(神経内科)と密接な連携
- \* 地域力の向上
  - 高齢者見守りネットワーク情報交換会(毎年全町内会32ヶ所)
  - 地区割り担当制の導入
  - 住民主体の通いの場づくり

【将来のビジョン】

「住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい」そんな願いを叶える、  
地域で支えることによって安心して過ごせるまち、佐々町を目指します！

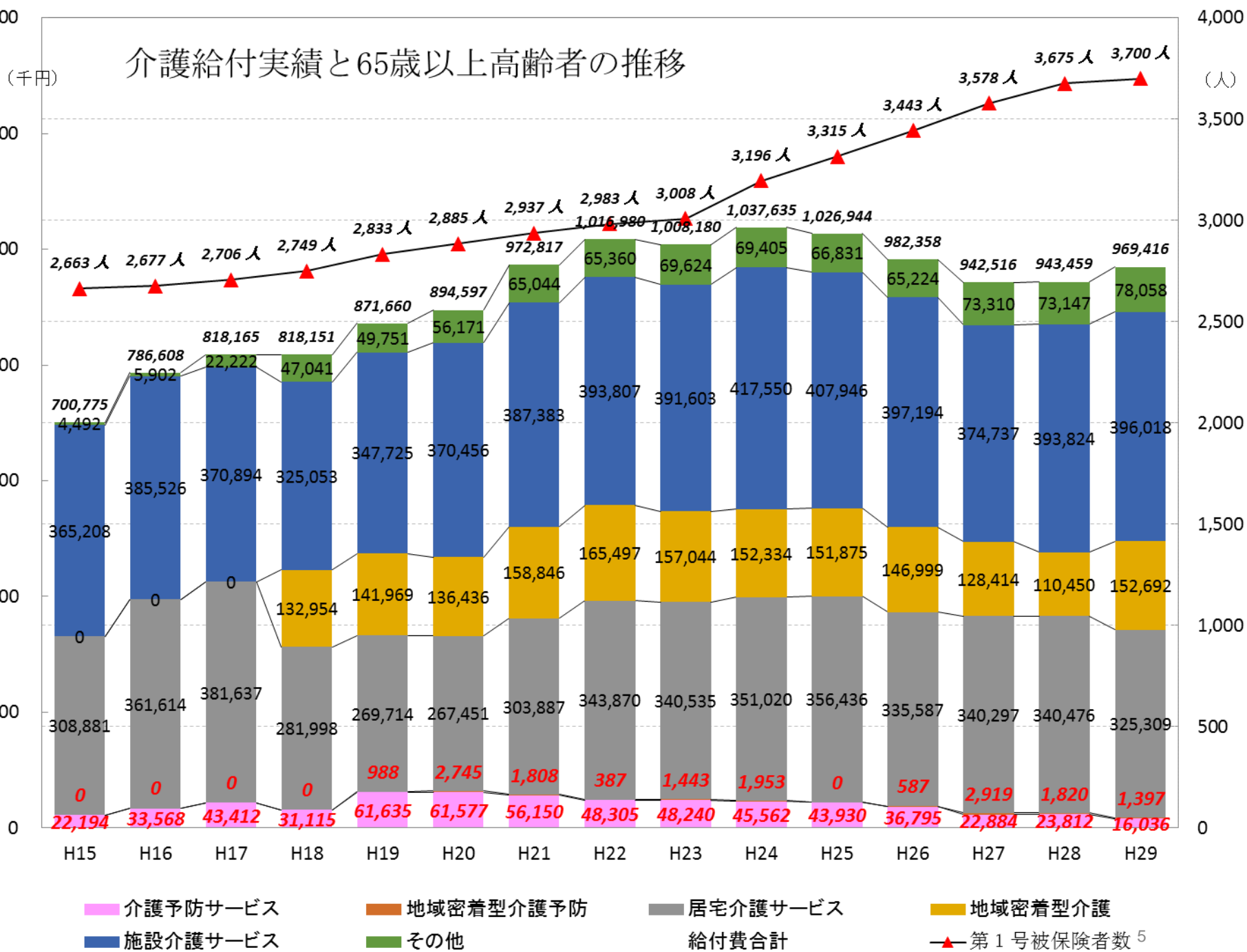
# 平成12年度からの認定率の推移



# 介護給付実績と65歳以上高齢者の推移

(千円)

(人)



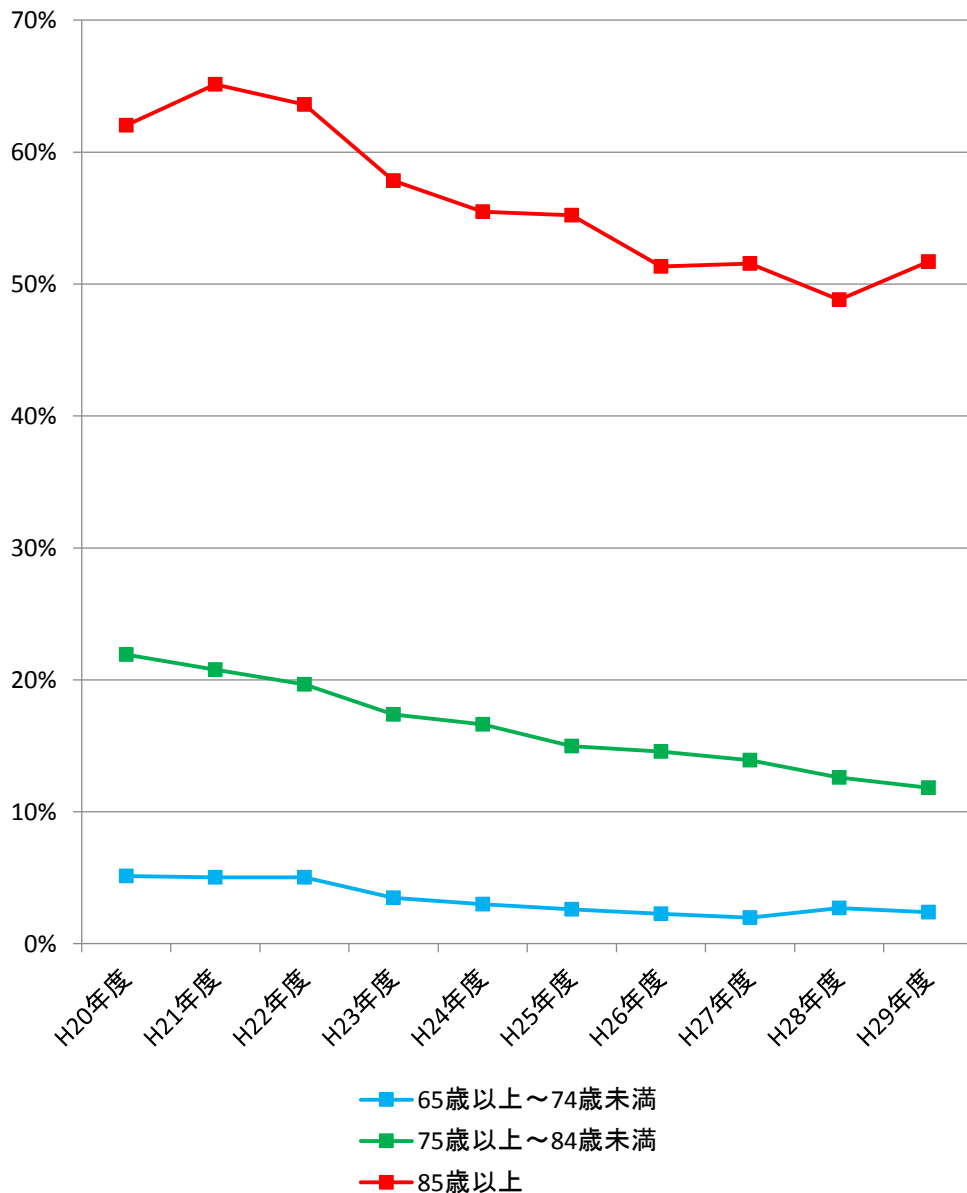
介護予防サービス  
施設介護サービス

地域密着型介護予防  
その他

居宅介護サービス  
給付費合計

地域密着型介護  
第1号被保険者数<sup>5</sup>

## 佐々町 介護保険要支援・要介護認定率【年代別推移】



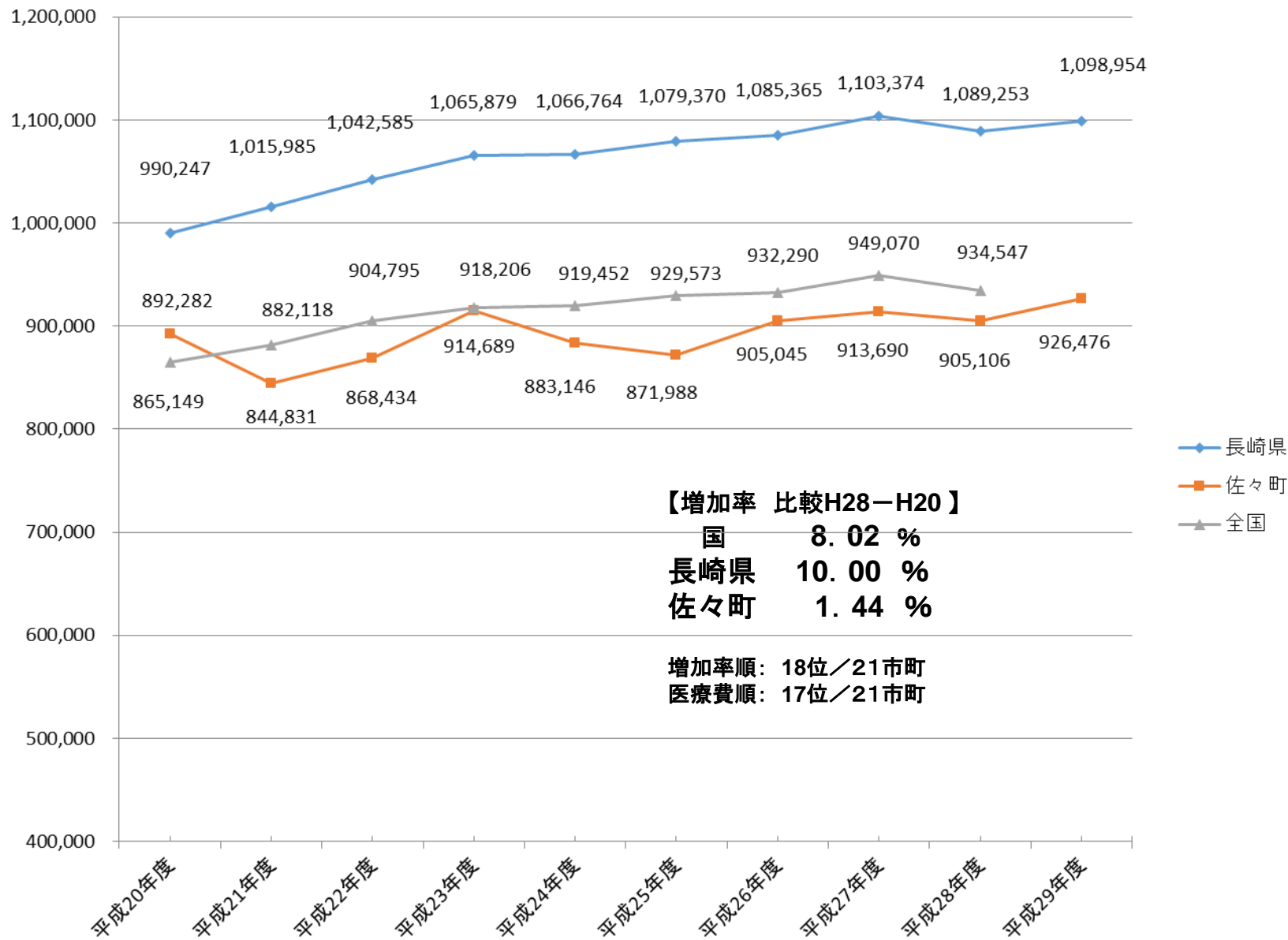
	65歳以上～74歳未満	75歳以上～84歳未満	85歳以上
H20年度	5.1%	21.9%	62.0%
H21年度	5.0%	20.8%	65.1%
H22年度	5.0%	19.7%	63.6%
H23年度	3.5%	17.4%	57.8%
H24年度	3.0%	16.6%	55.5%
H25年度	2.6%	15.0%	55.2%
H26年度	2.3%	14.6%	51.3%
H27年度	2.0%	13.9%	51.6%
H28年度	2.7%	12.6%	48.8%
H29年度	2.4%	11.8%	51.7%

### 【年代別認定率】

**65～75歳** 4.2%  
**75～85歳** 19.2%  
**85歳以上** 59.5%

厚生労働省 介護保険事業状況報告  
 (平成30年4月)

# 後期高齢者 1人あたり医療給付費の推移



# 1. 介護認定新規申請事前点検の徹底 (介護保険制度・地域支援事業の説明)

## 介護認定申請の窓口は・・・

申請受付窓口ではない、あくまで介護相談窓口である。

生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極める。后者であれば、地域包括支援センターにつなぎ、訪問。介護予防事業へと展開する。(介護通所サービス希望であっても軽度の方には、介護予防教室の体験を優先的に薦めるなど)

介護保険事務班と地域包括支援センターにおける  
目標・具体策に向けた連結した取り組みの徹底



## 2. 認定者でサービス利用のない方への訪問活動

- サービス利用ない方の割合・・・2割も

なぜ、サービスを受けないの？

なぜ、認定申請をするの？

認定調査費用、一件あたり1.2万円近くかかるんだけど・・・

訪問で実態把握してみると・・・

介護者が受けさせない・・・虐待？

経済的に無理

なにか頼りたいんだけど、サービス利用しても・・・

念のため。お守り代わり。

いざという時のため。ひとり暮らしは不安でね・・・

サービス利用していない方＝サインを出している方には、地域包括支援センターが向き合わなくてはいけない様々な問題があった。

介護認定者と一般高齢者との間に隠れてたこの方々にしっかり関わっていくことが、介護予防や適切な支援へとつながる。

不安から介護申請に至るケースには定期訪問による介護予防を兼ねた見守り支援が重要！

### 3. 『地域ケア会議』(H22年～)における 自立支援型ケアマネジメント支援・生活行為評価導入

- ◆「生活行為復活」に向けての意欲目標の設定
- ◆「何をしてほしいですか」→「何ができるようになりたいですか」
- ◆「期間的自立支援」か「永続的自立支援」の判断
- ◆「切れ目ない支援」を目指す地域包括ケアの実現

介護関係者のスキルとは・・・

介護の専門化として、将来を予測し、  
自立支援に向けての目標設定・方法を提案できること。

要望解決型プランでは意味がない。

『地域ケア会議』は、保険者と介護関係者がチームとなり、  
自立支援と地域包括ケアへの方向性を見出し、確認し合う場。

**\* その後の本人・家族への合意形成能力も重要！**

介護状態になら  
れる前の地域で  
のお姿、そして  
可能性は！

GH入所後も、  
以前楽しんでい  
た地域のサロン  
に通えないかな

医療側へ、認定  
申請時期の再認  
識必要では

給付適正の意  
味合いが強ク  
なることも・・・

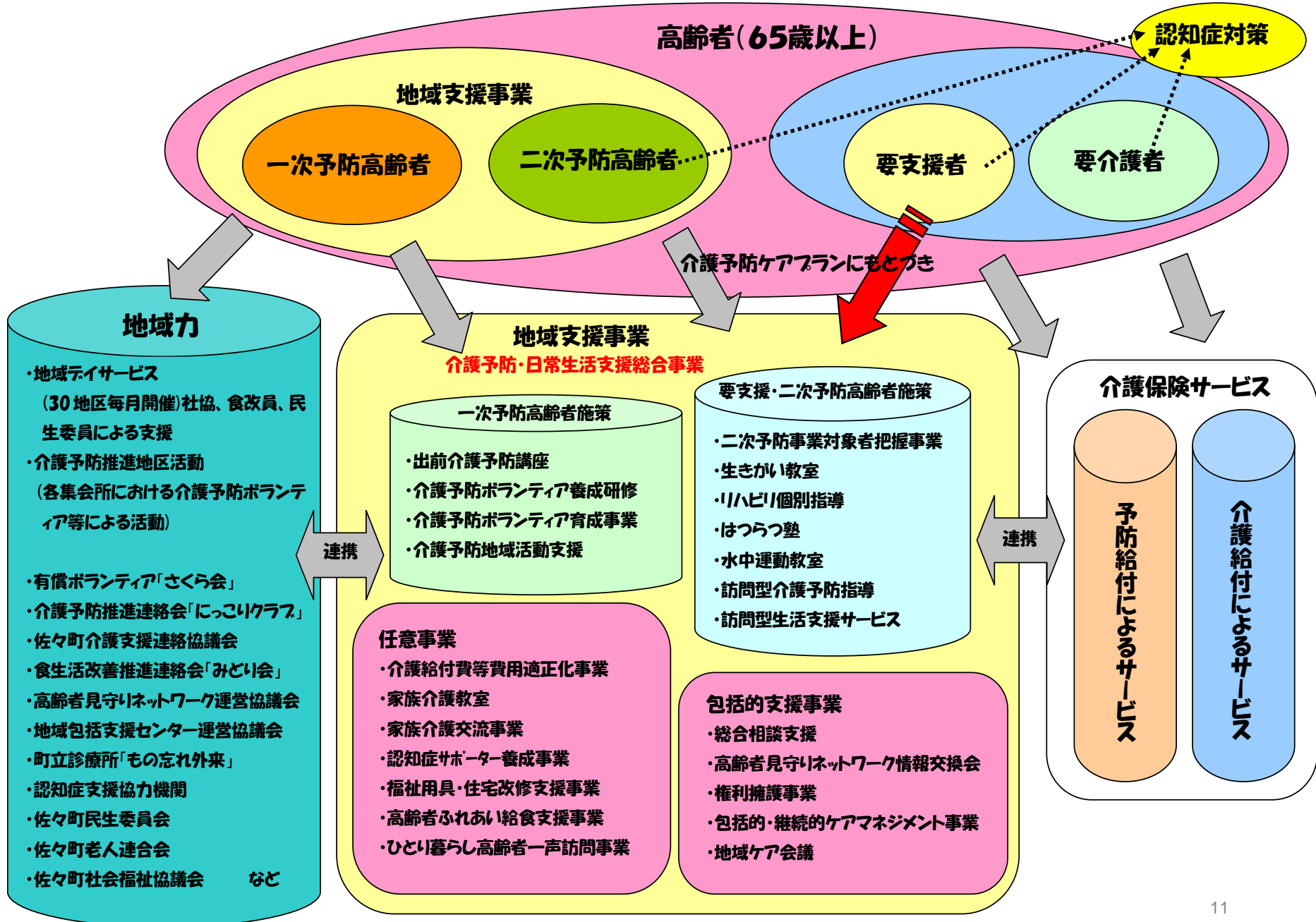
事業所のうり  
の再発見！

本人の希望どおり、買い物をでき  
ることを目標にしています！  
以前、金銭管理ができず、タク  
シー会社に滞納が・・・  
目標設定検討しましょうか。

この場で解決  
策出ない時は  
地域支援会議  
にかけてみよう

何年もかけて夫・ヘルパーに  
依存、通所は嫌！身体機能  
はなるがまま落ちている。  
長年、放置してきたこの状態  
を、どこから打開していくか。  
みんなあきらめていた・・・

# 佐々町の高齢者を支える地域支援体制図





# 地区集会所における 通いの場(町内20か所)

毎週1~2回

体力づくり・語らい・助け合い

地域はみんなを待っている!

- ☆いきいき百歳体操
- ☆スクエアステップ
- ☆脳レクレーション
- ☆手作業 など

介護予防に効果のある  
人気メニューを取りそろえています。  
生き生き元気になる方、続出です!  
ぜひ、体感してみてください。



# 介護予防推進連絡会

## 《課題・問題点》

- ボランティアの介護予防推進への意欲の継続
- 地域活動メニューのマンネリ化 …… 参加継続につながる内容伝達
- ボランティアへ継続的・定期的活動支援
- 地区の活動評価必要



## 長崎県介護予防フォーラム参加

### 介護予防推進連絡会(毎月1回定期開催~H21年2月より)

【目的】介護予防ボランティアをはじめとした関係者間が相互に連携し、情報交換および介護予防に関する知識の習得を行い、地域における介護予防の推進を図る。

- ミニ講話・新規メニュー紹介(運動/脳レク/手芸など)
- ◎各地区の情報交換・活動報告



## いきいき百歳体操のはじまり(H27年~)

\* いきいき百歳体操のはじまりで、活動地区が増えたことにより、定例会から年数回のリーダー会合に切り替え、現在は全体交流会の企画など、佐々町全域における介護予防の推進に力を入れている。

\* いき百立ち上げ支援セラピストも合同参加!



# 訪問による介護予防指導

【地域リハビリテーション活動支援事業】

初期の段階における生活動作確立のための  
専門職による生活環境や生活動作への介入の重要性！



- ① 玄関:L型手すりの設置。踏み台の設置。  
場合によっては、両サイドの手すりの設置も検討。
- ② 台所:認知症のため鍋焦し、火災の心配がある。介護ボランティアの方と電子レンジでの調理に挑戦。
- ③ 寝室兼居室:布団からベッドへの提案。  
立ち上がり用の手すりを設置。



# 佐々町の介護予防

## 地域優先！住民主体！



# 元気カフェ・ぷらっと

☆昼食 350円

☆フリードリンク 100円 等

語らいもよし、昼寝もよし、その他手作業・カラオケ・室内グランドゴルフなど

あたたかい雰囲気の中、人と人が寄り添い語り合う、ほっとくつろげる場  
ぷら~っと寄って見てください。  
みんなの笑顔があなたを待っています。



事業の目的及び必要性

年齢・障がいの有無を問わず、それぞれの生涯現役を目指す、また人と人とのつながりの場を通じて支え合う地域づくりの貢献に寄与する。

対象者

どなたでも

事業内容

福祉センター2階ロビー及び和室にて、コミュニティカフェを展開することにより、下記内容を目的とした活動を行う。

- ①誰でも気軽に利用できる寄り合いの場の提供  
\* 和室において、運動や趣味活動による介護予防活動を行う。
- ②住民同士の支え合い活動  
\* サロンにおいては、サービスを利用する側、提供する側の双方における支え合い活動とする。困りごとには訪問による生活支援を行う。
- ③世代間交流のきっかけとなる活動  
\* 定期的なイベントやワークショップを開催することにより、地域づくりにおける興味や関心を広げ、新たな活躍者を発掘する。
- ④関係機関と連携した総合相談  
\* 様々な団体とネットワークをつなぎ、問題解決の糸口となる活動を行う。

実施場所

福祉センター2階

実施予定時期・頻度

平成28年6月1日開始

実施体制

実施主体：佐々町元気カフェ・ぷらっと 会員45名  
連携支援：食生活改善推進協議会・社会福祉協議会  
老人福祉施設虹の里・老健施設煌きの里・小規模多機能施設笑福

効果・目標

高齢者や障がい・介護の有無を問わず、誰もが生涯現役の生きがいを感じられる活動の場をつくり、また、誰もが安心して集うことができる居場所をつくることで、町民が未来に明るい希望を持ち、笑顔で幸せを感じられる拠点をつくと共に、移住・定住の促進を図る。

この拠点における取り組みが地域に広がっていくことで、町民みんなで支え合い助け合い、世代間の交流をしながら、地域の課題を地域で解決していく、持続的な地域づくりに資することを目標とする。



# 積極的な介護予防が必要な高齢者の把握

- ①介護認定申請窓口または認定結果より
- ②もの忘れ外来はじめ町内医療機関より
- ③高齢者見守りネットワーク情報交換会
  - ・地域デイサービスなどの地域活動からの情報
  - ・民生児童委員等の訪問活動からの情報
  - ・地域のボランティア等による見守りからの情報
- ④佐々町の高齢者支援体制の応援者のみなさんより随時



地域包括支援センター訪問



介護予防事業へ

# 高齢者見守りネットワーク情報交換会（H23年～）

町内会長会・民生児童委員協議会や老人クラブ連合会・福祉協力委員等と連携を図り、高齢者支援に関する情報交換会を定例（各地区年1回）で行い、日頃の支援体制の強化を図る。

個の支援 ⇒ 地域づくり

点の支援から、  
線の支援・面の支援  
へ！

地域づくりのきっかけの場



愛犬もも  
が..

ありや、こないだ  
見かけたばい！

# 地区割り担当制の導入(H25年～)

地域住民のやる気に十分に responding していくために！

7人の職員で32か所を、  
高齢者人口の同等規模を分けて受け持つ。

「高齢者は変化しやすいのが特徴」  
「住民は縦割りではない」

- 初期の段階での問題解決に大きな効果
- 職員の地域づくりへの自覚が芽生えた。  
各職員が個の支援から地域づくりを考えるようになった。
- 地域づくりに関与し地域力を体感することにより、地域住民への尊敬の念がより一層深まった。

地域によって職員が育つ

- 高齢者見守りネットワーク情報交換会
- 総合事業対象者・予防給付利用者のプラン作成はもちろん
- ケアマネ支援
- イキイキ百歳体操支援
- 担当地区の相談はなんでも対応

など

「生活支援コーディネーター的役割」

町内会長さんや民生委員さん、地域の方々としっかりつながってます。

「私がこの地区の担当です。」

まかせて下さい(\*^\_^\*)」



# 多機関連携協働による 包括的支援体制構築

- ・平成30年度より、社会福祉士を相談支援包括化推進員として配置。
- ・認知症、障害、育児、介護、生活困窮など・・・  
相談者本人だけでなく世帯全体の複雑化かつ複合的な問題に対して、障害部門、母子保健部門、精神保健部門、社会福祉協議会、福祉事務所、保健所、教育委員会、学校関係者、民生委員等の相談支援機関との連携のもと、**多機関連携協働地域ケア会議**を実施。会議で検討された内容をもって、相談支援包括化推進員が中心となり、関係機関の役割分担のもと、課題解決を図る。

従来の「**縦割り**」ではなく、  
「**横断的**」な支援で効果的解決を目指す！

個別ケア会議  
(年12回)

《第2層協議体機能》  
高齢者見守りネットワーク情報  
交換会 & 地域デイサービス  
(32カ所)

多機関連携ケア会議  
(年12回)

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

課題を整理・集約

【介護者】  
介護者の会  
(年12回)

【住民ボランティア任意団体】  
元気カフェぷらっと連絡会  
(年12回)

【介護予防ボランティア】  
介護予防推進連絡会  
(年3回)

《第1層協議体機能》  
佐々町元気高齢者による地域  
づくり及び高齢者見守りネッ  
トワーク協議会(年数回)

地域づくり・資源開発機能

【介護事業所】  
地域支援連絡会  
(年12回)

【庁内外福祉関係者】  
地域福祉連絡会  
(年4回)

【庁内健康づくり関係者】  
健康づくり連絡会  
(年12回)

\* 地域全体の課題や  
強みをそれぞれの会  
で共有。解決できるこ  
とは即検討・実践。  
できない部分を各会  
より政策・提言する。

地域福祉計画

介護保険事業計画

政策形成機能

地域が見えてくる ・ 関係者の役割が見える ・ 顔なじみになる etc

## 地域ケア会議をきっかけに、様々なことが動き出す

● 高齢者見守りネットワーク情報交換会  
(H23年～)  
• 地域に入ること  
で高齢者以外の  
様々な問題が見  
えてくる

### ● 多機関連携地域ケア会議を開始

(H30年5月～)  
• 地域に埋もれてい  
たケースの共有  
化を図る  
• 関係機関のお互  
いの役割が見え  
てくる

● 社協が高齢者見守りネットワーク情報交換会に包括センターといっしょに出かけるようになる

(H30年9月～)  
• それぞれの役割を  
持って解決が進む  
• 地域の課題をいっ  
しょに体感できるよ  
うになる  
• 地域づくりへのお互  
いのイメージを共有  
しやすくなる

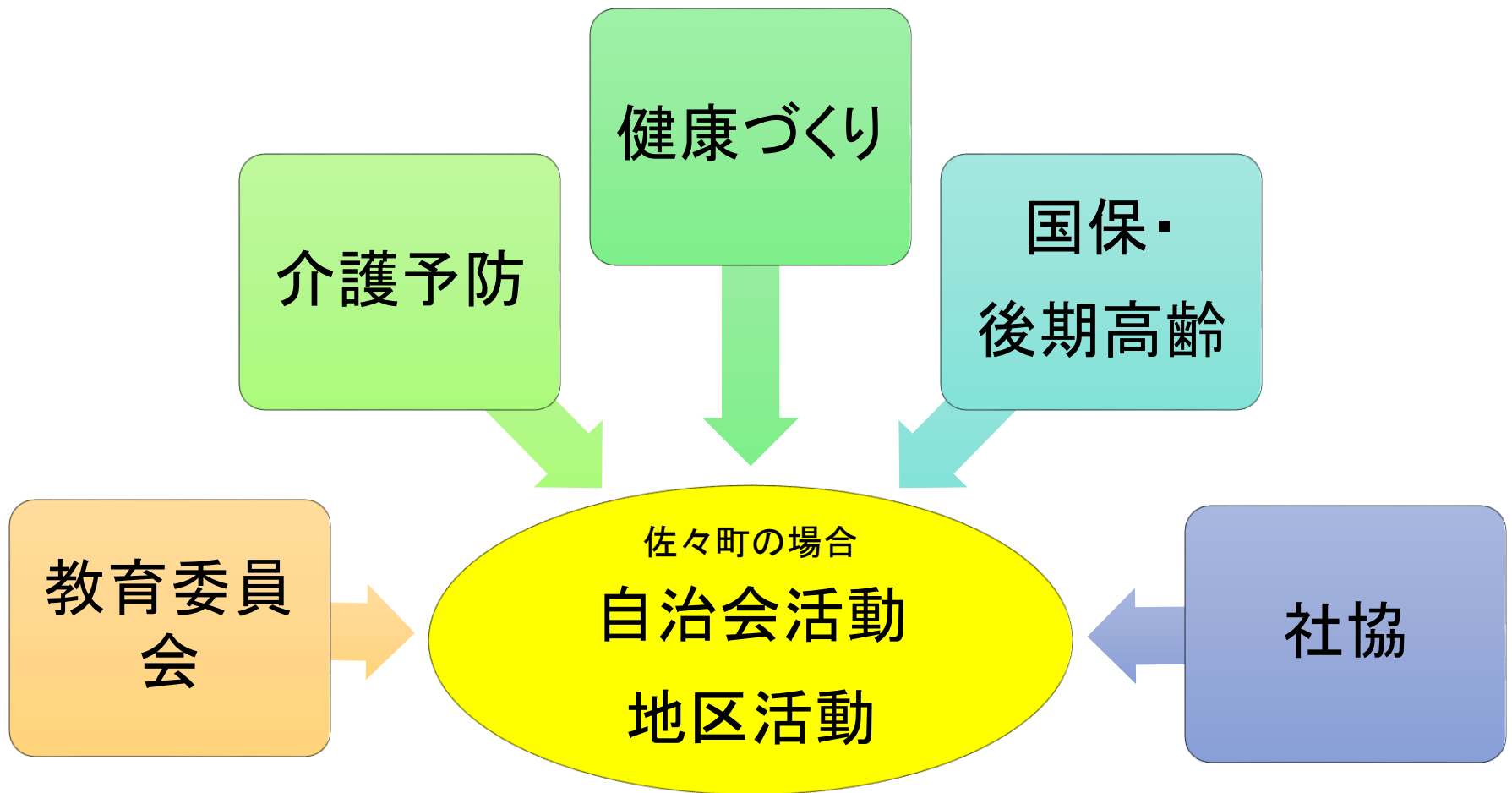
● 社協や健康センターなどの関係機関と夢を語れるようになる

(H30年12月～)  
• 協働による新たな活  
動が始まる

● 地域共生社会の実現

何の為に地域ケア会議を行いますか。

佐々町は  
「住む地域がイメージでき、人や組織が一つになる」  
ことを目的に地域ケア会議を行っています。



『変わらぬ場所に、力強く、根を張ってきた存在があった』

総合事業は地域力を強化していくもの。介護予防の展開、地域ケア会議に地域が参加することによって、地域が自立し、頼れる存在となっていた。

地域づくりを目指して、行政が関わる時、地域にとって、分かりやすく、効率よく入るべき。  
しっかり目標を統一し、連携した動きを地域は待っている！

各部署が協働するにあたって  
大切にしていること

