

地域包括支援センターにおける
実践事例

Memo

事例一覧

事例番号	事例タイトル	事例の概要	連絡先
1	ケアプラン相談会を通じた地域課題の抽出 (青梅市)	今の包括にやれることは何かという視点で検討し実施。困難事例等で悩んでいるケアマネを対象として、月1回開催、事前の資料提出なし、負担感なしでポジティブな取組。初めて参加する人は次回は他の人を誘うことをお願いした結果、数人を除いてほとんどのケアマネが次から次と楽しんで参加。輪はサービス事業者にも拡大。今では月6～8回も開催。介護保険の適正化に取り組んでいる。	東京都青梅市地域包括支援センター すえひろ 水村美穂子
2	支え合い、課題解決のできる地域へ (石川県津幡町)	行政が把握するニーズと地域包括が総合相談でキャッチしたニーズをふまえ、制度やサービスの狭間にある課題にも対応し、どんな状態になっても暮らし続けることのできる地域づくりをめざす。その為に必要な様々なレベルのネットワークを形成し地域と行政と専門機関が協働して地域生活を支える仕組みの構築を目指す。特に総合相談において、家族や地域のアセスメントをジェノグラム、エコマップ、地域マップなどのツールを使い、その人が地域でと暮らす人としての課題整理ができるよう工夫をしている。	石川県河北郡津幡町地域包括支援センター
3	地域診断における課題の抽出 (鳥取県琴浦町)	介護予防が必要な者を早期に発見するため「高齢者健康実態調査」を、老人クラブの活動活性支援も兼ね、老人クラブ役員に調査票の配布と回収を依頼し、高齢者4,827人に調査を実施。その結果、老人クラブでは90.6%を回収(全体の回収率は89.9%)した。 この成果により、介護予防事業の立案、事業計画の策定が円滑に推進中。	鳥取県東伯郡琴浦町地域包括支援センター 藤原 静香
4	「地域包括ケアにおけるネットワークの方法」 (全国地域包括・在宅介護支援センター協議会)	地域包括支援センター及び在宅介護支援センターの重要な事業であるネットワークの事例を集積し、その現状、ネットワークの内容、構築パターン、構築プロセス、課題などについて調査研究事業を行い、ネットワークの構築に関して汎用性のある「策定方法」を紹介。	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 西元 幸雄
5	地域包括支援センターの調査研究から見てきたもの (全国保健センター連合会)	地域包括支援センターを通じた地域の実態調査を実施。 20' → 特定高齢者のケアマネジメントの現状や課題、工夫及び今後の対策を検討 21' → 介護予防に参加した人、不参加の人の意識の違いを分析し、サービス利用を左右する要因を解明する	社団法人 全国保健センター連合会 村中峯子
6	ケアマネジメント力向上策～地域資源マップづくりと退院支援システム～ (日本介護支援専門員協会)	地域資源マップの作成を目的とせず、マップを作ろうとしている地域に作成メンバーが数名でチームを組んで実際に出向き、現地や資源を確認したり、資源の関係者に出会い、作成のプロセスを地域のネットワークづくりとして活かす試み。 そして、医療ニーズがある重度な方を、24時間365日、地域で支えるための退院支援の充実を図に関する調査結果の報告。	社団法人 日本介護支援専門員協会 森上淑美
7	企画シートの活用 (日本福祉士会)	地域包括支援センターの業務を推進する上で、センターとして何をしなければならないのか、その方向性を把握した上で、組織体としてどう動くべきかを明確化し、組織内合意や行政への提案等を行っていくためのツール(工夫)となるもの。	社団法人 日本社会福祉士会 塚本 鋭裕

ケアプラン相談会を通じた
地域課題の抽出

Memo

ケアプラン相談会を通じた 地域課題への取り組み

～包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実践例の紹介～

東京都青梅市地域包括支援センター すえひろ



東京都青梅市の概要

- 人口 13万9,902人(H22年9月) 65歳以上 3万269人
- 高齢化率 21,64%
- 介護保険料 基準額 3,400円(月額)
- 地域包括支援センター 3カ所(直営1カ所、委託2ヶ所)
- 特養 24ヶ所 養護 2ヶ所 老健 2ヶ所
療養型病院 5ヶ所 精神科病院 8ヶ所
グループホーム 4ヶ所(8ユニット)
- 小規模多機能型居宅介護 2ヶ所
- 居宅介護支援事業所 22カ所(1人事業所15ヶ所)
(ケアマネジャー総数42名)

市内の特徴

- ・療養型医療施設・精神科病院・グループホームが多いため、認知症や医療依存度が高い人の受け入れ先が多い。
- ・そのため、急性期病院からの退院は自宅ではなく転院が多くを占めている。
- ・介護老人福祉施設が多いため、施設を選ばなければ当日の午後からでもショートステイの利用が可能。
- ・要介護3以上の方の入所待機期間が短い。

「ケアプラン相談会」の提案から実施まで

1. それぞれの担当地域から見えてきた課題を、3包括主任ケアマネジャーで協議し、課題を共有。
2. 地域ケア会議の提案を行ったが、開催方法が良くわからず見送り。
3. 第4期事業計画の基本的な視点から「多様化する保健福祉 ニーズの把握と適正な支援」「ニーズの質の確保」「給付と負担のバランス」を生かした取り組み内容を検討。
4. まずは自分たちが取り組める内容を検討した結果、ケアプラン相談会の開催を立案。
5. 1～4を3包括所長会議で検討し、市の高齢介護課長および包括支援係長の承認を得て、H21年11月から開始となった。

3包括から「ケアプラン相談会」を提案した背景 担当地域から見えてきたこと その1

(傾向として以下のものがあげられる)

- ・ 施設に入所しやすいため、介護予防の認識が薄い。
- ・ 施設入所＝介護保険料が上がるという危機感が薄い。
- ・ 急性期病院から療養型病院に転院をする人が大半のため、医療と介護の連携がうまく図られていない。
- ・ 介護予防の認識が薄いため、通所サービスの利用目的は介護負担の軽減になっている。
- ・ 事業者も介護予防の認識が薄く、ケアプランと個別サービス計画書に一体感がない。
- ・ ケアプランが、サービスありきの計画になっている。
- ・ 3包括職員全員が、第4期事業計画の認識が薄かった。
- ・ 地域の課題を保険者に提案をする場がない。

3包括から「ケアプラン相談会」を提案した背景 担当地域から見えてきたこと その2

- ・ 複雑困難ケースが増え、ケアマネジャーに業務外の負担が大きくかかっている。
- ・ 包括支援センターの役割が重くなっている。
- ・ 地域のケアマネジャーからの相談について、各包括で対応していた。3包括で相談内容の情報を共有することがなかったため、市全体の集約がなされていなかった。
- ・ 居宅の主任ケアマネジャーの役割が見えない。
- ・ 特定事業所加算の事業所の役割が見えない。



個別相談対応ではない、多職種連携による支援方針決定の場の必要性

「ケアプラン相談会」の目的 ①

1. ケアマネジャー支援（個別相談への対応）
2. 自立支援型ケアプラン作成支援
（マネジメントの思考過程の訓練）
3. サービス事業者への支援
4. 医療との連携支援
5. 他の事業所のケアマネジャーとの、自主的なネットワークの構築支援
6. ケアマネジャーに業務外の負担がかかっているケースの発掘・支援



「ケアプラン相談会」の目的 ②

7. 居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーの役割の検討
8. 特定事業所加算の事業所の役割の検討
9. 各関係機関の役割の明確化
10. 3包括の主任ケアマネジャーのスキルアップ

開催方法

- ・ ケアマネジャーからの相談ケースを個別で対応するのではなく、ケアプラン相談会で意見交換することを市内事業者に対し、広く周知。

【開催頻度・時間】

開始当初は毎月第2水曜日と決め月1回実施。

1回の相談会は2時間程度

(現在は参加申し込みが多く、月8回程度実施)

【主催者】

包括の主任ケアマネジャー(3包括)

【参加者】

相談ケースのケアマネジャー、居宅の主任ケアマネジャー、3包括の保健師等・社会福祉士

サービス事業者、保険者、在支

【会場】

市役所会議室



特徴

- ケアマネジャーから書類の事前提出はなし。
相談会当日に利用者の記録のみ持参。
→ケアマネジャーの負担軽減のため
- 初回はケアマネジャー一人が参加しても、次回の申し込みには他の事業所のケアマネジャーを誘ってもらう。
→ケアマネジャー自ら他の事業所のケアマネジャーを誘うことで、ネットワークの構築を自ら行えるため。また、複数での参加をすることで、参加者の人数分視点が広がる。

開催結果 ①

- 保険者が必要性を理解し、随時参加。
- ケアマネジャーがケアプラン相談会への参加を楽しんでいる。
- ケアマネジャー自身、参加をするたびに能力が向上していくと実感してくれているため、口コミで参加者が広がってきた。
- 要介護3・4・5のケアプランも、自立支援型のケアプラン作成ができるようになってきた。
- H21年11月開催当初は月に1回だったが、現在は月に6回～8回の開催となっている。
- サービス事業者がケアマネジャーを誘っての参加も増えてきた。

開催結果 ②

- 特定事業所加算をとっている事業所が、困難ケースの受け入れを努力してくれるようになった。
- 青梅市主任介護支援専門員連絡会（居宅7名、包括3名）で、地域の課題抽出が行えるようになった。
- ケアマネジャーの、介護保険法第一条、第二条、第四条への理解が高まっている。

課題が見えて取り組んだ事 ①

1. 訪問介護による院内介助検討委員会の設立準備
(メンバー予定者) 居宅主任ケアマネジャー、包括主任ケアマネジャー、保険者、急性期病院2ヶ所の看護部長、訪問介護提供責任者、医師会長、透析クリニック代表者、高齢介護課長
2. ケース会議 (数回実施)
(参加者) 担当ケアマネジャー、生活保護ケースワーカー、保健所、健康課、子ども家庭支援センター、障がい者福祉課、3包括代表者、担当地区包括3職種、包括支援係、民生委員等



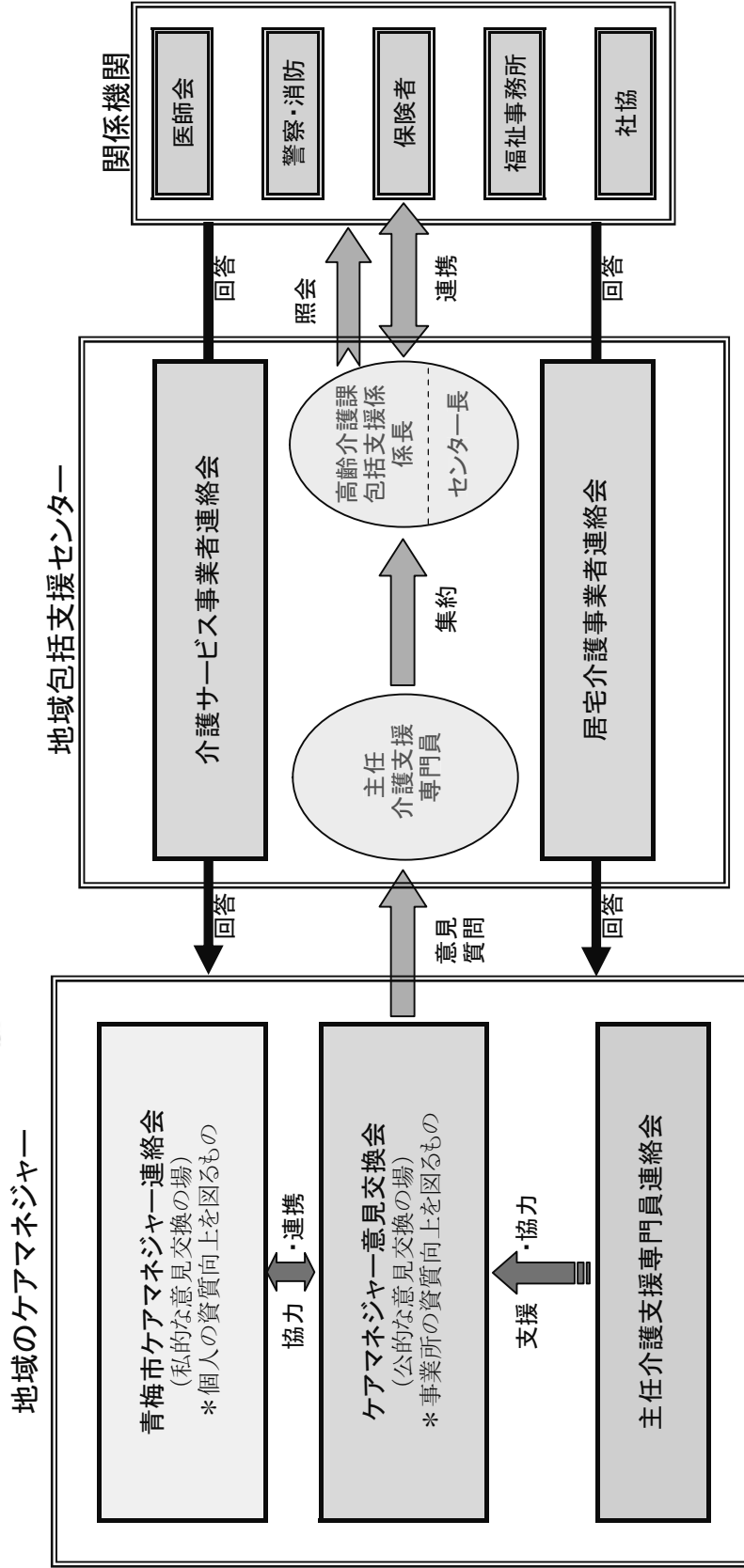
課題が見えて取り組んだ事 ②

3. 地域の課題に応じた研修会の実施。
4. 各関係機関と役割についての話し合い。
5. 介護従事者合同役員会を結成。
(参加メンバー) ケアマネジャー連絡会・提供責任者連絡会・通所サービス連絡会の会長・副会長、3包括主任ケアマネジャー
保険者 (参加を依頼中)

ケアプラン相談会を主催する側に求められるスキル等

- 介護保険法第二条の規定を理解し、市内の介護保険サービス利用者の重度化予防に資する自立支援型ケアマネジメントを推進するという使命感と自己研鑽意欲があること。
- ケアのマネジメントのプロセスとそれぞれの意義について理解し、説明できること。
- 相談事例に関する真の課題の明確化及び課題解決に向けた仮説構築に必要な基礎理論や個別知識を学ぼうとする努力姿勢があること。
- 真摯な取り組みにより信頼感を得ようとする努力を実践すること。

地域のケアマネジャー支援に係る体系図

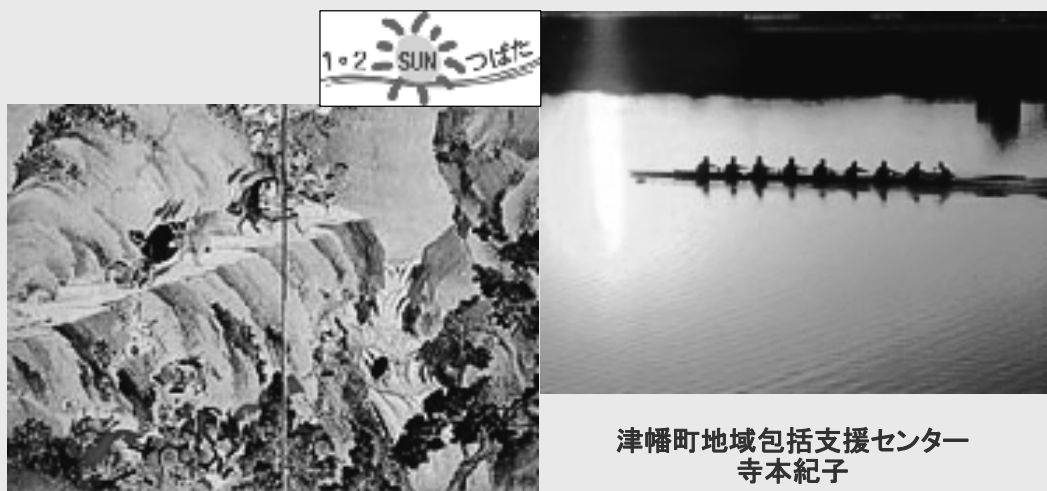


支え合い、課題解決のできる地域へ

Memo

支え合い、課題解決のできる地域へ

～津幡町地域包括支援センターの取組み～



津幡町地域包括支援センター
寺本紀子

津幡町の状況

人口 約37000人

高齢化率 津幡町18.2%(全国23%/石川県23.4%)

A地区(58.5%)B地区(30.5%)C地区(29.8%)D地区(20.7%)

E地区(17.9%)F地区(14.5%)G地区(12.9%)

後期高齢化率 津幡町8.9%(全国11%/石川県11.8%)

社会資源

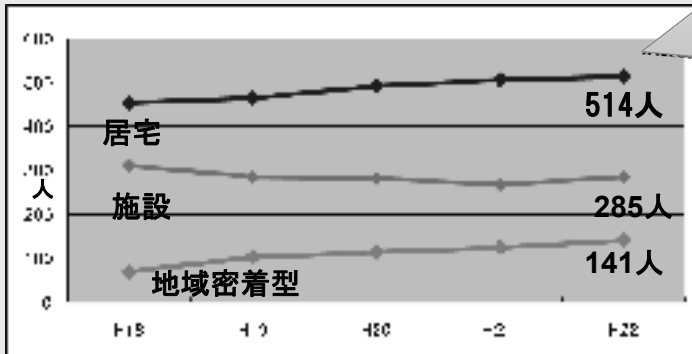
入所施設	特養2 老健1
地域密着	グループホーム9 小規模多機能1
通所	通所介護5 通所リハビリ1
訪問	訪問介護3 訪問リハビリ1 訪問看護1
医療	町立総合病院1 開業医11 歯科医17

【無いもの】

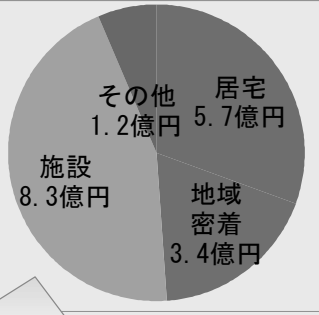
住まい 軽費老人ホーム 有料老人ホーム 高齢者専用住宅
医療 介護療養型医療施設 精神科病院 心療内科 透析施設
その他 外出支援事業所 障害者相談支援事業所

地域包括支援センター(町直営1ヶ所・健康福祉課内)
主任ケアマネ(センター長)1人 保健師2人 社会福祉士3人
プランナー1人 (兼務)作業療法士1人 保健師1人

様々なニーズ把握-データから 介護サービス利用者数の推移



施設利用者数は、
居宅:施設は2:1
地域密着を合わせると
居宅:施設(GH・小規模
多機能含む)5:4



津幡町のサービス給付費 (H21年度)

利用者一人あたりの給付費等

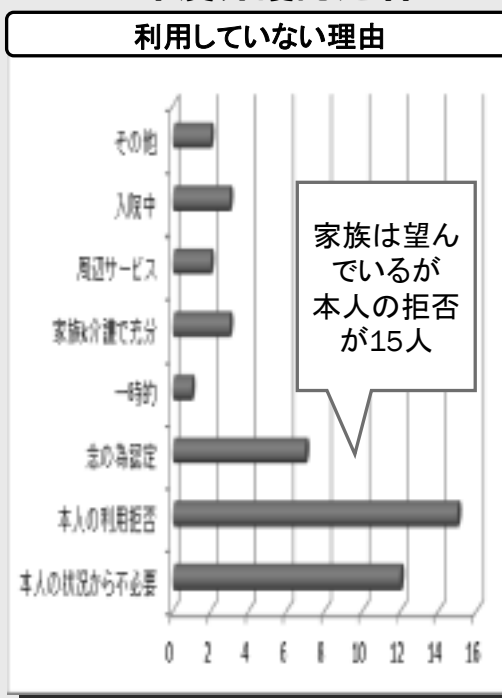
施設	311万円
地域密着型	275万円
居宅サービス	111万円

施設サービス給付費は一番多い。

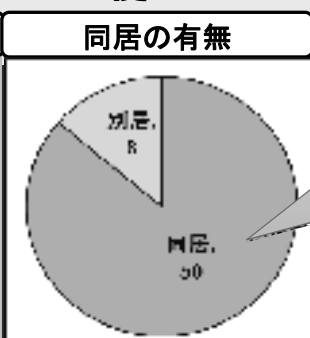
施設ケアはコストが居宅の約3倍

様々なニーズ把握-気になったら調べる

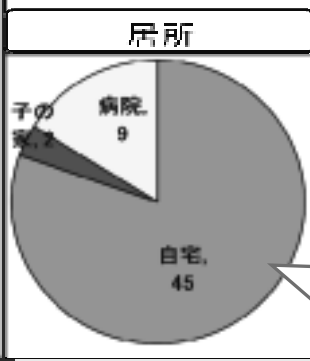
H21年度介護認定者でサービスを使っていない人→58人



家族は望んでいるが本人の拒否が15人



家族と同居の人が多い→家族の負担は大きいのでは？

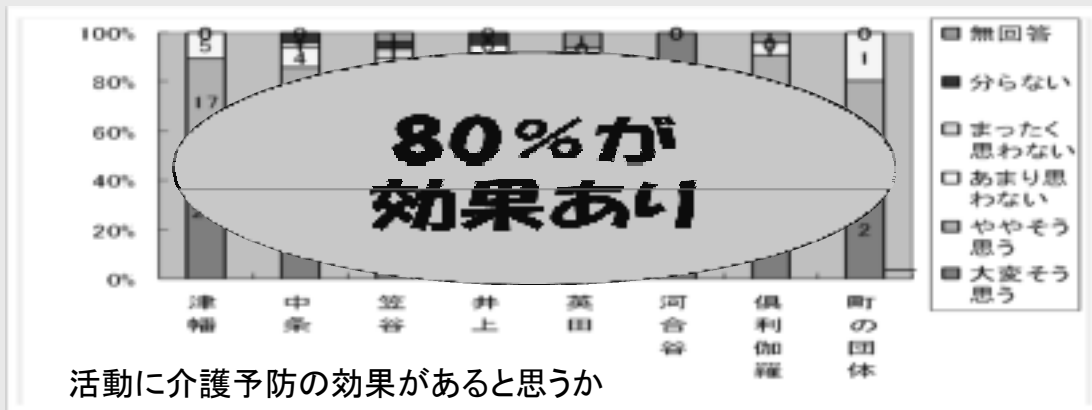
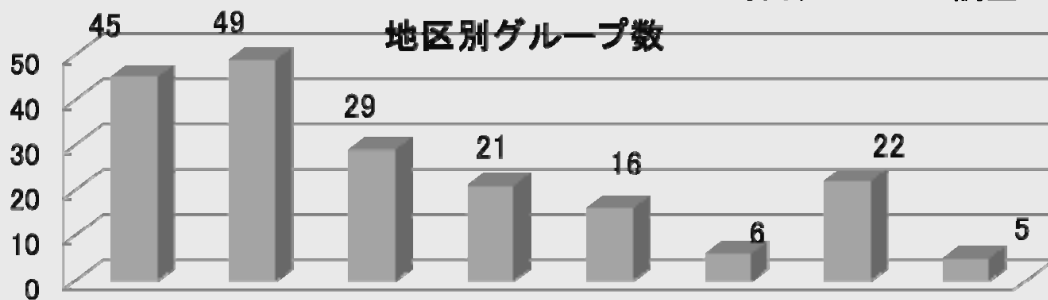


家族支援が必要

自宅で暮らす人が多い→家族の負担が大きいのでは？

地域の介護予防活動を見つける

65才以上の人が参加する
町内グループの調査

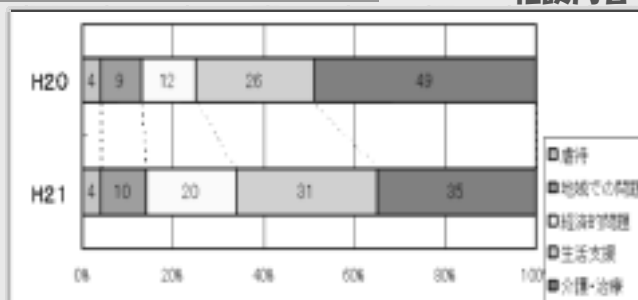
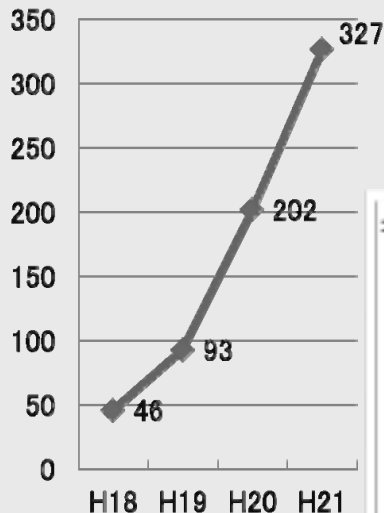


様々なニーズ把握—総合相談から

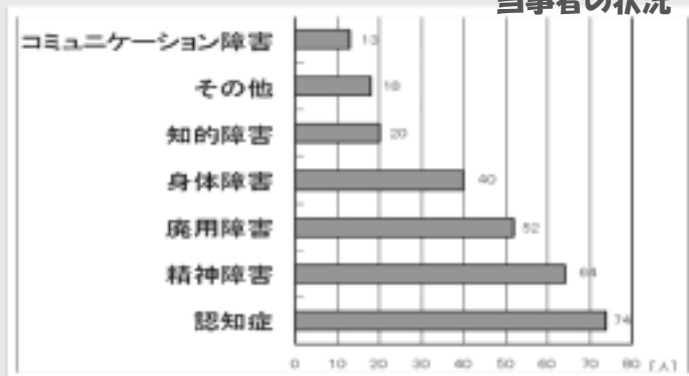
相談内容

新規総合相談

件数の変化



当事者の状況



相談内容

一緒に住んではいるけど、家族は話もきいてくれない。

もの忘れがひどくなった。今のうちに遺言書を作っておきたい

制度やサービスがあるらしいが、複雑でわからない。どこにいったいいのかも...

息子に障害があり、仕事にもついていない。私が死んだらどうなるんだろう

本人

元気だった頃は気楽だったが、身寄りもないし、地域とも関係してこなかったし、むなし。

入院やサービスを勧められても、保険料滞納しているし、無年金の身では...

相談内容

もの忘れがひどいのよ。火でも出されたら

怒鳴り声が毎日聞こえてくる、心配な家だなあ。

昨日から姿が見えない。電気もついたままだし。中で倒れているのでは？

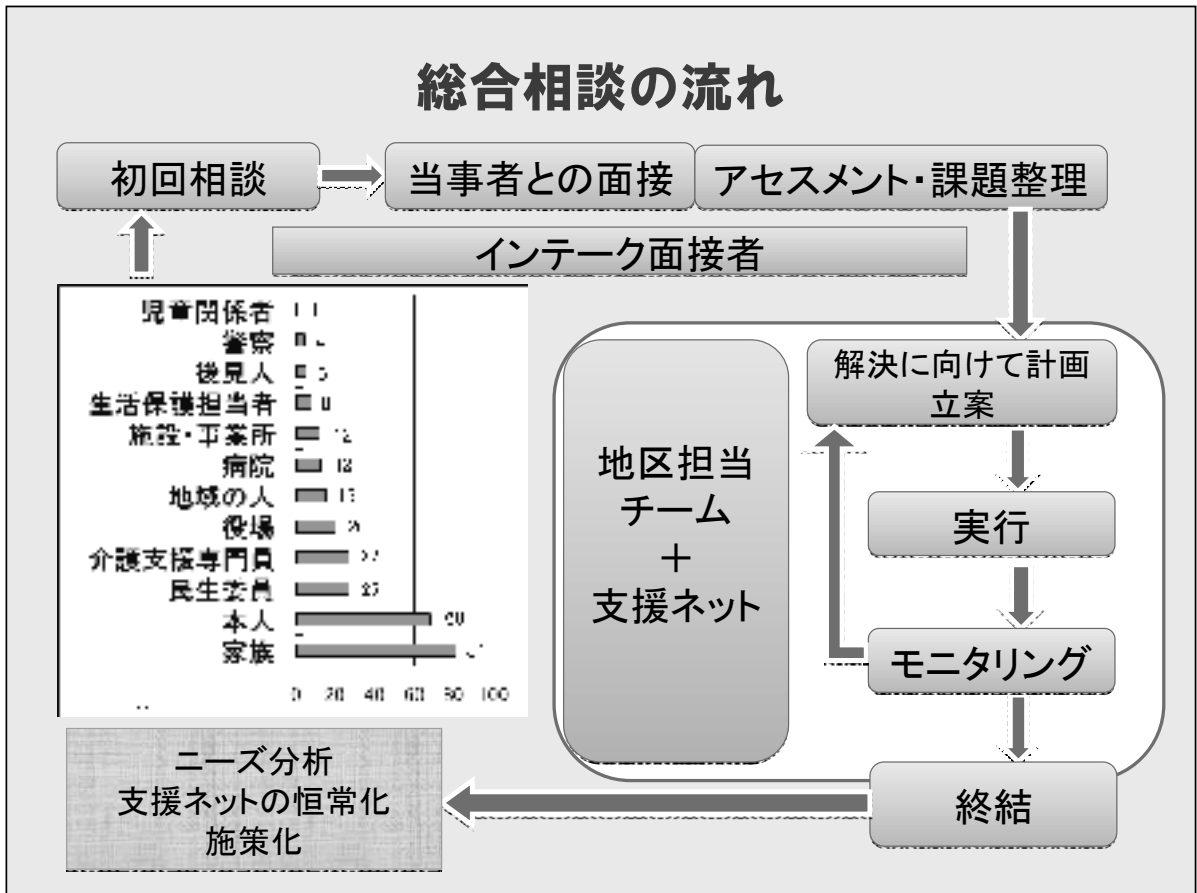
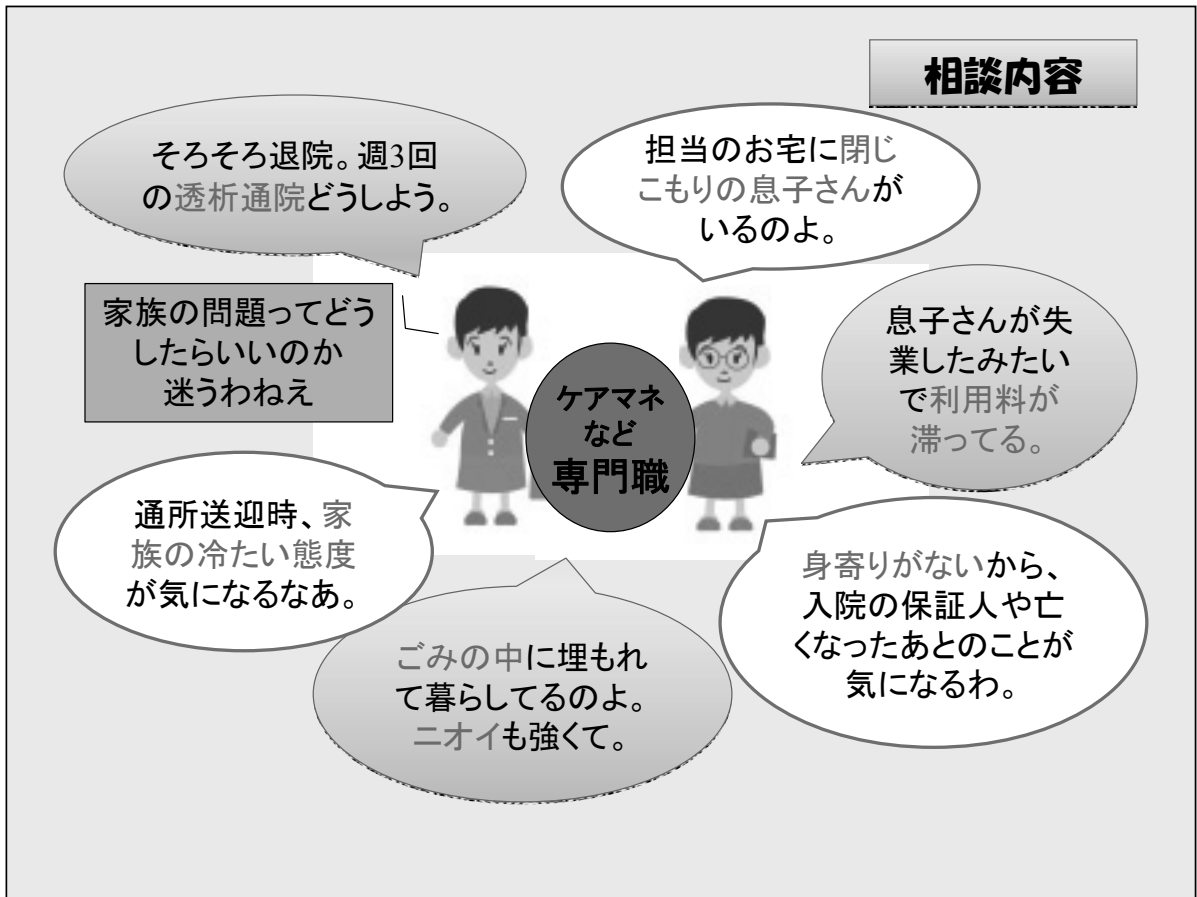
地域

地域でみえることはいっぱいある！

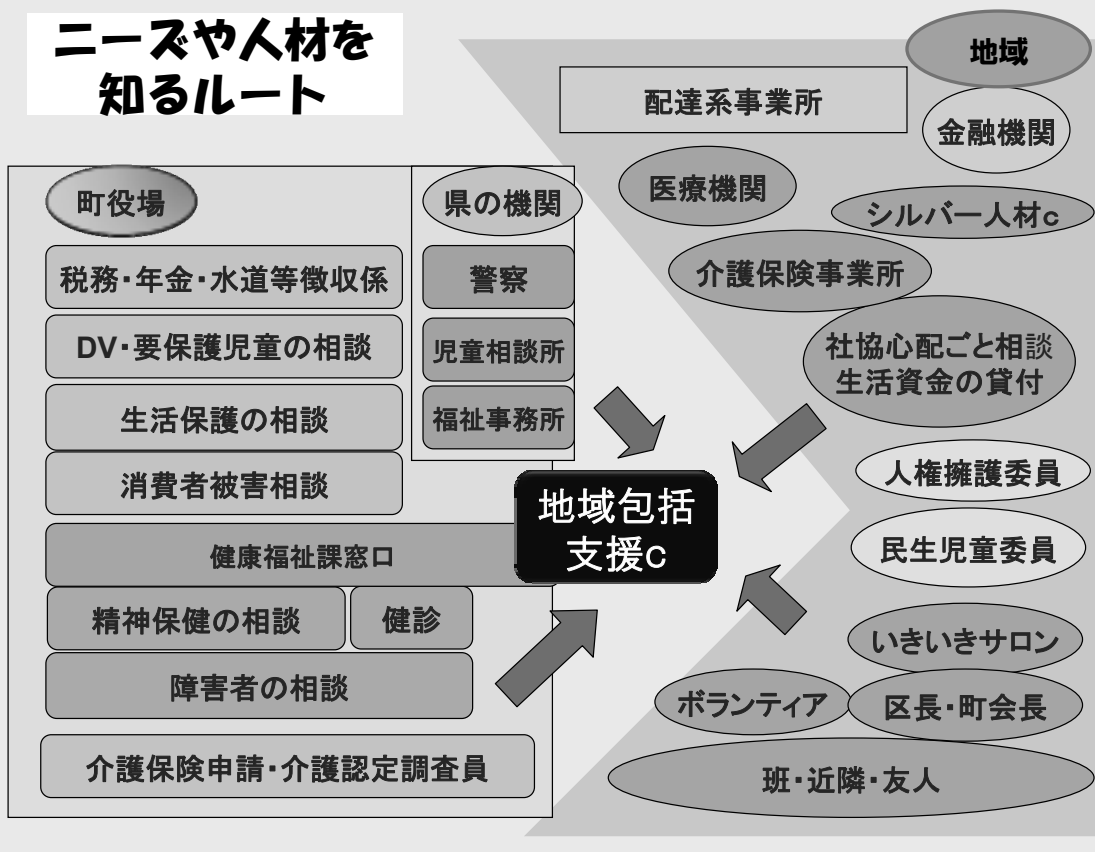
町会費払えないって。生活に困ってるみたい。

夕方になると家の前にぽつんと座っているおじいちゃんがいるよ。

新品の布団の包みが玄関にあったけど、詐欺にあったんじゃない？



ニーズや人材を知るルート



これまでの問題解決の仕方は

- (行政) ・困ったら来なさいというスタンス
- (地域) ・行政に伝えたら終わり、あとはお任せ
- ・行政に言ってもなにもしてくれないと地域で抱え込んでしまう
- ・重度化して、地域から排除の方向で行政へ

これからは

予防の段階から問題解決段階まで
地域と行政と専門機関が協働して
課題解決し、地域生活を支える

津幡町の誰もが安心して住み続けられる
地域づくりへ

地域と行政と専門機関が 協働して 課題解決し地域生活を支える仕組みへ

1. 意識を変える

—研修会、講座、取組みを通じて—

- 誰もがどんな状態になっても住み続けられる地域をめざす
- 地域支え合いの重要性を知る
- 地域住民(当事者含む)、行政、事業所、専門機関との連携、チームアプローチの必要性を知る

2. 場・人材を見つけて、使う

—相談でのアセスメントの工夫、ニーズ調査、
資源調査、取組みを通じて—

- 相談では、エコマップ、地域マップ、生活史、マトリックスを使い、環境や歴史の中で課題をとらえる
- 調査によるニーズの把握、人材の発見、発掘
- 取組みの中でのニーズの把握、人材の発見、発掘

地域と行政と専門機関が 協働して 問題解決し、地域生活を支える仕組みへ

3. 場・人材をつくる

—養成講座や自主活動支援を通じて—

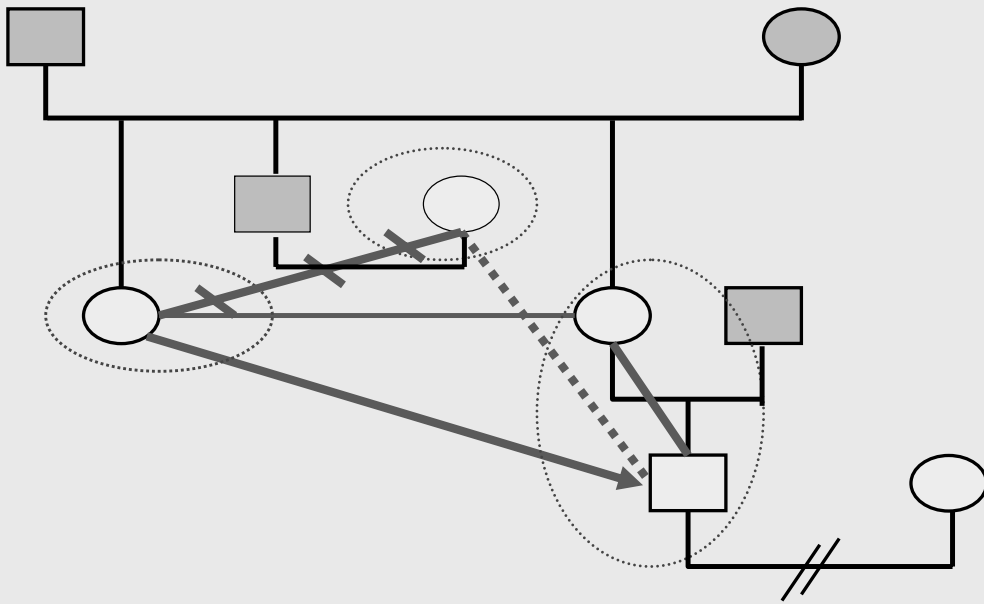
- ニーズに対応できる社会資源や人材がなければ作るという視点をもつ
- 行政が作るより、地域住民の自主活動として展開することを支援する

4. しくみをつくる

—さまざまな方法によるニーズの把握とネットワーク
の形成を通じて—

- 行政が恒常的なしくみとなるよう事業計画を立て予算を獲得する
- ネットワークを活用して地域の生活支援の仕組みをつくる

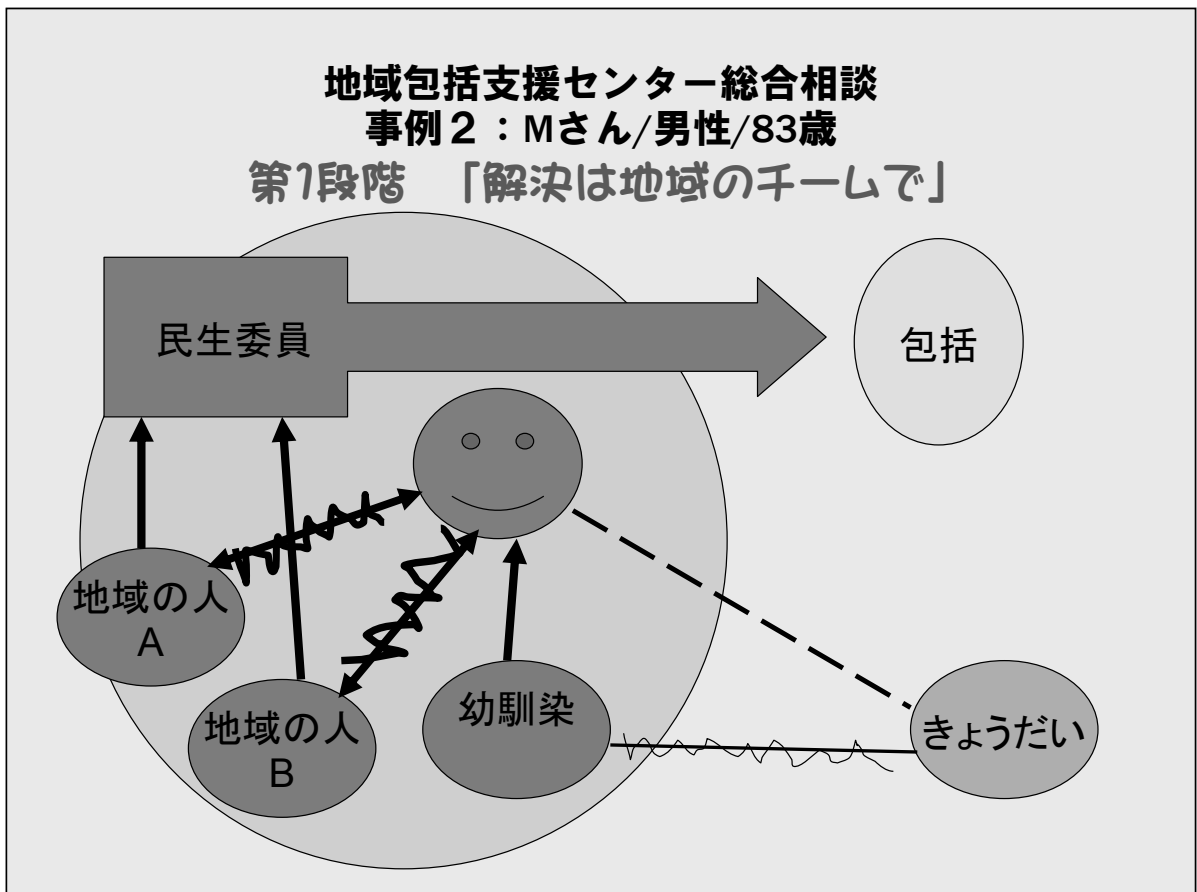
ジェノグラムは家族のマップ



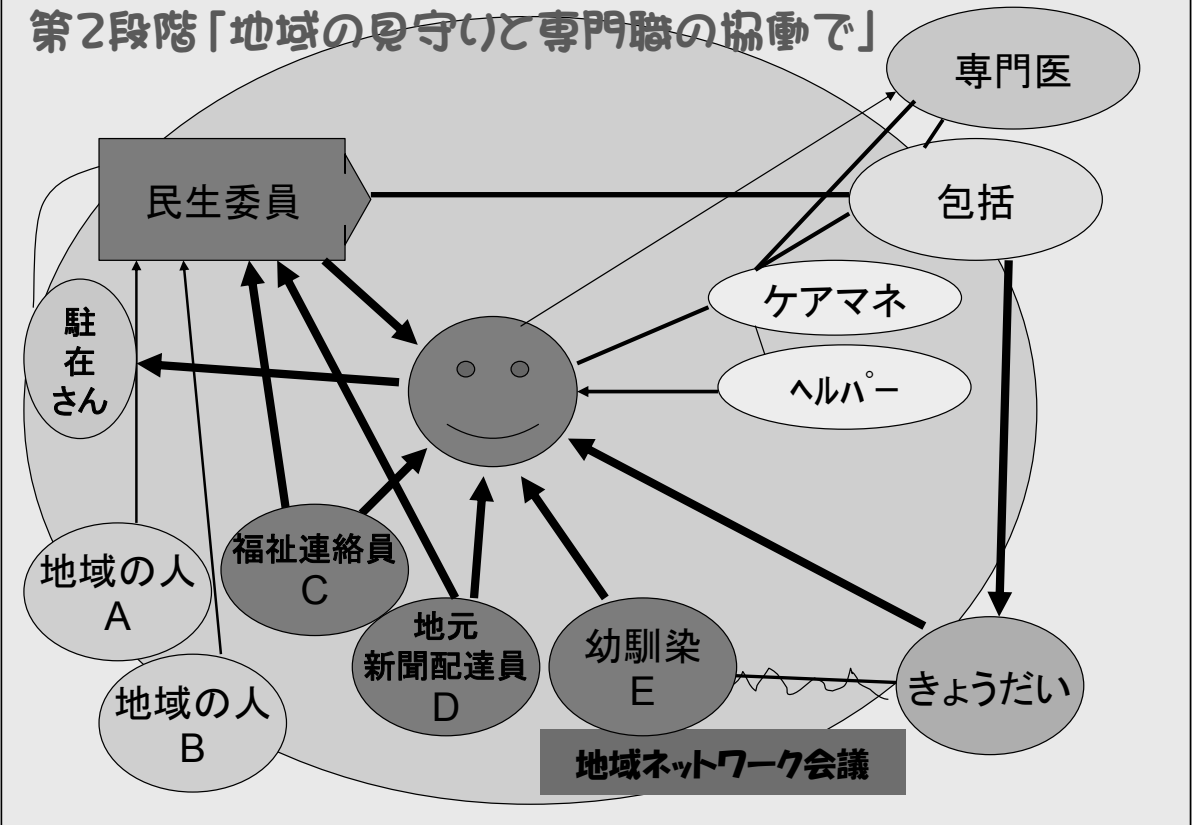
エコマップ

関係性を描く

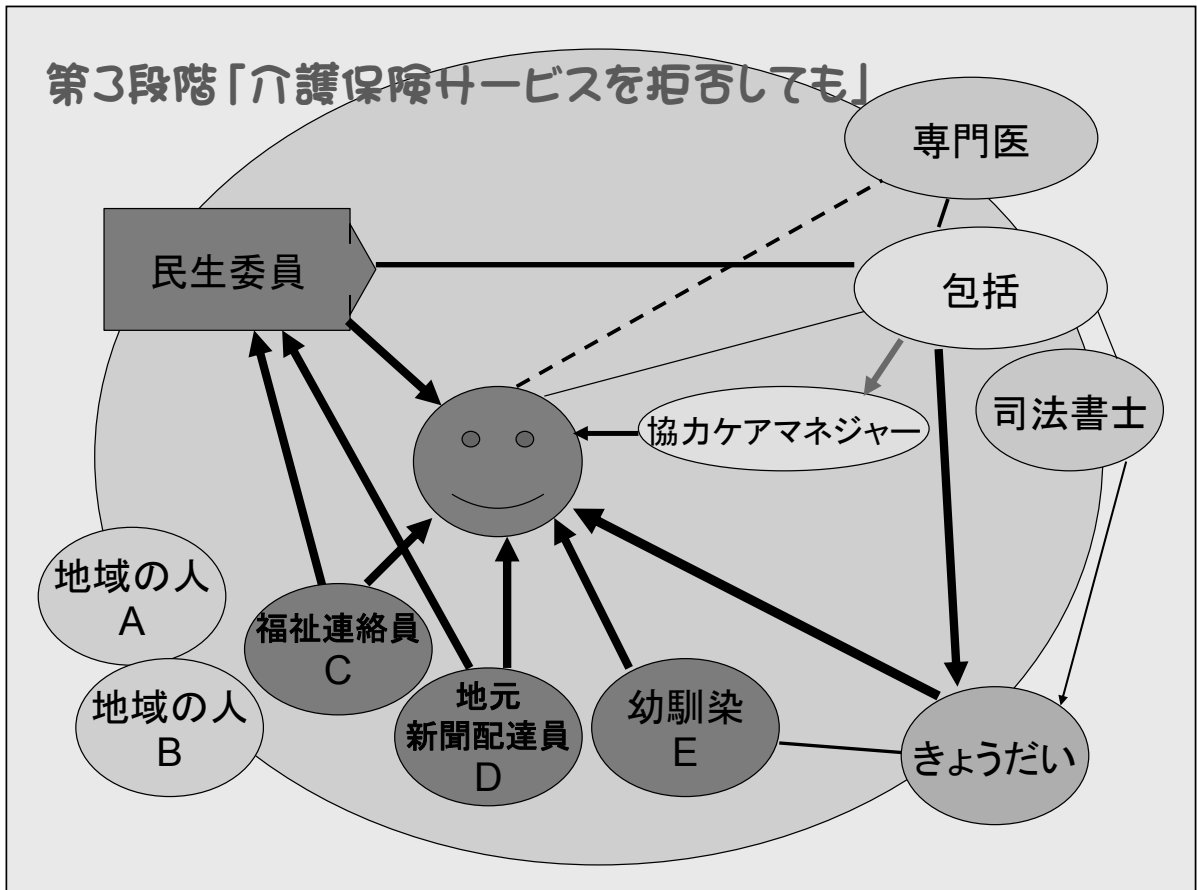
—————	ふつうの関係
- - - - -	希薄な関係
===== =====	強い絆
—————	葛藤関係
—— —— ——	断絶
—————>	力の向き

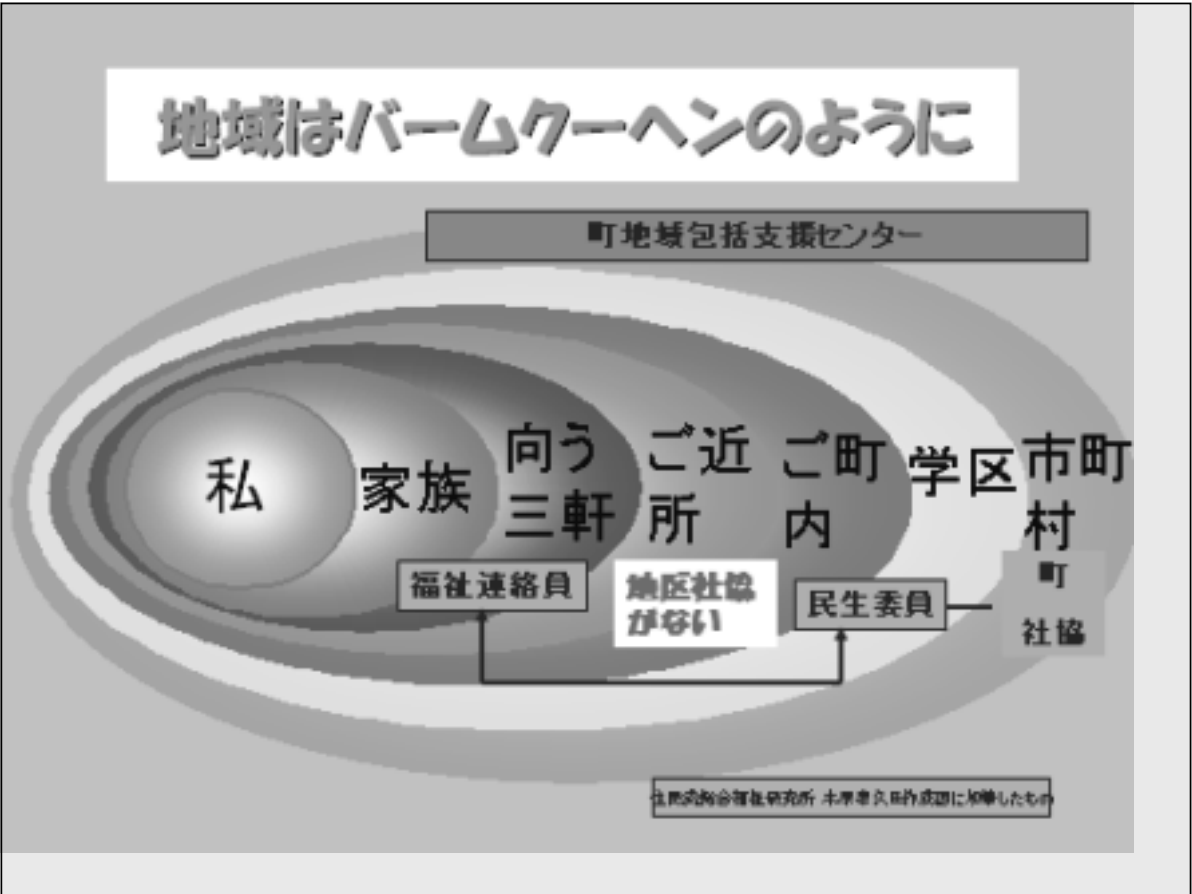
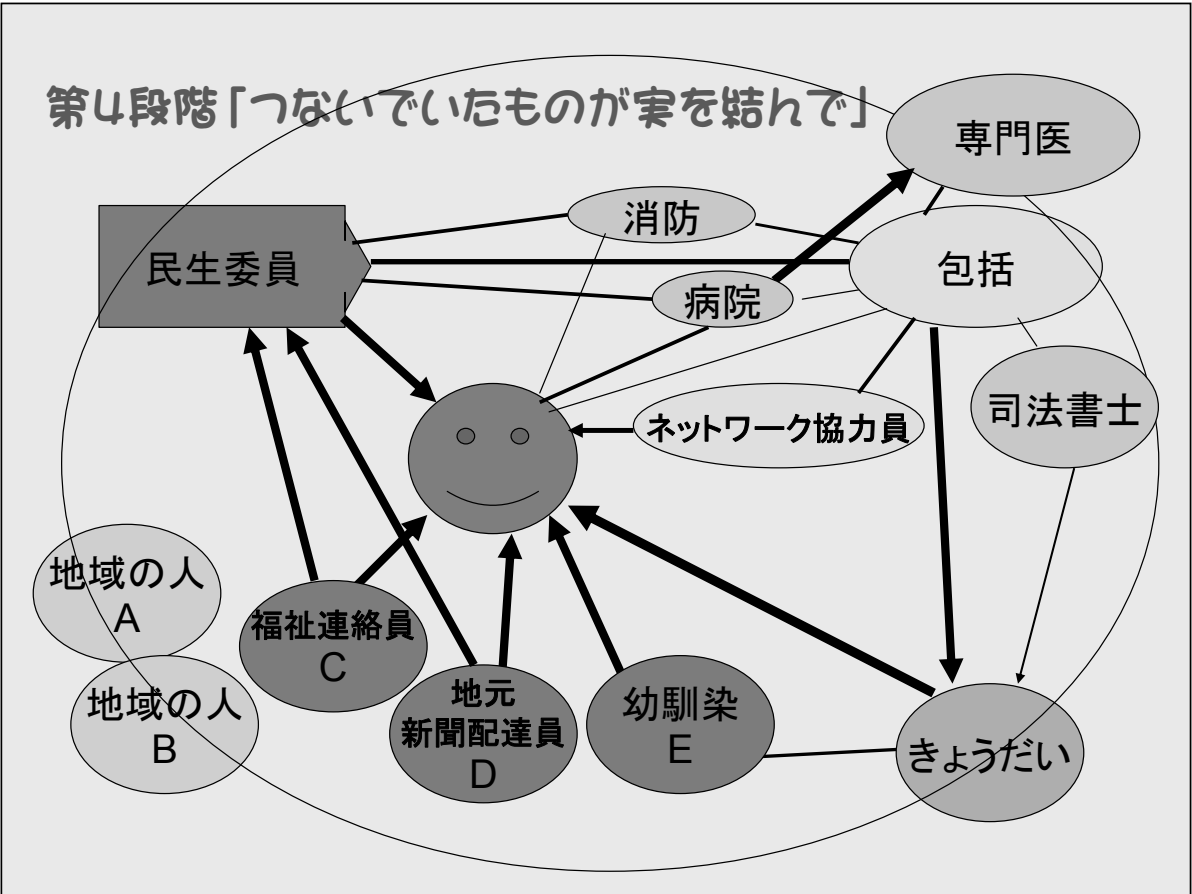


第2段階「地域の見守りと専門職の協働で」



第3段階「介護保険サービスを拒否しても」





地域包括が関わり形成した さまざまなネットワーク【町レベル】

地域・社協・事業所・行政・専門機関・【包括】

- 認知症安心ネットワーク
 - ・医療連携部会
 - ・介護予防部会
 - ・徘徊対応訓練地区実行委員会
- 自殺予防・相談ネットワーク
- 高齢者虐待防止対応ネットワーク(マニュアル作成)
- 障害者自立支援協議会／個別ケア会議

地域・社協・【包括】

- 地域支え合いマップ作成活動
- 地域支え合いボランティア養成
- 介護予防メイト(脳いきいきメイト・運動メイト)養成

地域包括が関わり形成した さまざまなネットワーク【町レベル】

事業所・【包括】

- 定例事例検討会、ケアマネジメント研修会
(ケアマネジャー、行政保健師、地域包括職員)
- 施設ケア研修実行委員会
(施設介護職員、地域包括職員)
- グループホーム連絡会
(グループホーム職員、地域包括職員)

地域・【包括】

- 隙間ニーズ対応ボランティア活動支援
- キャラバンメイト(みかん隊)活動支援
- 高齢者温泉施設支え合い活動支援
- 介護者のつどい(お話を聞く会)
- 公民館との連携(エンディングノート講座・男性講座など)

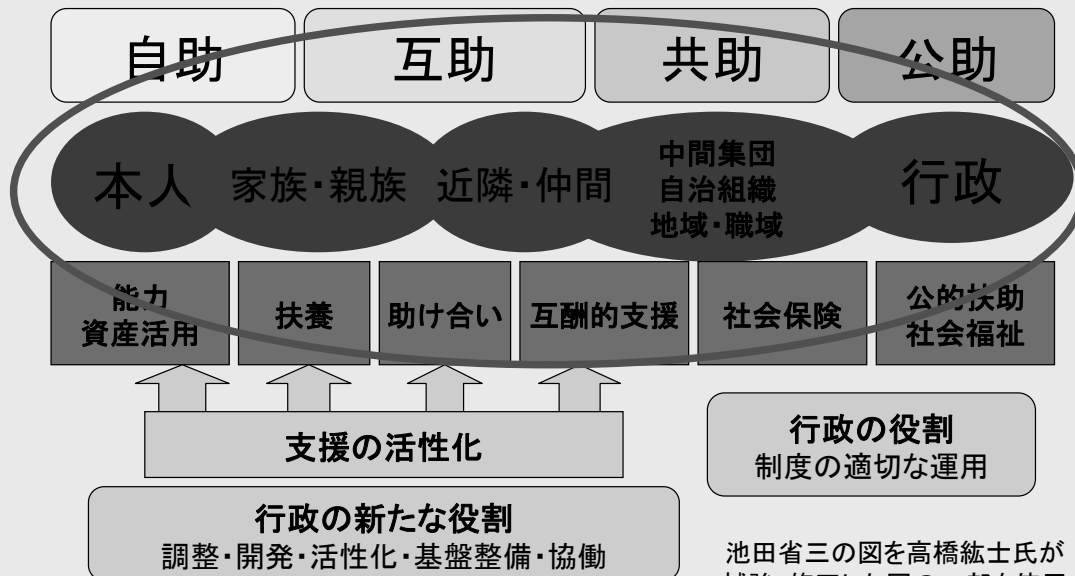
地域包括が関わり形成したさまざまなネットワーク【郡市レベル】

- 介護支援専門員協会地域支部との共同事例検討会
- ヘルパー事業所連絡会活動支援
- 若年性認知症の人と家族の会活動支援

【県レベル】

- 認知症関連事業地域包括支援センター連絡会
- 高齢者虐待対応専門職チーム
(弁護士・社会福祉士)
- 高齢者虐待対応標準研修講師チーム

自助・互助・共助・公助のネットワークを意識したケアマネジメント



池田省三の図を高橋紘士氏が補強・修正した図の一部を使用

まとめ

- 地域包括支援センターには、予防段階から重度化した対応困難な段階まで幅広い、様々なニーズをもった相談が寄せられる。
- 行政は、事業計画立案にむけ、まとまったニーズ調査が可能だ。
- 相談事例からのニーズ把握と行政によるニーズ調査に基づき、「町民誰もが、どんな状態になっても安心して安全な生活を送ることができる地域」になるよう、地域に埋もれている社会資源や人材の活用を図りながら、制度サービスの改善や開発、地域の仕組みづくりに取り組める地域包括支援センターでありたい。

地域診断における課題の抽出

Memo

地域診断における課題の抽出

～高齢者健康実態調査の取り組み～



鳥取県琴浦町役場
地域包括支援センター

藤原静香

こんにちは 鳥取県琴浦町です



琴浦町の概要



琴浦町のサービス内容

琴浦町(H21.10.1現在)

総人口	19,508人
65歳以上	5,904人
75歳以上	3,352人
世帯数	6,390
高齢化率	30.3%
認定率	18.9%
総面積	139.88 km ²

<医療>

有床診療所	1カ所(15床)
無床診療所	12カ所
歯科診療所	6カ所
通所リハ	1カ所(40人)
通所介護	1カ所(80人)
訪問看護	2カ所
グループホーム	1カ所(2単位)

<福祉>

介護老人福祉施設	2カ所(140人)
ケアハウス	2カ所(80人)
通所介護(併設)	2カ所(100人)
通所介護(単独)	2カ所(80人)
身障デイサービス	2カ所(23人)
短期入所介護	2カ所(30人)
グループホーム	2ヶ所(3単位)
訪問介護	2カ所
訪問看護	1カ所
訪問入浴	1カ所

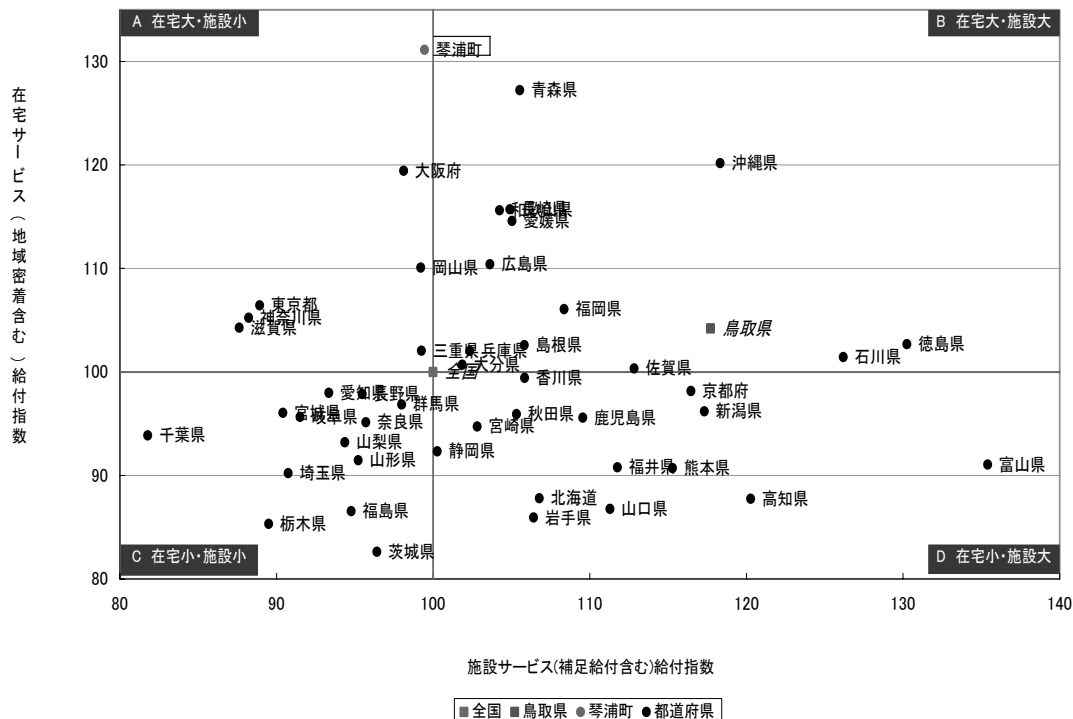
<保健>

保健センター	1カ所
地域包括支援センター	1カ所
介護支援専門員	6ヶ所(29人)

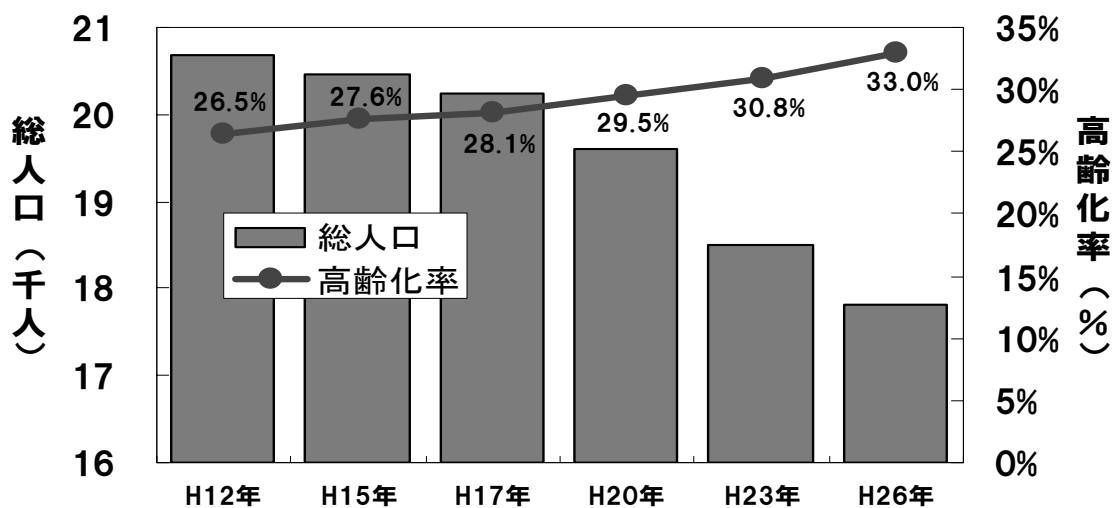
<民間>

グループホーム	1カ所(2単位)
通所介護	1カ所(40人)
訪問介護	1カ所

指標C 高齢者1人当たり在宅サービス・施設サービス給付指数(平成21年04月)



琴浦町の人口と高齢化の推計



琴浦町の現状

1) 琴浦町の人口

19,508人 (平成21年10月1日現在)

2) 65歳以上の人口

5,904人 (全人口の30.3%)

3) 65歳以上の人のなかで介護保険の認定を受けている人

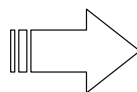
1,115人 (65歳以上の約18.9%)

4) 介護保険料 月額4,500円

介護予防で高齢者が元気な町を目指す

現状と将来予測

高齢化率30%超
今後も増加

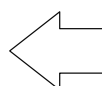


高齢者人口増加の影響

- ・要介護認定者の増加
- ・介護給付の増加
- ・介護保険料の増加
- ・財政負担の増加

高齢者人口が増えても

- ・介護を必要とする人が増加しないこと
(リスクを回避、排除)
- ・元気な高齢者を増やす
(健康寿命を延ばす)



介護予防

琴浦町として介護予防をどのように取り組むか

高齢者健康実態調査

平成17年・20年

琴浦町独自の高齢者実態調査を実施

- 調査対象者
65歳以上で介護認定を受けていない者
- 調査時期
17年・20年 7月～8月の同時期
- 調査方法
老人クラブ役員に調査票の配布と回収を依頼した

※定期的に実施することにより、事業評価の基礎資料とする

高齢者健康実態調査を 老人クラブにお願いした理由

- 老人クラブの高い加入率
- お願い 会長宅へ→老人クラブ理事会→老人クラブ会長会
「自分たちの健康は自分たちで守るんだという意識」を持てるよう説明会を実施した。
医師の講演、介護保険と高齢者の現状、健康実態調査のお願い
- 会長さん、私が行くと「今度は何かいなあ・・・」と83歳ではありますが、ご当地体操のモデルにもなって頂けました。
- 結果説明は会長会や各集落へ出かけての説明会など細かく実施した

琴浦町の老人クラブは、単なる社会参加のレベルではなく、社会貢献活動の域に達しています

高齢者健康実態調査の目的

- ① 基本チェックリストは、介護予防が必要な方を早期に発見し介護が必要な状態を未然に防ぐためのものであり、予防事業に参加をお勧めします。
- ② どのような活動に参加された方が、寝たきりや認知症を予防できるかを明らかにします。
- ③ 次期介護保険計画策定に向けて、町で今後の有効な介護予防の事業を検討するためです。

※老人クラブとの連携と老人クラブの活動活性支援という側面もある

高齢者健康実態調査の内容

「基本チェックリスト」に次の15項目を追加

- 1 あなたの住まいの地区はどこですか。
- 2 あなたの家族構成はどれですか。
- 3 あなたはふだん、健康だと思っていますか。
- 4 日中おもに、どなたと過ごしますか。
- 5 尿を漏らしやすいために、外出を控えることがありますか。
- 6 便通は毎日ありますか
- 7 一日にどれぐらいの水分を摂りますか。(食事は含まない)
- 8 歯磨きは一日何回しますか。
- 9 あなたは、趣味、楽しみ、好きでやっていることがありますか。
- 10 親しくおしゃべりをしたり、往き来するお友達はいますか。
- 11 家族の中でできた役割・仕事(家事、庭の草取りなど)はありますか。
- 12 あなたが現在参加している地域活動について当てはまるものはどれですか。
- 13 あなたが現在利用している介護予防サービスはどれですか。
- 14 次のうち今までかかったことのある病気はどれですか
- 15 生活について困ったときの相談相手はだれですか

高齢者健康実態調査結果

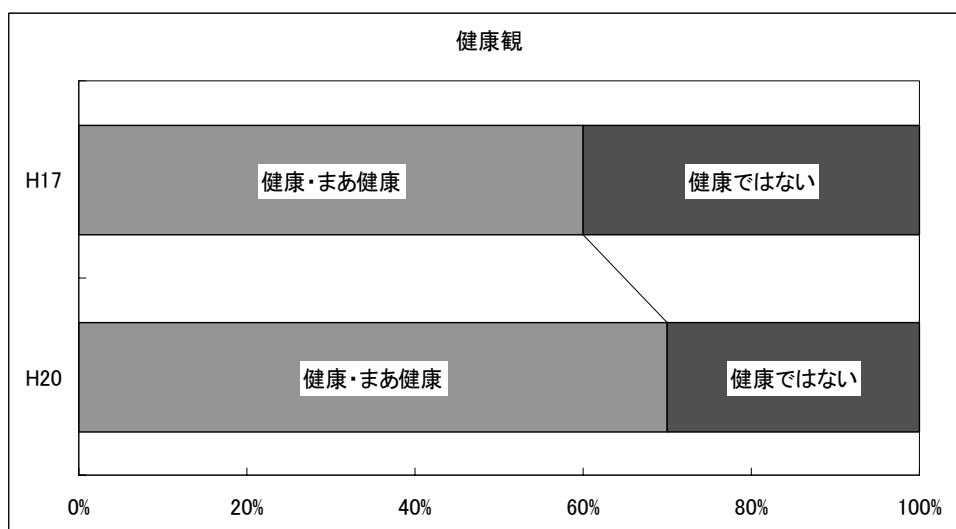
- 配布者数 4,827人
- 回収者数 4,335人
- 回収率 89.9%

老人クラブによる回収率 90.6%

郵送による回収率 65.1%

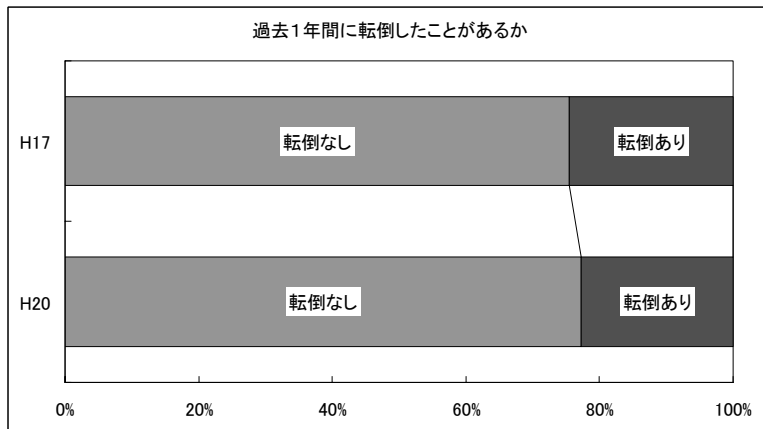
(老人クラブのない集落は郵送)

健康観



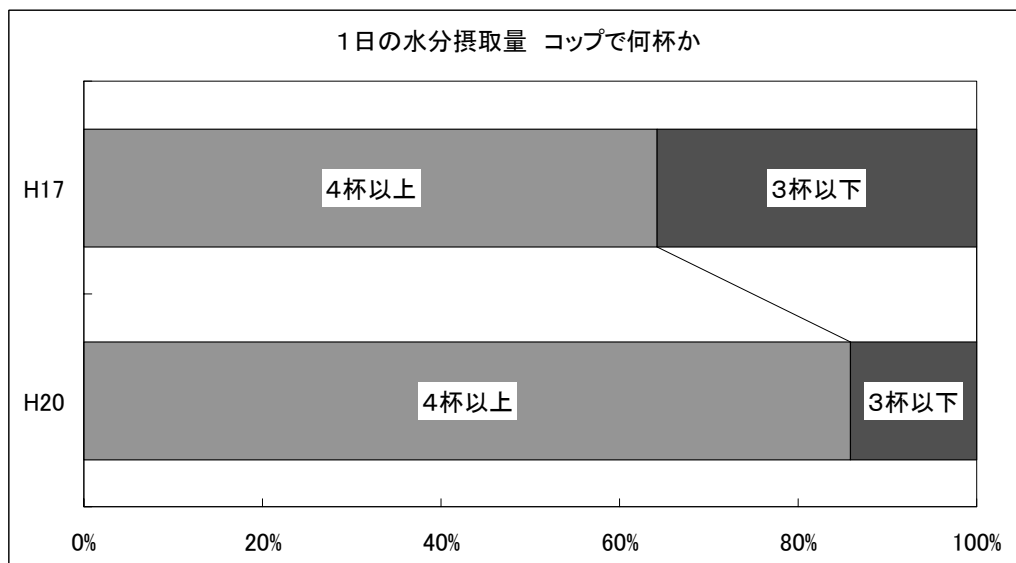
・前回調査と比較して、健康感が向上している。

一年間の転倒



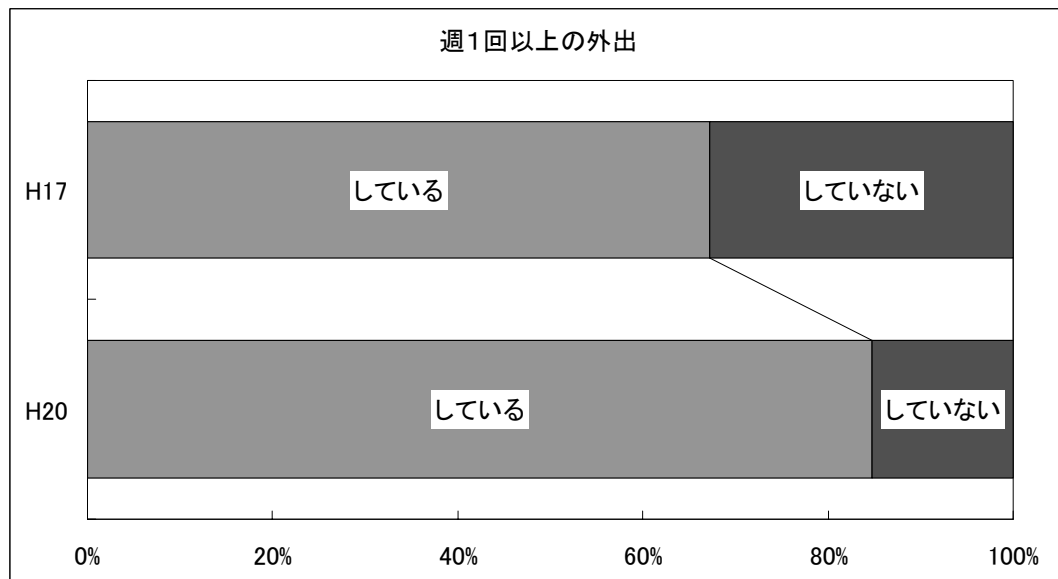
・前回調査と比較して、転倒ありが減少傾向にある。

一日の水分摂取量



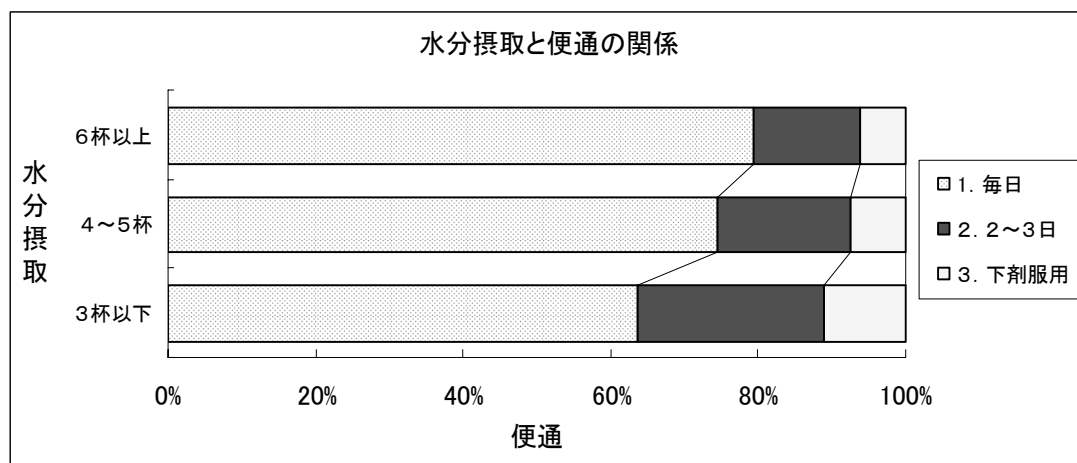
・前回調査と比較して、水分摂取が少ない状況が改善されている。

閉じこもり



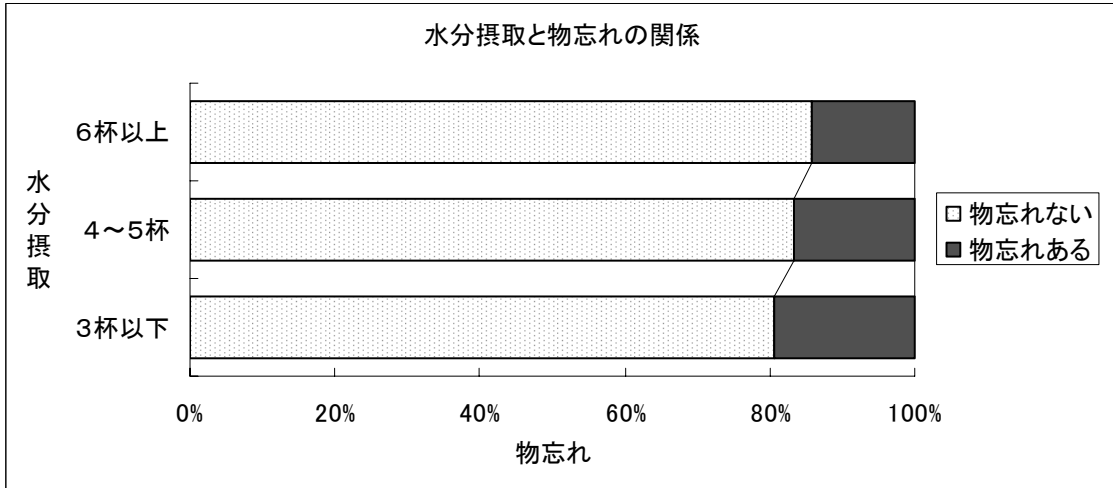
・前回調査と比較して、閉じこもりの人が減少している。

水分と便通の関係



・水分摂取を多く取る人ほど「毎日便通がある」。
有意差あり(p<0.05)

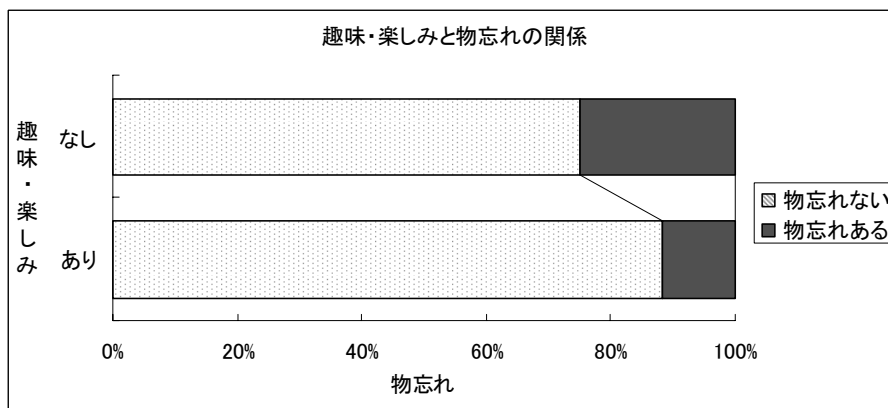
水分摂取と物忘れの関係



・水分を多く取る人ほど「物忘れがない」という傾向がある

有意差あり(p<0.05)

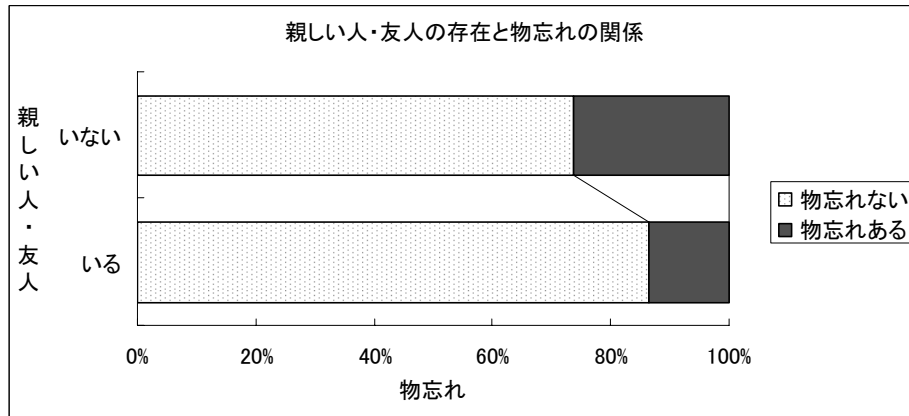
趣味・楽しみと物忘れの関係



・趣味・楽しみがある人ほど物忘れがないという傾向がある

有意差あり(p<0.05)

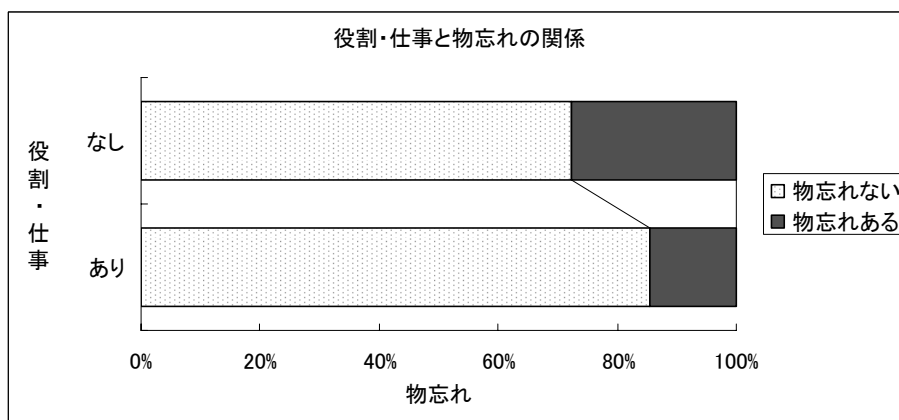
親しい人・友人の存在と物忘れの関係



有意差あり($p < 0.05$)

・親しい人・友人がいる人ほど物忘れがないという傾向がある

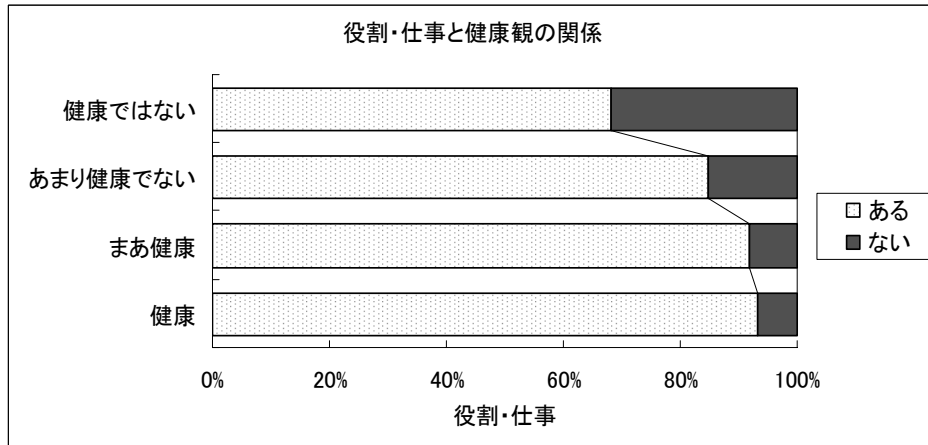
役割・仕事と物忘れの関係



有意差あり($p < 0.05$)

・役割があると回答している人は物忘れがないという傾向にある

役割・仕事と健康観の関係



・役割仕事がある人は健康観が高い傾向にある

用語改正前

鳥取県琴浦町の取組み

地域支援事業
(介護保険特別会計)

介護予防事業

- ・介護予防特定高齢者
- ・介護予防一般高齢者

包括的支援事業

- ・総合相談支援事業
- ・権利擁護事業
- ・包括的・継続的ケアマネジメント

任意事業

- ・家族介護支援事業
- ・その他の事業

地域支援事業以外の高齢福祉事業(一般会計)

- ・外出支援サービス
- ・緊急通報装置設置事業
- ・配食サービス
- ・居住環境整備事業
- ・支え合いコーディネーター
- ・健康づくりウォーキング事業

- ・特定高齢者把握事業
生活機能評価、認知症の早期診断
- ・通所型介護予防事業
特定高齢者筋力向上トレーニング事業
介護予防教室
- ・特定高齢者施策評価事業

- ・介護予防普及啓発事業
認知症、低栄養、口腔機能
一般高齢者筋力向上トレーニング事業
温泉水利用事業・健康づくりウォーキング事業
- ・地域介護予防活動支援事業
高齢者サークル活動支援事業

- ・介護予防プラン作成事業
- ・高齢者実態把握事業
1人暮らし高齢、夫婦高齢世帯、見守りの
必要な高齢者の随時・定期訪問
- ・高齢者虐待防止事業
ネットワーク構築、認知症対策委員会

- ・家族介護支援事業
家族介護教室(ことうら家族の会)
介護用品購入費助成事業

- ・生活管理指導事業
生活管理指導員派遣・短期宿泊事業
- ・成年後見制度利用支援事業

22年度の方針

- ①介護予防事業の充実—介護予防教室、琴浦体操
- ②認知症対策の推進—サポータ養成、徘徊模擬訓練
- ③地域ニーズ調査に基づいた介護予防の取り組み

琴浦町の介護予防事業 二次予防 ～高齢者の自立支援をめざして～

○認知症になっても安心して暮らしていける地域づくり

- 1) 認知症対策委員会の設置と開催
- 2) 認知症の早期発見と予防教室
 - ① 認知症の早期発見のための検診
一次検査「ひらめきはつらつ教室」、二次検査
 - ② 認知症予防教室「はればれ」
- 3) 普及啓発
フォーラムの開催、小学生との交流
介護家族のつどい、認知症を考える会



○パワーリハビリテーション

- 1) 特徴 6機種の専用マシンを使用したトレーニング
- 2) 実施体制 事業所に委託
- 3) 回数 週2回(火・金曜日の午後) 1回当たり1時間30分
- 4) 希望者に対しては送迎あり
- 5) 利用料 1回200円
- 6) 実施期間 1クール3ヶ月間で年間6クール実施
- 7) 初回オリエンテーションと24回のパワーリハ実施
- 8) 奇数月に開始し、1グループ10～12人で実施
- 9) 年間60人で契約

琴浦町の介護予防事業 一次予防 ～さらなる高齢者の自立支援をめざして～

○高齢者向けパワーリハビリテーション

早期に運動器の機能低下を予防し、活動的な生活の継続を目指すために対象を拡大した。

○温水を利用した介護予防事業

膝や腰に負担の少ない水中で行える機能訓練として導入した。



○健康づくりウォーキング

「老化は足から」重要な生活機能である歩行機能の維持向上を図り、将来的な閉じこもりを防ぐことを目的として開始。ウォーキングする人を増やす、ウォーキングをする人を支援するなど。



琴浦町の介護予防事業 一次予防 ～さらなる高齢者の自立支援をめざして～

○高齢者サークル活動支援事業

高齢者5人以上(要介護高齢者1名以上を含む)で週1回定期的継続的に活動するサークルを支援する事業。

介護予防において最も重要である閉じこもり予防を、地域での支え合い、趣味・生きがい作りとあわせて行っている。



○琴浦体操の創作と普及啓発

健康実態調査の結果、多くの高齢者に運動器の機能が低下しているという結果が得られ、誰でもどこでもできる介護予防として体操を創作。

DVD等普及媒体を作成し、配布、実演のために町内で実施した。



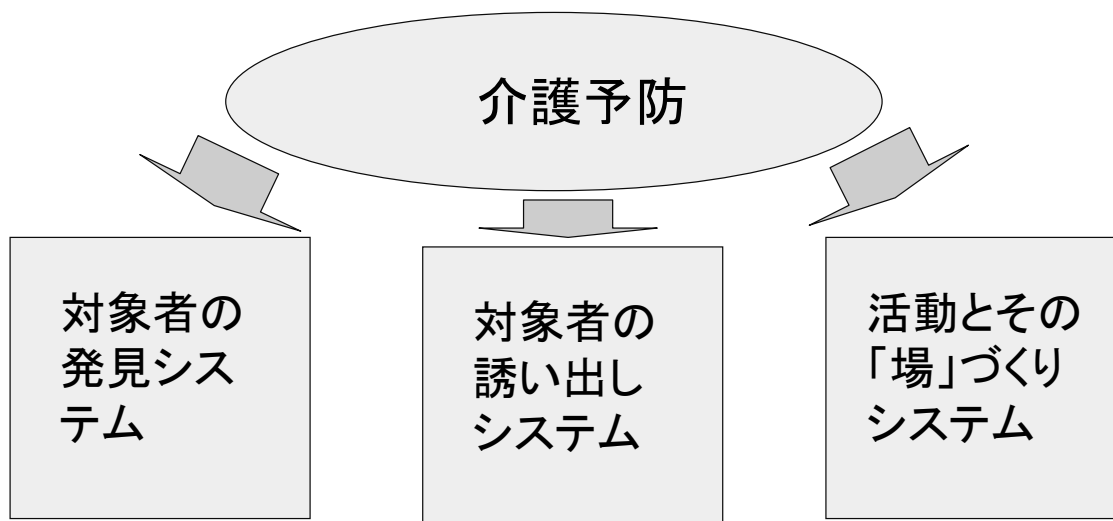
○介護予防フェスティバル

21年度第1回開催。町として介護予防に取り組むことを宣言。

健康実態調査の結果報告、実際に町の事業に取り組み、元気になった高齢者自らが体験発表するなど介護予防意識の高揚に努めた。



介護予防とは



※高齢者健康実態調査の実施。

※高齢者サークル事業への支援により、ハイリスク者を誘い出す仕組みと、社会的に孤立させない場づくりを確保する。

地域包括ケアの実現

日常生活圏域ニーズ調査により

日常生活圏域単位で高齢者の実態
像・ニーズや地域の課題を把握し、

- ① 個々の高齢者の状態にあった介護予防事業を実施
- ② 介護・医療・住まい・生活支援サービスなどを総合的に提供
- ③ 介護保険計画に反映

※高齢者健康実態調査の情報還元により、自助・互助の機運を高めることも狙っている

