

地域包括ケアにおける
リハ職の役割
～行政保健師の立場から～

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 (H29年4月現在)

介護保険被保険者数

町全体人口	13,773 人
町内世帯数	5,758世帯
65～74歳人口	1,931 人
75歳人口	1,729 人
高齢者合計	3,660 人
高齢化率	26. 5 %
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
26. 1%

地域包括支援センター職員配置

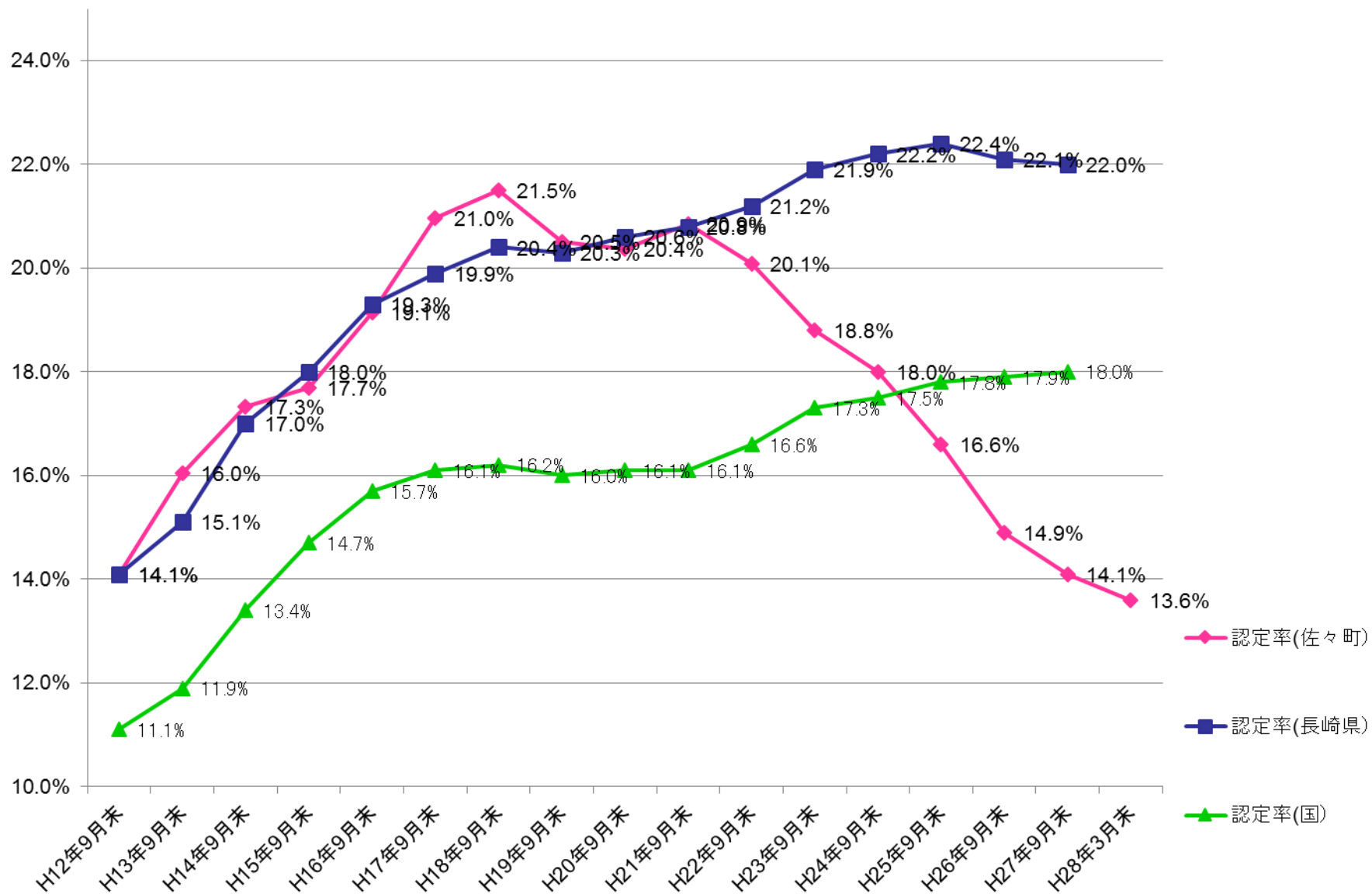
職種	人数
保健師	2
主任介護支援専門員	3
社会福祉士	1
介護支援専門員	3
介護認定調査員	2
計	11

介護認定状況(第一号被保険者)

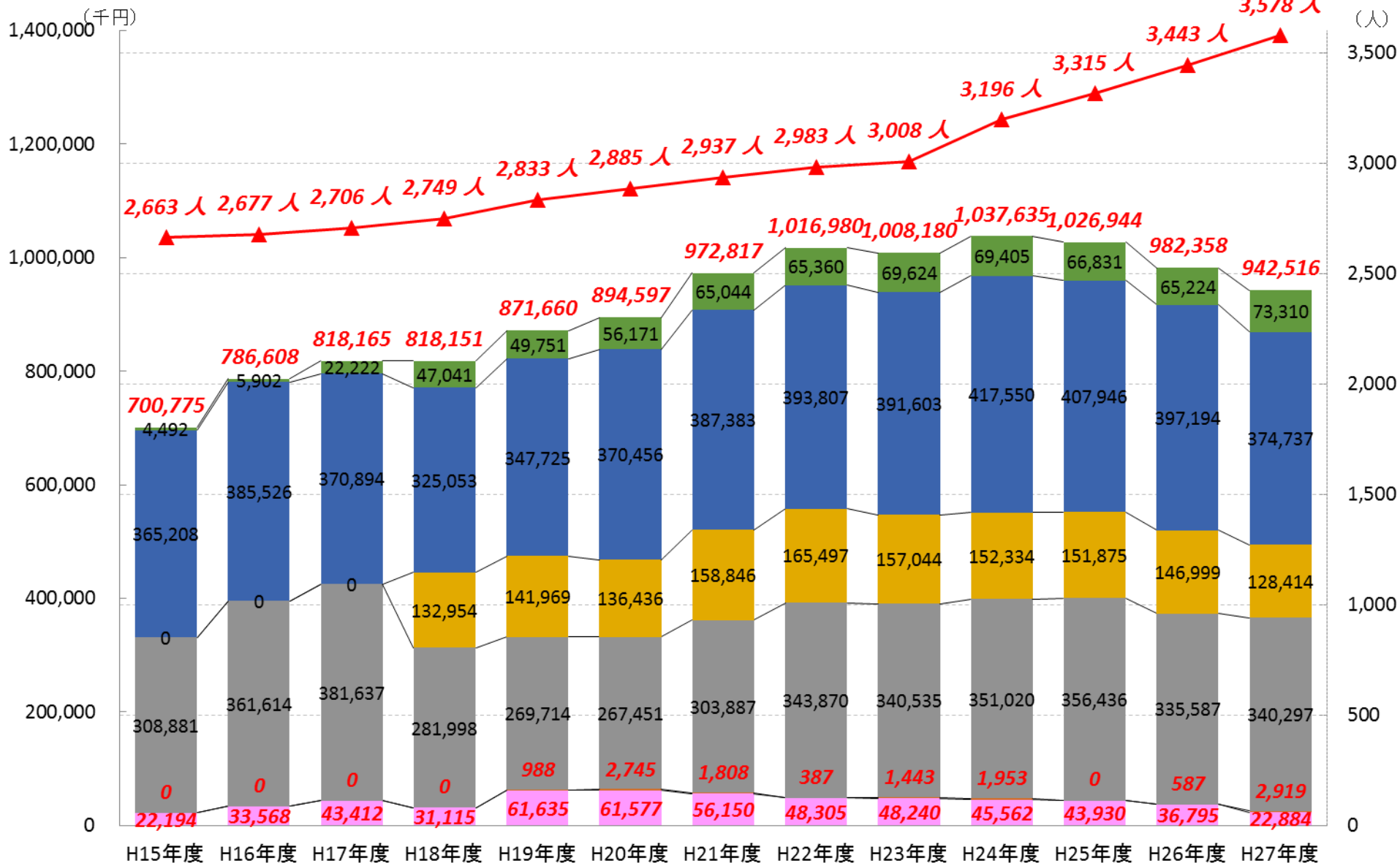
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	50	38	117	67	69	77	67	485
割合(%)	10.3	7.8	24.1	13.8	14.3	15.9	13.8	100



平成12年度からの認定率の推移



給付実績と65歳以上の高齢高齢者の推移



給付費合計
 地域密着型介護
 その他
 居宅介護サービス
 施設介護サービス
 地域密着型介護予防

佐々町の地域支援事業における今後の方向性

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

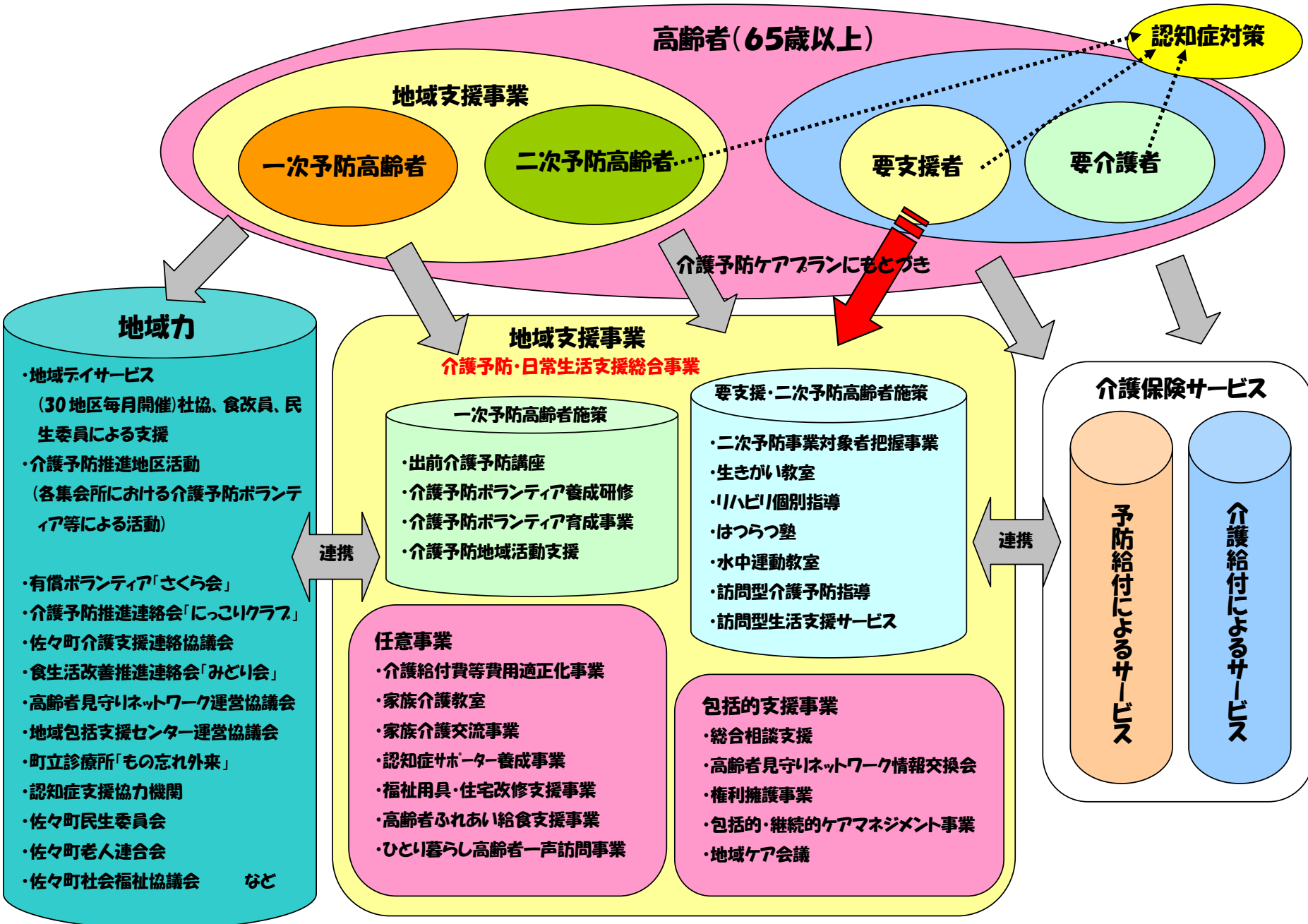
介護予防を含む地域支援体制の確立

- * 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(仮称)』
 - 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(傾聴・家事支援・中学生登校時ゴミ出しなど)
- * 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)と密接な連携を図る

【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！

佐々町の高齢者を支える地域支援体制図



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
味合いが強く
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。

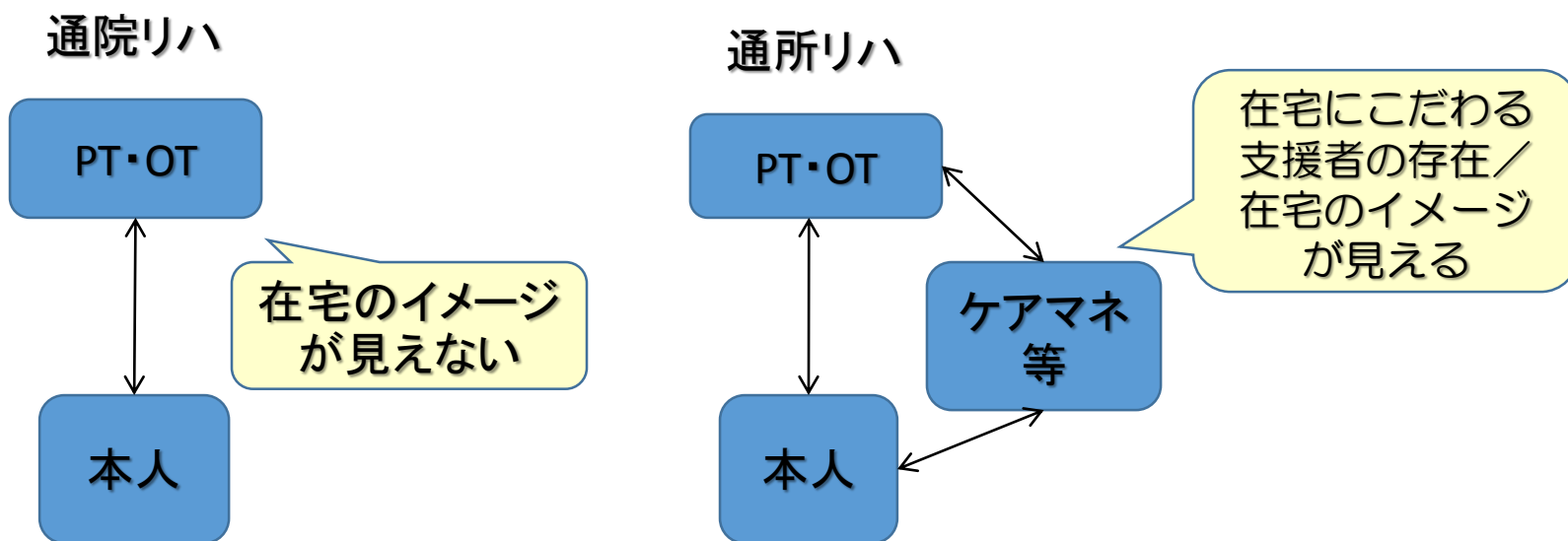
この場で解決
策出ない時は
地域支援会議
にかけてみよう

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・・・

佐々町の介護では、PT・OT等の専門職の視点がどれだけ画期的で
すばらしいものか実感！

《そのことは、地域ケア会議や地域支援会議をとおして高まってきた》

リハビリ専門職の機能が活かしているポイントは何か！・・・佐々町での気づき



◎ケアマネ等の在宅支援の関係者と積極的に連携を取ること！



みんなが在宅にこだわる視点を持つこと

運動個別教室

佐々町健康相談センター「リハビリ室」において、積極的な介護予防が必要な方を対象に、リハ職・健康運動指導士による個別指導を実施します。

【目的】運動機能を主体とした日常生活動作の自立を図る。
個別指導終了後もリハビリ室利用による自主的な介護予防活動ができる。



毎週水曜日 13:30～15:30

(1クール6ヶ月)

おおむね65歳以上の町内在住の方

本人負担 1回200円

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。



住民運営の通いの場の充実プログラム

<コンセプト>

- ◆市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ◆前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ◆住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- ◆後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ◆体操などは週1回以上の実施を原則



H27年度 広域アドバイザーの依頼を受け、
あわてて「いきいき百歳体操」に向き合う。
ホントのはじめての出逢いはH18年・・・これだ！と確信

H27年7月からの3カ所モデル地区の2か月後の評価で効果が現れており、今後、各地区に展開するため、9月補正予算で
錘を購入。

1年後、実施地区10か所 / 参加者 約250名
(H30年度までに全地区展開予定)



はつらつ塾

体操クラブ

火・水・金曜 10時～11時半
福祉センター2階 和室



☆いきいき百歳体操
☆スクエアステップ
☆3B体操

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。
活き活き元気になる方、続出です！
ぜひ、体感してみてください。



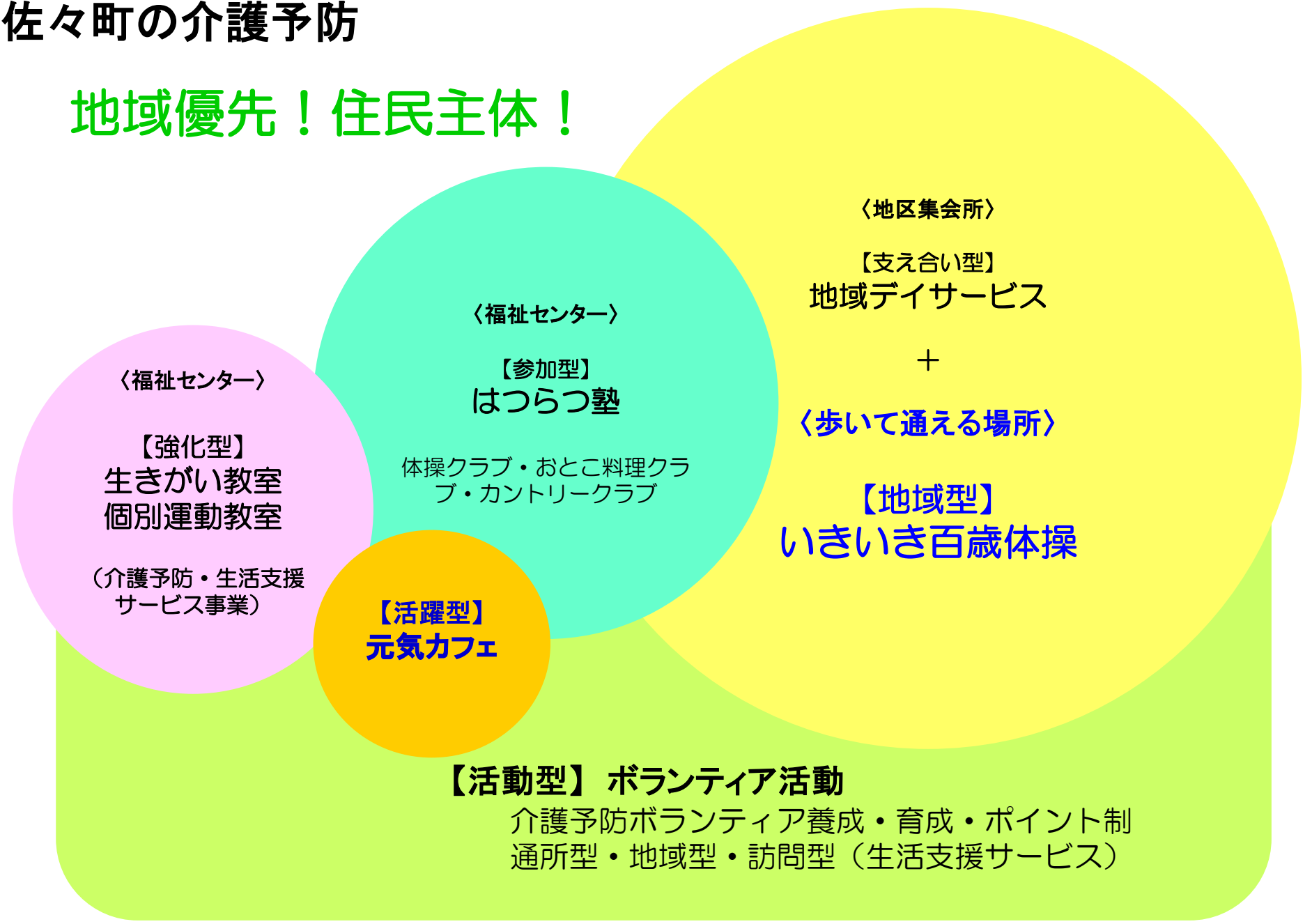


【専門職の関与の仕方】

- 養成講座で佐々町の現状・方向性を皆で明確にし、共有した。現状を理解し、期待され役割を持てば、自分たちの行動へと変わっていった。
- 養成講座後の育成として「介護予防推進連絡会」を月1回開催。情報交換および介護予防に関する知識の習得の場の設定。ボランティアのモチベーションの維持につなげている。
- 「介護予防推進連絡会」では、介護予防ボランティアのみではなく、介護予防事業担当者や地域サロン担当者も参加する。佐々町における介護予防の方向性の統一化および個々のケースの切れ目ないケアの実現を図っている。
- 佐々町全体の介護予防への取り組みの方向性がぶれないよう、定期的に住民や各関係団体へ、ビジョンを確認し、成果を報告している。

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

* 和室におけるサロンやロビーにおける喫茶を実施する。

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。

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

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。

佐々町地域支援連絡会

【目的】 佐々町内の福祉施設、サービス事業所間の情報交換および各個人の専門職としての資質向上を図り、**地域の人々を支え、地域づくりの推進に努める。**

【主要メンバー】 佐々町内の介護保険関連施設、サービス提供事業所、
居宅介護支援事業所、 地域包括支援センター、行政関係者

【開催頻度】 原則 第3火曜日 13:30～15:00
(H16年から1回/月 居宅事業所間でスタート
⇒ H21年10月よりメンバー枠拡大)

事例報告による成功体験の共有化

*** 個々の地域包括ケアをとおして、
佐々町の社会資源の発見、開発**

在宅療養高齢者等の支援に必要な情報のやり取りを、介護と医療の関係者間で効果的かつ円滑に行うためのツール作成

☆地域支援連絡会議において
医療サイドとすり合わせして作成

1. 介護医療連携共通シート連携票

介護医療連携共通シート連絡票		平成 年 月 日	
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所		医療機関(主治医・医療相談室・歯科医・薬剤師)	
名称:	担当者:	名称:	担当者:
電話番号:	FAX番号:	電話番号:	FAX番号:
☐ 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。 ☐ 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。(特記事項:)			
利用 者 情 報 ※本シートは診療報酬の診療情報提供料の算定は想定しておりません。			
ふりがな	申請中 月 日	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
氏 名	要介護度	利用者状況	☐ 独 居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 同 居 ()
他科受診の有無	☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 脳神経科 ☐ 整形外科 ☐ 精神科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻科 ☐ 婦人科 ☐ リハビリ科	かかりつけ歯科の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認 利用 治療歴: ☐ 有 ☐ 無 ☐ 未確認 利用 薬の処方の有無: ☐ 有 ☐ 無
【備考】()	【備考】()	【備考】()	【備考】()
照会目的		医療系サービス導入にあたり、主治医の意見・助言など	
☐ 新規・更新・区分変更・状態変化時のケアプラン作成時の医学的意見について ☐ 利用者の医療・介護・看護・病状の医学的意見・緊急時対応の指示について ☐ 福祉用具貸与・購入について、医師からの医学的意見について ☐ その他 ()		☐ 薬に関すること ☐ 費に関すること	
介護活動記載欄 : ☐ 報告・連絡 ☐ 相談 ☐ 返信		医療関係者記載欄 : ☐ 報告・連絡 ☐ 相談 ☐ 返信	
<返信希望の有無> ☐ 返信願います (/) ☐ 返信不要です		<返信希望の有無> ☐ 返信願います (/) ☐ 返信不要です	
【内容】		⇒ ☐ 電話してください 月・火・水・木・金・土 の 午前・午後 () 時頃 ⇒ ☐ 下記の通り回答(連絡)します 【内容】	
【介護サービス利用状況】		カンファレンス予定の有無: ☐ 無 ☐ 有 (平成 年 月 日頃) ご本人へのターミナル(終末期)・疾患(密)に関する告知: ☐ 未 ☐ 済 () 【備考】()	
※東京都北区標準様式介護医療連携共通シート連絡票、一部改編			

2. 入院前在宅生活状況提供書

平成 年 月 日	
入院前在宅生活状況提供書(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所⇒医療機関)	
※下記の利用者の情報提供をいたします。(情報提供にあたっては本人及び家族の同意を得ております)	
ふりがな	性別 生 年 月 日
氏 名 (歳)	M・T・S・西暦 年 月 日
住 所	町内会 TEL
要支援・介護度	要支援() 要介護() 有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
経済状況	☐ 年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 () 障害手帳 ☐ 無 ☐ 有 ()
家族状況	☐ 単身世帯 ☐ 同居者 () 金銭管理者 ()
入院日	平成 年 月 日
既往歴・ 病名	
主治医	医療機関名 主治医氏名
介護サービス 利用状況	☐ 訪問介護 (週 回) ☐ 通所介護 (週 回) ☐ 訪問入浴 (週 回) ☐ 訪問看護 (週 回) ☐ 通所リハ (週 回) ☐ 短期入所 ☐ 訪問看護 事業所: (週 回) ☐ 福祉用具
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 / むせこみ: ☐ 無 ☐ 有 / 増粘剤: ☐ 無 ☐ 有 形態: 調理する人 ()
排泄	原意: ☐ 無 ☐ 有 / 便秘: ☐ 無 ☐ 有 / 失禁: ☐ 無 ☐ 有 / バルーン ☐ ストーマ ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 声かけ ☐ 定時誘導 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 トイレまでの距離 () m ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 下着 ☐ リハビリパンツ ☐ パット ☐ おむつ
要衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 上衣着脱 ☐ 下衣着脱 ☐ 全介助
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 全介助 / 特殊浴槽: ☐ 無 ☐ 有
起き上がり	☐ 自立 ☐ 何かに掴まればできる ☐ 介助すればできる ☐ 不可
起立	☐ 自立 ☐ 何かに掴まればできる ☐ 介助すればできる ☐ 不可
立位	☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる () ☐ 不可
歩行	☐ 独歩 ☐ 何か支えがあればできる () ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 () ☐ 不可
車椅子	移乗: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 / 自操: ☐ 可 ☐ 不可
意志疎通	☐ 支障がない ☐ やや困難 ☐ 困難 / ナースコールの理解: ☐ 無 ☐ 有
聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえない / 補聴器: ☐ 無 ☐ 有
視力	☐ 見える ☐ 見えにくい ☐ 見えにくい / 眼鏡: ☐ 無 ☐ 有
口腔衛生	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 () ☐ 全介助 義歯: ☐ 無 ☐ 有 ()
服薬の状況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 全介助 / 服薬情報 ()
認知と行動	物忘れ: ☐ 無 ☐ 有 認知症確定診断: ☐ 無 ☐ 有 意思決定: ☐ できる ☐ 特別な場合以外ではできる ☐ 困難 ☐ 抑うつ ☐ 不安 ☐ 興奮 ☐ 被害的 ☐ 作話 ☐ 昼夜逆転 ☐ 同じ話の繰り返し 行動・心理状況: ☐ 大声 ☐ 介助拒否 ☐ 落ち着きなし ☐ 収集 ☐ 独り言 ☐ 徘徊 ☐ その他 ()
介護力	介護者 ☐ 有 (氏名:) 続柄: () ☐ 無 介護者の健康 ☐ 健康 ☐ 高齢 ☐ 病身 介護者の負担感: ☐ 無 ☐ 有 介護の提供 ☐ 常時可 ☐ 日中のみ ☐ 夜間・休日のみ
社会との 関わり	社会参加 ☐ 無 ☐ 有 備考: 対人交流 ☐ 無 ☐ 有 地域の協力 ☐ 無 ☐ 有
居住環境	☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 問題: ☐ なし ☐ あり ()
在宅復帰への 思い	本人の意向 家族の意向
その他、介護上、注意すべき点、在宅生活の様子、入院エピソード等	
※お願い 1) 退院調整の時期にご連絡を頂けると幸いです。 2) 本人の様子を確認のつえ、退院後の介護サービス等を調整します。	
事業所名:	担当者:
住所:	
TEL:	FAX:
※東京都北区標準様式入院前在宅生活状況提供書、千葉県地域生活連携シート(入院時等)A表一部改編	

【佐々町 Sさん(男性・85歳)】

①軽度認知症、転倒骨折し、入院となる。
院内の退院支援検討会において、家族の
希望により、老健施設へ転院となる。

(介護3)



②老健施設で3ヶ月経過、在宅検討会に
おいて、家族の希望により、在宅は厳しい
との判断にて、次の施設への転院予定と
なる。(支援2)



③地域ケア会議において、「本人の望む
在宅支援は無理なのか。」をみんなで検
討。本人・家族からの聞き取り・医師の意
見書、老健施設・担当ケアマネ・地域包括
支援センター・民生委員等で検討。



④週2回の通所型介護予防教室、および
家族への介護支援を含めて、地域みんな
で見守っている。
本人、別人のようにいきいきとして活動を
始めている。

〔振り返り〕

①・・・医療現場と本人・家族での話し合い結果

②・・・施設現場と本人・家族での話し合い結果

③・・・医療・介護・地域・行政と本人・家族で
の話し合い結果 → 本人の望む在宅生活が
実現



* 地域ケア会議で検討されなければ、在宅
に戻る可能性はほぼなかったと思われる。

①、②の段階でいっしょに検討できれば、早
くから在宅へ向けての自立支援が図れるの
では。

* 本人・家族が在宅(地域)に戻りたい想い
が強ければ支援はしやすいが、不安要素が
ある場合、それをフォローし、後押しする存
在が必要。



それは、医療・介護の力を合わせたと
ころでできていること。
同じ方針で後押しすること。

介護保険制度や医療保険制度の中に住んでいる人ではない、
地域の中に住んでいる人。まずは地域から支援体制を考える。

【高齢社会における専門職の役割とは】

- ・健康寿命の延伸を推進する重要な役割。（老いの受容も含めて）
- ・老いや障害を持つ方の社会復帰を支えるエキスパート。その為の土壌づくり

【課題と展望】

- ・医療と介護の文化の違いを受入れ、在宅（地域）へのこだわりを考える
- ・地域の中のその人をイメージした在宅復帰に向けてのケア
- ・医療の現場・介護の現場から、その方の在宅生活のイメージ・目標の共有化
- ・人の幸せを支える専門職同士が力を合わせ、最善のサポート体制を築く。



お互いの役割を認め、尊重し、高め合う
多職種が顔の見える関係づくり
成功体験の共有化
～地域に立ち戻って、ケースを通じて～

【具体策】

サービス調整会・地域ケア会議・合同研修会・懇親会・・・など
いっしょに考えて行きたいです！



きたらよかネット(H28年12月～)
毎月第2木曜日 19:00～
北松中央病院または佐々町福祉センター
みなさんのご参加お待ちしております！