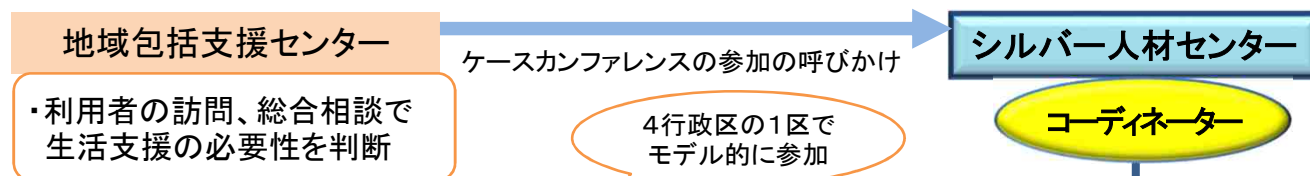
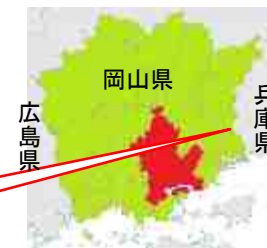


# シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例 ～岡山県岡山市～

○岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している。

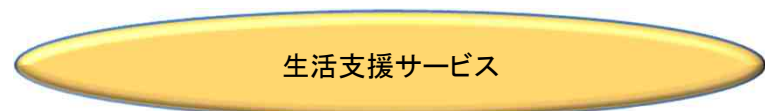
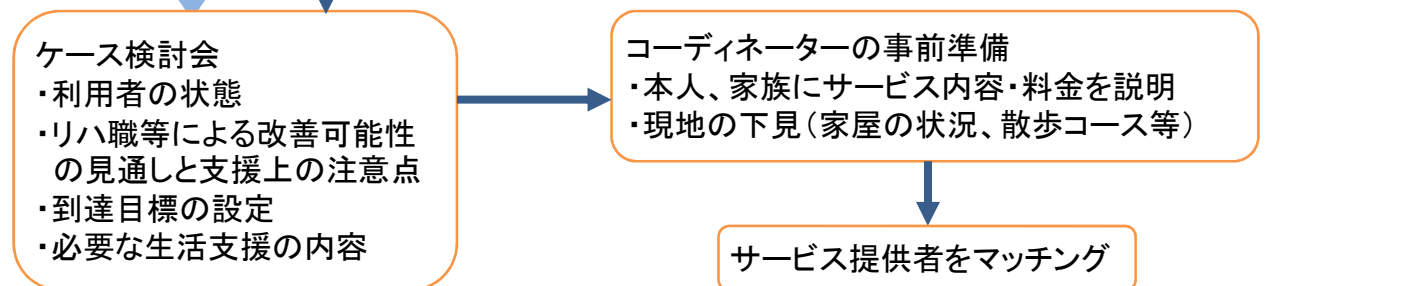
## 【ここがポイント！】

- ・シルバー人材センターのコーディネーターが、地域包括支援センターのケース検討会に参加
- ・利用者の状態と到達目標を把握した上で人材をマッチングし、利用者 と提供者の双方の安心感と満足度を高めている。



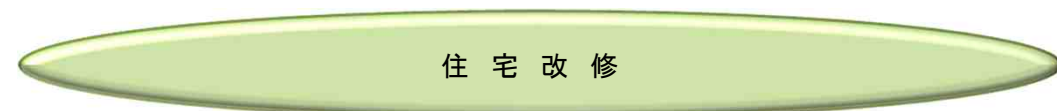
|            |                  |
|------------|------------------|
| 地域包括支援センター | 委託 6カ所           |
| 総人口        | 703,647人         |
| 65歳以上高齢者人口 | 162,809人 (23.1%) |
| 75歳以上高齢者人口 | 79,660人 (11.3%)  |
| 要介護認定率     | 21.1%            |
| 第5期1号保険料   | 5,520円           |

平成25年7月31日現在



・さまざまな生活支援(家事、散歩の付き添いなど)

料金 100円/60分以内  
対価 1,000円/60分以内  
サービス提供登録者数 54人(平均年齢 70.3歳)



・一線を退いた大工・左官等の施工技術者が、シルバー人材センターに登録して、手すりの設置等の住宅改修を実施

・材料代実費は利用者が負担、人件費は公費

対価 1,650円/時間、道具の保守費用 一律1,000円(作業時間が4時間を越えた場合)  
サービス提供登録者数 39人(平均年齢 72.2歳)

事例  
(岡山市)

71歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/8/2~2013/8/31) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯：変形性膝関節症で2012年7月に人工関節置換術を受け、一月後に自宅に戻る



介護予防教室(元気スマイル教室)



歩行ルートの確認



介護予防教室でお世話役のボランティア

|                       | 【退院後の状況】(2012.9 )  | 【2か月後】(2012.10)   | 【6か月後】(2013.2)   |
|-----------------------|--|---|--|
| ADL<br>IADL           | <ul style="list-style-type: none"> <li>杖歩行。屋外を歩く自信がない。</li> <li>タクシーで通院(唯一の外出)</li> <li>家の中の家事はできる</li> <li>買物は別居の娘が同行</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>杖歩行</li> <li>屋外歩行は依然として自信がなく、外出はタクシーを利用</li> <li>階段昇降は手すりを使用して2足1段</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>通所の送迎不要(往復、一人で歩いて参加)</li> <li>バスで外出(デパートに行く)</li> <li>荷物を持って歩くことができる</li> </ul>                                     |
| 地域包括支援センターによるケアマネジメント | <ul style="list-style-type: none"> <li>住居は、元々バリアフリー化されており問題ない</li> <li>県外から転入して間もないので知り合いがなく、心細い</li> </ul> <p>(この時点では、通所事業は準備中。当面、地域包括支援センターが訪問で相談援助を行った)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>①リハ職の訪問アセスメント</li> <li>②介護予防教室(週1回×3か月) <ul style="list-style-type: none"> <li>運動プログラム</li> <li>仲間づくり、役割づくり</li> </ul> </li> </ul> <p>※自宅と会場は300m程度。最初は送迎で対応</p> | <p>ケアマネジメント、リハ職の対応は終結</p>  |
| リハ職の対応                | <p>(この時点では、リハ職等の訪問、多職種ケースカンファレンスは準備中)</p>  | <p>〈訪問アセスメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自宅周辺の歩行ルートを確認</li> <li>通所の帰りに、リハ職が自宅まで一緒に歩き、自信が持てるように後押し。</li> </ul>   | <p>日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。</p> <p>【現在】(2013.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防教室のボランティアとして活動</li> <li>市のボランティア養成講座の受講をはじめ</li> </ul> |

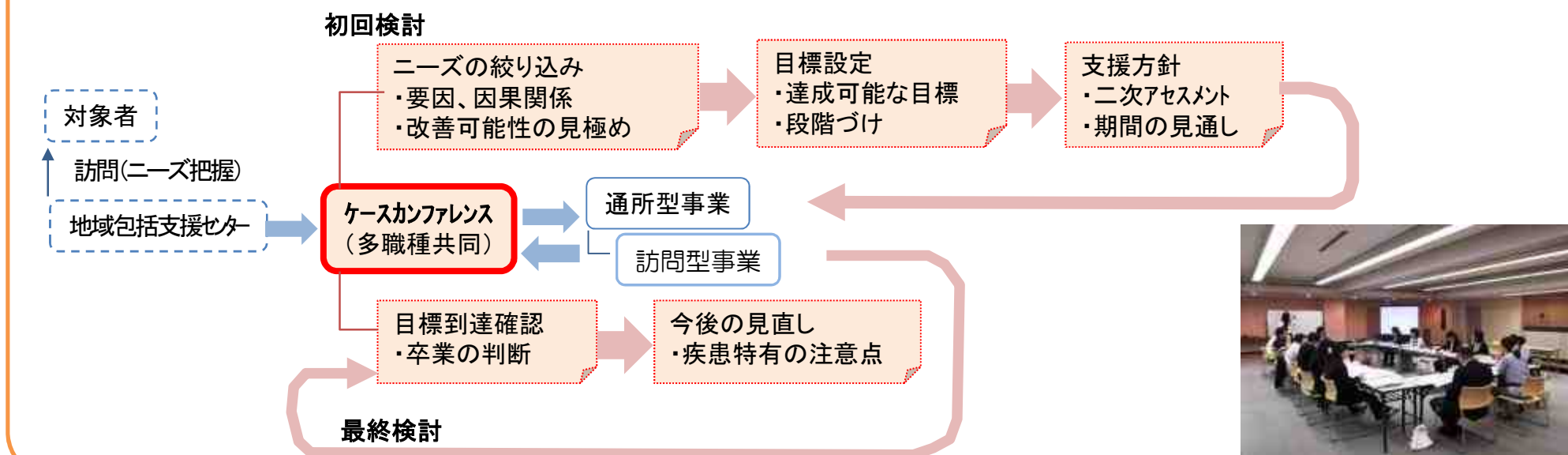
# 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割①～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

## ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割 : 難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成 : 保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数 : 3時間程度 ( 1件10～15分程度 × 15～16件 )

## ケースカンファレンスの実際



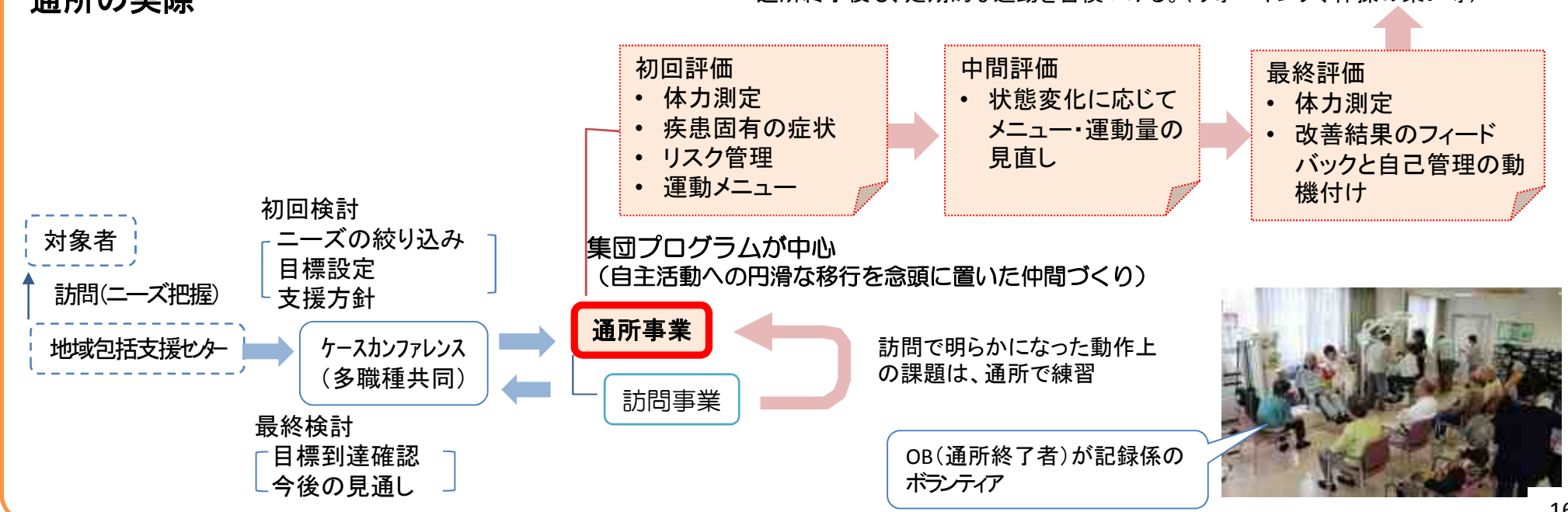
## 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為(風呂のまたぎや荷物を持った歩行など)の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割 : 機能評価、疾患固有の症状(疼痛・変形等)に配慮した運動プログラムの提示(PT)、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入(OT)、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職種構成 : 通所スタッフ(介護職員・運動指導員等) & 理学療法士(作業療法士)
- 対応の頻度 : 1クール3か月(週2回×12週)の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価(初回・中間・最終)  
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

### 通所の実際

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。(ウォーキング、体操の集い等)



# 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割③ ～訪問事業～

リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

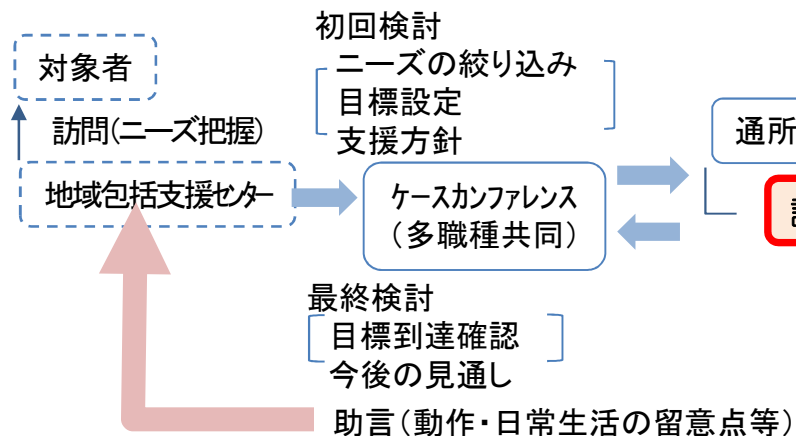
## 訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
- 職種構成 : 市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
- 対応の頻度 : 1回1時間程度、対象者一人につき1～3回程度で終結

※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

## 訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



### OTの評価と改善提案 1回目

- 神社の参拝が日課だった  
=参拝の復活 [初期目標]
- ・玄関の上がり框が動作の支障  
→踏み台設置
- ・自宅周辺に坂が多い  
→歩行補助具の変更



初期目標が達成されるまでは、地域包括等が訪問

### 2回目

- 外出行動の拡大  
=バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認  
→休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認  
→乗降、着席・立ち上がり



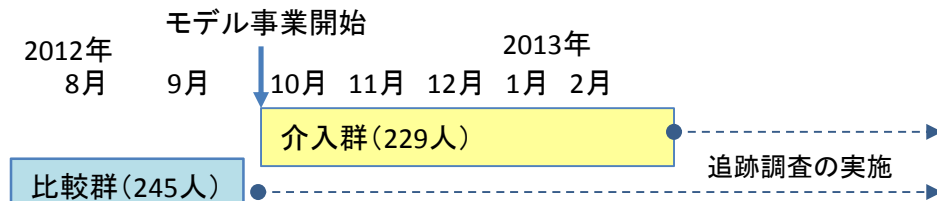
※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

# 予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

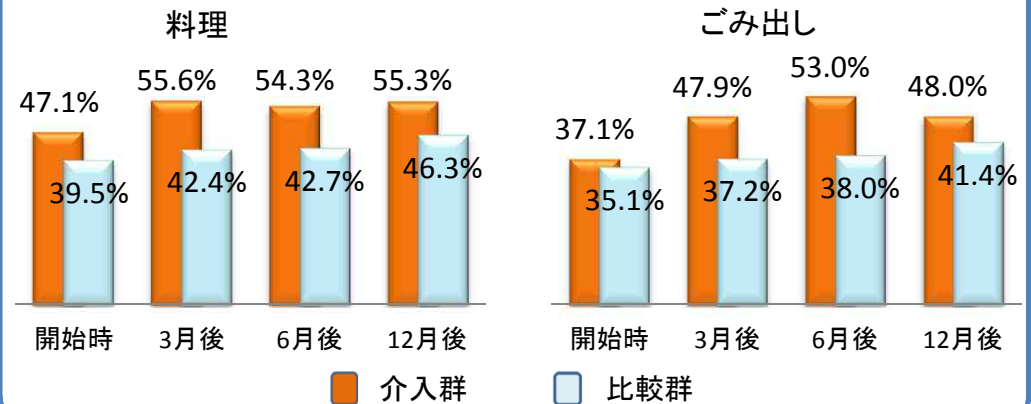
## 調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

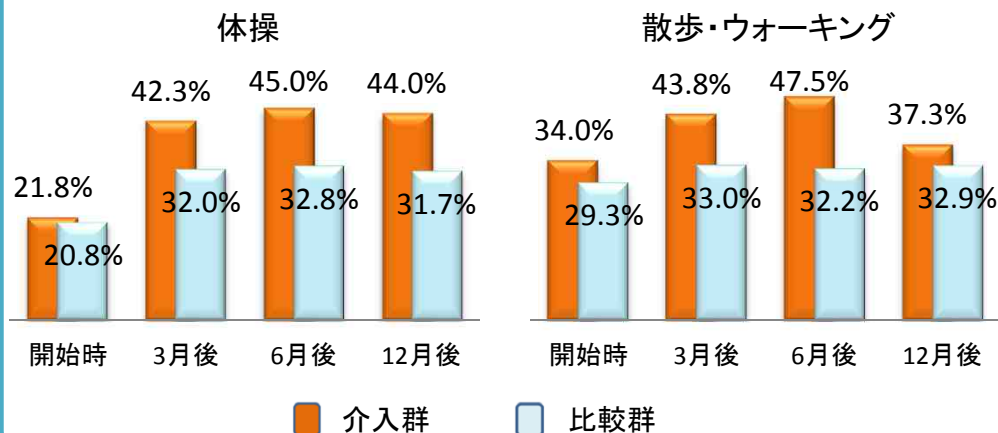


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施  
 3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。  
 6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。  
 12ヶ月後評価を実施できたのは、比較群164人、介入群150人であった。

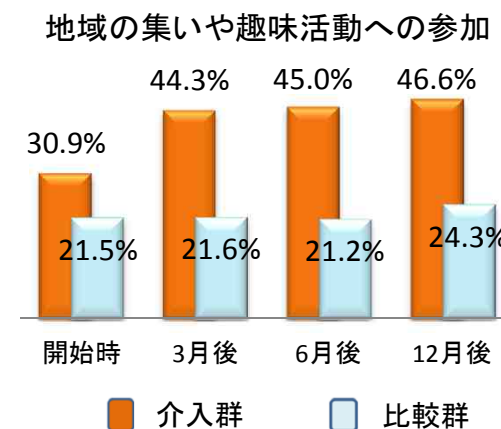
家事：自分で料理やごみ出しをする人の割合は、介入群と比較群であまり差はなかった。



活動：体操をする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



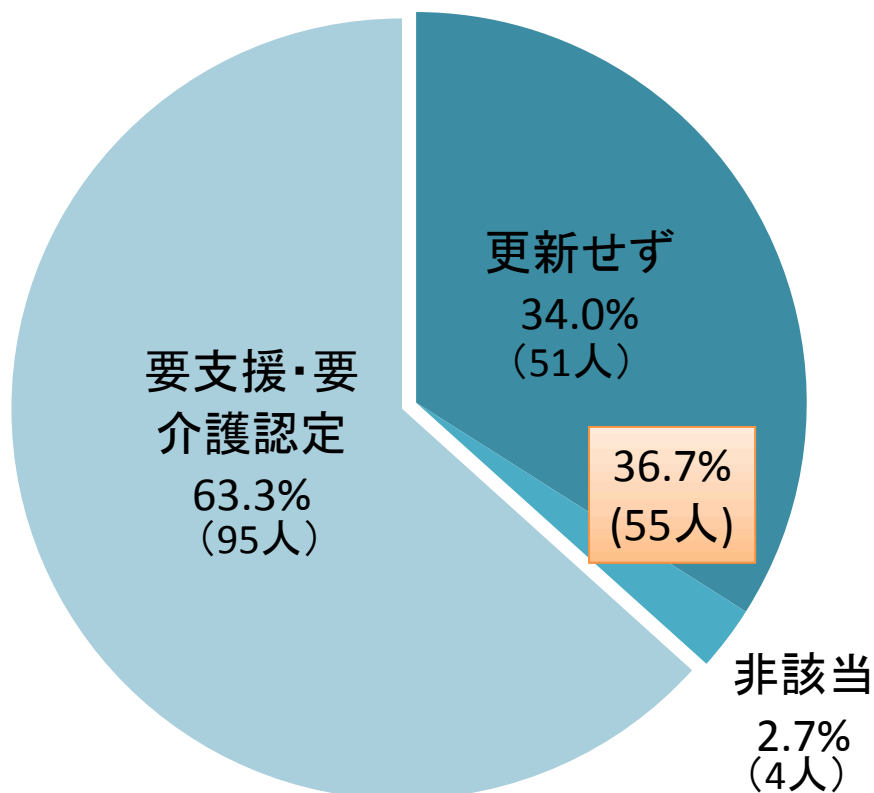
参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



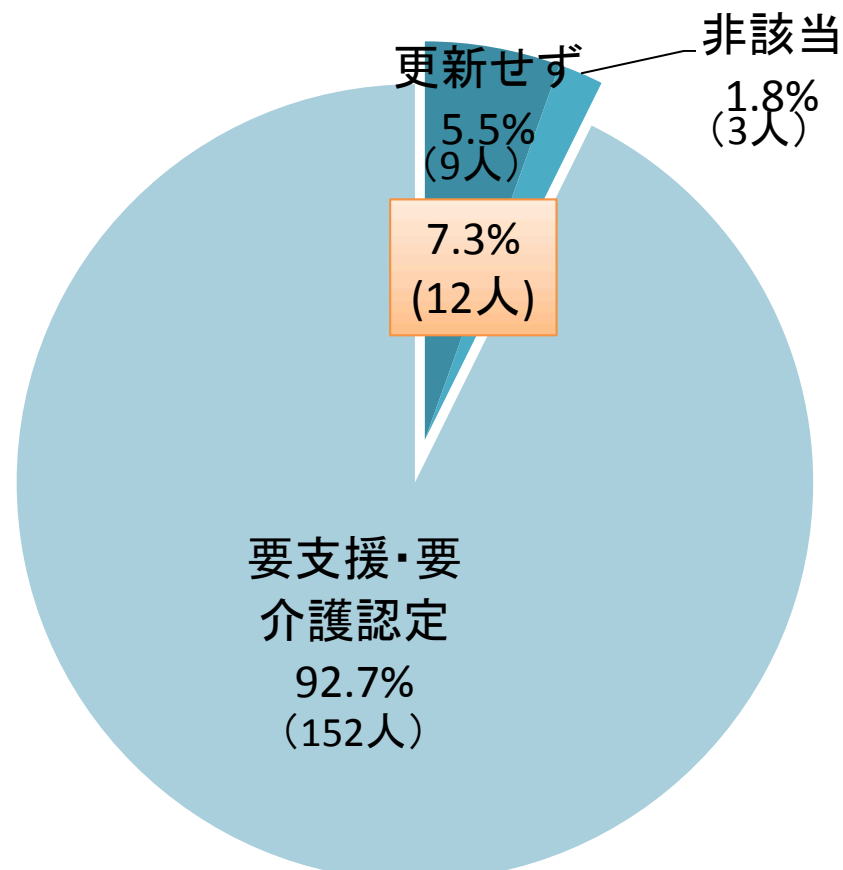
# 予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

1年後の要介護度については、介入群は比較群と比較して、更新申請を行わなかった者や非該当になった者の割合が高かった。

介入群(モデル事業の利用者)  
150人



比較群(保険給付の利用者)  
164人



モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、サービス開始後1年間追跡のできた介入群(150人)と比較群(164人)について、1年後の要介護度を集計。